

2010 OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE

Avaliação do progresso da equidade na saúde



Moçambique



**Ministério da Saúde,
Governo de Moçambique**

com o Centro de Formação e Pesquisa (TARSC)
e a Rede Regional da Equidade em Saúde
na África Oriental e Austral (EQUINET)





Produzido por Gertrudes Machatine e Helena Cumbana, Ministério da Saúde, Governo de Moçambique, com Rene Loewenson e Marie Masoty, Centro de Formação e de Pesquisa (TARSC) da Rede Regional da Equidade em Saúde na África Oriental e Austral (EQUINET).

O apoio da SIDA Suécia e da Organização Mundial da Saúde em Moçambique é agradavelmente reconhecido.

Fotografia da capa e da página 9 feita por Nelson Patria, Ministério da Saúde, Moçambique

Todas as outras fotos foram colocadas com a permissão da UNICEF, Moçambique

Edição e desenho feito por Margo Bedingfield

Apoio da SIDA Sweden e da OMS é agradavelmente

Ministério da Saúde de Moçambique

C. Postal 264

Av. Eduardo Mondlane/Ssalvador Allende

Maputo - Moçambique

www.misau.gov.mz

EQUINET/TARSC

Box CY2720, Causeway, Harare, Zimbabwe

admin@equinetafrica.org

www.equinetafrica.org

Ministério da Saúde de Moçambique, Training and Research Support Centre, EQUINET (2010) Observatório da Equidade, Avaliação do progresso da equidade na saúde, Maputo e Harare

© Ministério da Saúde de Moçambique, EQUINET, 2010

ISBN:978-0-7974-4314-3

Prefácio

É com grande satisfação que o Ministério da Saúde de Moçambique apresenta o 1o relatório sobre a Observação da Equidade, o qual relata os nossos progressos rumo à equidade na saúde tendo em conta os seguintes padrões da equidade: o acesso das famílias aos recursos da saúde, a redistribuição dos sistemas de saúde e um retorno justo à economia global. O relatório combina a informação quantitativa, política e qualitativa para mostrar até onde foram alcançados progressos e onde se situam os nossos desafios para a melhoria da equidade em saúde.

Moçambique tem um compromisso político e constitucional de garantir que todo o seu povo tenha acesso universal a cuidados de saúde e que ninguém fica empobrecido pelo binómio saúde e doença. Dadas as diferenças sociais na população por regiões, idade, género, diferenças na riqueza etc, o alcance do acesso universal requer um nível de atenção para a equidade e uma distribuição de recursos que responda às necessidades em saúde, e que eleve as oportunidades para que haja saúde para todos. Embora Moçambique tenha ainda um nível elevado de pobreza histórica e de sub desenvolvimento, teve também uma década de progresso macroeconómico, tendo alcançado novas oportunidades para concretizar o objectivo de equidade.

O relatório mostra que o que fazemos no sistema de saúde tem importância na redução das lacunas na nossa sociedade, ao assegurar que os Cuidados de Saúde Primários sejam alcançados por todos. Progredimos na redução das lacunas entre as áreas rurais e urbanas. Precisamos agora de assegurar que ser pobre, ter baixo nível educacional ou viver numa determinada zona não cria barreiras e não reduz o acesso a cuidados de saúde ou a serviços de saúde. O relatório tem elementos que permitem uma discussão sobre as medidas que precisamos de tomar para aumentar a cobertura universal de cuidados de saúde e para identificar e encorajar o uso de serviços móveis para aumentar o acesso a serviços de saúde pelas famílias vulneráveis nas zonas rurais e urbanas, trabalhando sempre com as comunidades.

O relatório mostra também que o sector saúde não pode sozinho atingir a equidade em saúde. Muitos sectores do Governo desempenham o seu papel ao ocuparem-se das lacunas no acesso à água potável, no saneamento do meio, na educação, no acesso à alimentação saudável e a outras condições que nos conduzem a diferenças em saúde. De igual forma, o que nós fazemos internamente no país é afectado pela globalização e pelas parcerias internacionais que estabelecemos. Esperamos que este relatório sirva como ponto de entrada para uma discussão mais ampla entre os sectores e com os parceiros de desenvolvimento para encontrarmos formas de trabalhar em conjunto na equidade.

A nossa Constituição no seu artigo 94 diz: “todos os cidadãos têm o direito de promover e preservar a saúde”. O relatório menciona a necessidade de reforçar os nossos mecanismos de participação comunitária como fundamental e vital para se avançar na equidade em saúde. Para nós é uma responsabilidade que deve ser partilhada entre Governo, sociedade civil e parceiros e que deve ser implementada de maneira que inclua todos os grupos da nossa sociedade, especialmente os mais vulneráveis e os que vivem em zonas remotas e desvantajosas.

O meu reconhecimento vai para a Rede Regional da Equidade em Saúde para a África Oriental e Austral (EQUINET) e a Organização Mundial da Saúde que contribuíram para realização deste trabalho.

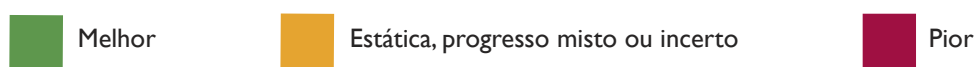
Esperamos reforçar a parceria com a Rede Regional da Equidade em Saúde para a África Oriental e Austral (EQUINET), com a Organização Mundial da Saúde e outras entidades para desenvolver um segundo relatório sobre a Equidade na Saúde em 2012. Iremos com regularidade rever os progressos alcançados com base nas muitas oportunidades apresentadas no presente relatório para o alcance da equidade em saúde e monitorar os resultados face aos desafios apresentados.



Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido
Ministro de Saúde de Moçambique
Maputo, Setembro de 2010

Explicação da análise

'Observatório de Equidade' é um meio de monitoria do progresso da equidade na saúde através da recolha, organização, análise de dados e elaboração de relatórios sobre a equidade na saúde. Utilizando dados secundários disponíveis, 'Observatório de Equidade' é implementado por profissionais do país com o apoio e contribuição do EQUINET (TARSC), com o propósito de avaliar a situação e as tendências numa gama de áreas prioritárias da equidade na saúde e para avaliar o progresso sobre as medidas que promovem a equidade na saúde em relação aos compromissos e objectivos. O trabalho sobre a Equidade na saúde tem sido implementada nos países da África Oriental e Austral alinhado com os compromissos e políticas regionais. Em Fevereiro de 2010 a Conferência Regional dos Ministros da Saúde da Comunidade dos Países da África do Oriental, Central e Austral e decidiram que os países deveriam providenciar: " relatório sobre a evidência da equidade em saúde e os progressos alcançados face as iniquidades em saúde. Este primeiro relatório de diagnóstico utiliza um quadro desenvolvido pela EQUINET em colaboração com a Comunidade da África Oriental, Central e Austral de Saúde e OMS e UNICEF. O relatório apresenta o contexto e a evidência em quatro grandes áreas: equidade na saúde, acesso dos agregados familiares aos recursos da saúde, sistemas de equidade na saúde e justiça global. Mostra os níveis anteriores (1980–2005), níveis actuais (dados mais recentes publicamente disponíveis) e comentários sobre o nível de progresso em relação à equidade na saúde com barras coloridas indicando se a situação:



A relação com à média da região da África Oriental e Austral é também apresentado:



Mapa de Moçambique

Promovendo a equidade na saúde.....7

- Reconhecimento formal, expressão social da equidade e direito universal à saúde
- Alcance do ODM de reduzir para metade o número de pessoas vivendo com IUS \$ por dia até 2015
- Redução do coeficiente Gini para, pelo menos, 0,4 (o coeficiente mais baixo na África Oriental e Austral)
- Eliminação das diferenças de rendimento urbano / rural na mortalidade materna, mortalidade infantil (neonatal, crianças menores de cinco anos) e sub-nutrição de menores de cinco anos de idade
- Eliminando as diferenças de rendimento urbano / rural no acesso à vacinação e nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto por trabalhador qualificado
- Alcance dos objectivos das NU para o acesso universal à prevenção da transmissão vertical, preservativos e tratamento anti-retroviral

Acesso dos agregados familiares aos recursos para a saúde 25

- Alcance e eliminação das disparidades do género no acesso ao ensino primário e secundário universais
- Alcance do ODM de reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável até 2015
- Aumento do rácio salários - PIB
- Cumprimento dos padrões de provisão adequada de trabalhadores da saúde e de medicamentos vitais e essenciais aos níveis primário e distrital dos sistemas de saúde
- Abolição da taxa dos utilizadores nos sistemas de saúde, apoiada por medidas para financiar serviços
- Ultrapassar as barreiras que as comunidades em desvantagem enfrentam no acesso e uso dos serviços de saúde e essenciais

Financiamento dos sistemas de saúde redistributivos..... 40

- Alcance do Compromisso de Abuja de alocar 15 por cento das despesas do governo à saúde
- Alcançar a meta da OMS de 60US\$ per capita nas despesas do sector da saúde
- Incremento progressivo de financiamento para a saúde e reduzir financiamento por pagamentos directos em saúde
- Harmonização dos vários mecanismos de financiamento em saúde num quadro de abrangência universal
- Estabelecer e garantir um conjunto claro de direitos de cuidados de saúde abrangentes para a população
- Alocação de pelo menos 50 por cento das despesas do governo em saúde aos sistemas de saúde distritais (incluindo hospitais de nível 1) e 25 por cento das despesas do governo em cuidados de saúde primários
- Implementação de uma combinação de incentivos não financeiros acordados com as organizações dos profissionais de saúde
- Reconhecimento formal na lei e política e alocação de orçamentos para formação, comunicação e funções ou mecanismos de participação pública em todos os níveis do sistema de saúde

Um retorno justo da economia global 52

- Redução da dívida como um encargo na saúde
- Alocação de pelo menos 10 por cento dos recursos orçamentais para a agricultura, particularmente para o investimento nos pequenos produtores e mulheres produtoras
- Não a novos compromissos de serviço de saúde no GATS e inclusão de todas as flexibilidades do TRIPS nas leis nacionais
- Profissionais de saúde incluídos nas negociações do comércio e cláusulas para a protecção da saúde nos acordos sobre o comércio incluídas
- Acordos bilaterais e multilaterais para financiar a formação e retenção dos profissionais de saúde

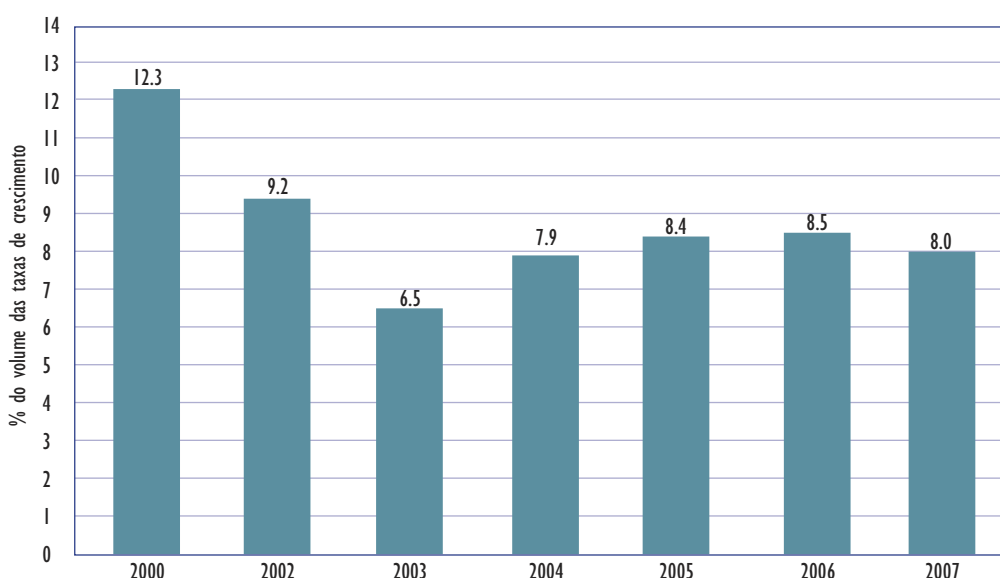
OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE

Em 2005, Moçambique tinha uma população de 19,792,000 e o resultado preliminar do terceiro censo nacional, realizado em 2007, estimou a população em 20,530,714, 52.3 por cento das quais eram mulheres. O Produto Interno Bruto per capita (PIB) era 335US\$ em 2005 (OMS, 2006b; Banco Mundial, 2006). Moçambique é um dos países com o rendimento mais baixo na África Oriental e Austral. Contudo, após um período difícil de conflito militar e de sofrimento, o PIB cresceu significativamente a partir de 1995. Os índices de crescimento ultrapassaram 10 por cento em 1997, 1998 e 2001. Durante o mesmo período, e particularmente a partir de 1997, outros indicadores macro-económicos também melhoraram a medida em que o governo controlava a inflação e mantinha a estabilidade da moeda (Vide Gráfico 1). De acordo com Instituto Nacional de Estatísticas (INE), em 2006, a economia de Moçambique em si cresceu em 8.5 por cento, uma aceleração de 0.1 pontos percentuais comparada com 2005 (PNUD, 2008).



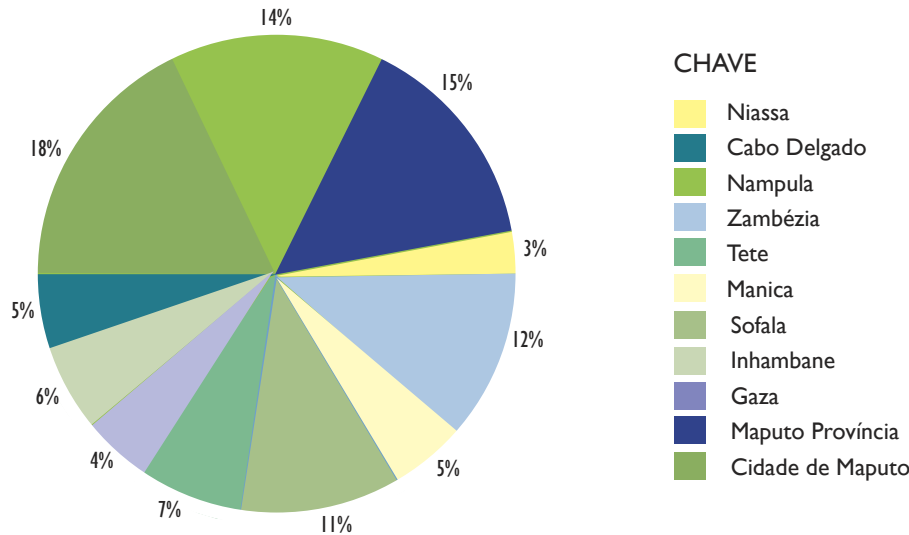
© UNICEF Moçambique/T. Delvigne-Jean

Gráfico 1: Índice de crescimento do PIB 2001–2007



Fonte: UNDP, 2008

Gráfico 2a: Contribuição para o PIB por províncias



- CHAVE
- Niassa
 - Cabo Delgado
 - Nampula
 - Zambézia
 - Tete
 - Manica
 - Sofala
 - Inhambane
 - Gaza
 - Maputo Província
 - Cidade de Maputo

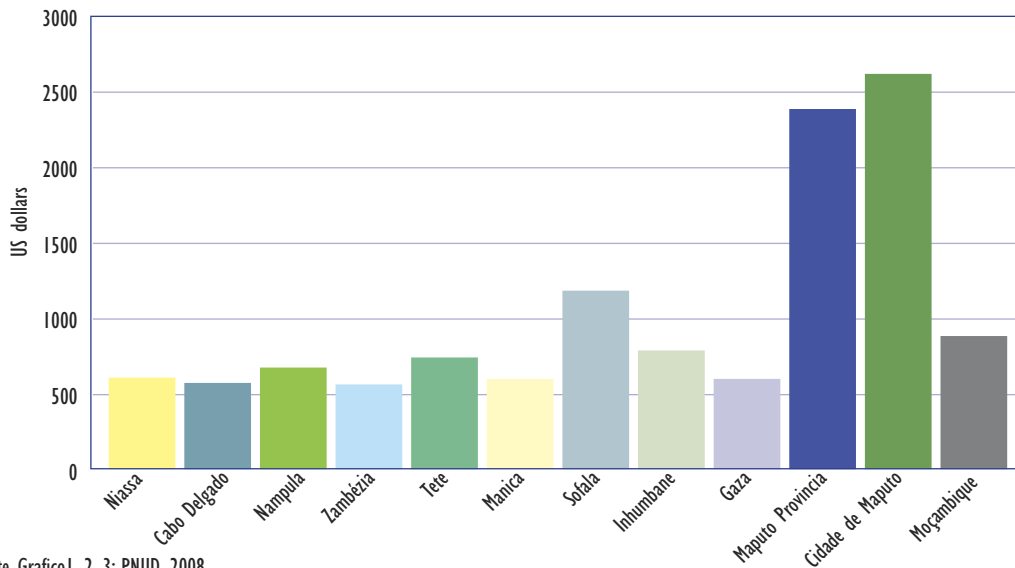
Gráfico 2b Mapa de Moçambique mostrando as províncias codificadas a cor de acordo com as cores mostradas na Gráfico 2a e chave acima



Dentro deste contexto de progresso, as províncias têm níveis diferentes de crescimento do PIB per capita (vide Gráfico 2) e de contribuição para o PIB (vide Gráfico 3, as províncias estão assinaladas).

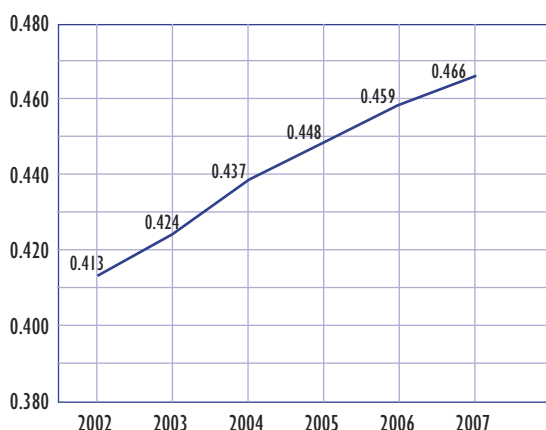
O crescimento não foi equitativamente distribuído à todas as províncias, com o PIB nas províncias do sul a ser maior do que o das províncias do norte e do centro (PNUD, 2008). A Cidade de Maputo e as províncias de Sofala, Zambézia e Nampula fizeram grandes contribuições ao PIB, embora apenas as três primeiras províncias tivessem PIB per capita mais alto. Nampula e Zambézia são as províncias com maior densidade populacional com 4,1 e 3,8 milhões de habitantes respectivamente. Niassa, apesar de ser a maior província do país, é a menos povoada. Ao contrário, a Cidade de Maputo é a área mais pequena, mas tem a maior densidade populacional, pressionando os recursos naturais e os serviços.

Gráfico 3: PIB per capita por província, 2007 (US\$PPP)



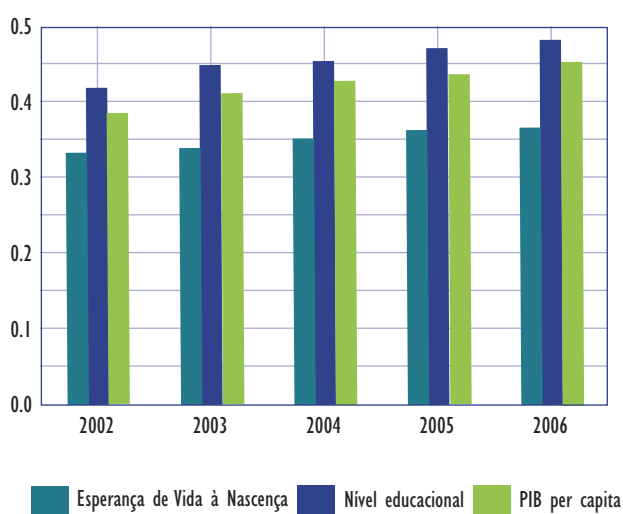
Fonte Gráfico 1, 2, 3: PNUD, 2008

Gráfico 4a: Índice de Desenvolvimento Humano, 2002–2007



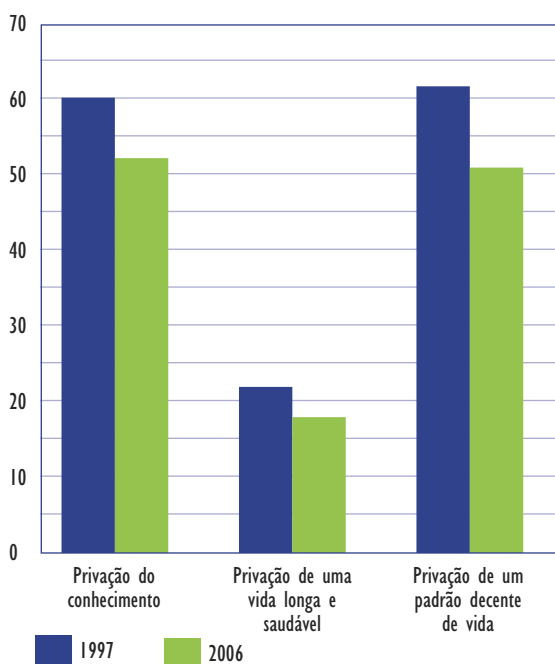
Fonte: PNUD, 2008

Gráfico 4b: Mudanças nas componentes do IDH, 2001–2006



Fonte: PNUD, 2008

Gráfico 5: Mudanças nas dimensões de privação, 1997–2006



Fonte: PNUD, 2008

O alto índice de crescimento económico desde finais dos anos 90 foi associado ao crescimento firme do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Moçambique desde 1985 (vide Gráfico 4a).

Apesar disto, o país continua com os IDH mais baixos da África Austral, reflectindo a base inferior com que começou, situando-se no número 172 dos 175 países cujos dados encontram-se disponíveis. Para além disso, as melhorias nos IDH têm sido mais orientadas pela educação e pelas mudanças no PIB per capita do que por melhorias na esperança de vida (vide Gráfico 4b).

O documento sobre a estratégia de redução da pobreza do país (2001–2005), PARPA I, reconhece que Moçambique tem os níveis mais altos de pobreza na região. O índice de pobreza humana de 50.6 classifica Moçambique em 101 do total de 108 países (PNUD, 2008). A pobreza limita o acesso aos benefícios do crescimento. As diferentes dimensões de privação demonstradas no Gráfico 5 melhoraram na última década, particularmente em relação ao conhecimento e aos padrões de vida. Porém, as diferenças entre os grupos sociais, com base em residência, educação e outras diferenças sociais, tornam as vantagens das oportunidades económicas e os gastos públicos mais acessíveis à certos grupos. Isto constitui preocupação para aqueles com maior necessidade, mas com menos acesso, por isso, tanto a pobreza como a inequidade precisam de ser resolvidos se o investimento e o crescimento que Moçambique alcança estiver para ser traduzido em mais melhorias especificadas nos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODMs). Assim, no PARPA I, o Governo de Moçambique definiu os seus principais objectivos como sendo a redução da pobreza absoluta e o relançamento do desenvolvimento económico e social. Tais prioridades imediatas localizam-se dentro de uma visão a longo prazo para Moçambique na Agenda 2025.

Este relatório explora as dimensões da inequidade que precisam de ser resolvidas para garantir melhorias no desempenho económico para conduzir à erradicação da pobreza e ao alcance de melhorias sustentáveis no desenvolvimento humano. Dá enfoque às determinantes sociais da saúde e às características do sistema de saúde que provaram fazer a diferença na redução das inequidades sociais, incluindo na saúde, e faz a seguinte pergunta: Que progresso estamos a fazer? O relatório analisa os resultados positivos alcançados até agora, os níveis actuais e os constrangimentos prevaletentes, no contexto da resposta nacional em relação à inequidade. Apresenta recomendações baseadas numa análise da informação disponível.

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Promovendo a equidade na saúde

Indicador de progresso

- Reconhecimento formal, expressão social da equidade e direito universal à saúde
- Alcance do ODM de reduzir para metade o número de pessoas vivendo com IUS \$ por dia até 2015
- Redução do coeficiente Gini para, pelo menos, 0.4 (o coeficiente mais baixo na África Oriental e Austral)
- Eliminação das diferenças de rendimento urbano / rural na mortalidade materna, mortalidade infantil (neonatal, crianças menores de cinco anos) e sub-nutrição de menores de cinco anos de idade
- Eliminando as diferenças de rendimento urbano / rural no acesso à vacinação e nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto por trabalhador qualificado
- Alcance dos objectivos das NU para o acesso universal à prevenção da transmissão vertical, preservativos e tratamento anti-retroviral

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



Promovendo a equidade na saúde

Esta secção apresenta vários sinais de progresso da equidade na saúde, em termos de valores que a sustentam, e o progresso na resolução das desigualdades socio-económicas e de saúde.

Reconhecimento formal, expressão social da equidade e direito universal à saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Moçambique teve um quadro de valores consistentes para a equidade na saúde por muitas décadas, integrado na lei e na política. A constituição de 1990 garante o acesso universal aos cuidados de saúde como direito de todos os cidadãos num conjunto abrangente de cláusulas. As cláusulas relevantes são as seguintes:

- Artigo 94: Todos os cidadãos têm direito a assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de promover e preservar a saúde.
- Artigo 54:
 - A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde que beneficie todo o povo moçambicano.
 - Para a realização dos objectivos prosseguidos pelo sistema nacional de saúde a lei fixa as modalidades de exercício da assistência médica e sanitária.
 - O Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível de saúde da comunidade.
- Artigo 89.2 garante o direito à condições seguras e higiénicas de trabalho.
- Artigo 95 garante o direito à assistência em caso de incapacidade e velhice.
- Artigo 68 garante os direitos dos cidadãos portadores de deficiência, excluindo os deveres que a sua deficiência os impede de cumprir.
- Artigo 57 assegura a emancipação da mulher e incentiva o seu papel crescente na sociedade.

Moçambique é signatário:

- da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1985),
- da Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança (1994),
- do Protocolo da Carta Africana dos Direitos da Mulher em África (2003),
- do Convénio Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos (1993 – adesão),
- da Convenção sobre os Direitos da Criança (1986),
- da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW; 1997a) (EQUINET SC, 2007).

A criação de um Sistema Nacional de Saúde e do modelo Beveridge para o financiamento da saúde (através do financiamento da saúde pública nacional) são os maiores instrumentos para o governo cumprir com o seu dever consagrado na constituição. O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007–2012 e o Programa de Recuperação do Sector da Saúde 1994–1999 definiram a contribuição do sector da saúde para a redução da pobreza através da provisão do acesso universal aos cuidados de saúde,

fortalecimento de indivíduos e das comunidades, bem como pela promoção da advocacia sobre a saúde.

O governo definiu uma meta política para todos os Moçambicanos terem acesso aos cuidados de saúde de qualidade com base na expansão do acesso aos cuidados primários de saúde (Chao, 2002). O PARPA I (2001–2005) manifestou um empenho político abrangente sobre a prevenção das despesas catastróficas que agravam cada vez mais a pobreza dos agregados familiares pobres. Definiu uma meta de redução da pobreza absoluta em Moçambique de 70 por cento para menos de 50 por cento até 2010, através de áreas prioritárias, incluindo saúde, agricultura, educação, desenvolvimento rural, infra-estruturas básicas, boa governação e melhoria da gestão financeira (UN ECA et al., 2004).



© Nelson Patria, Ministério da Saúde de Moçambique



NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Esta base de valores foi sustentada nos anos mais recentes. A Constituição de Moçambique de 2004 continua a proteger o direito à saúde e aos cuidados de saúde, direitos da criança, equidade do género, direitos das pessoas portadoras de deficiência (Artigos 36 e 37) e o direito à assistência em caso de deficiência ou velhice (Artigo 95). O Artigo 89 define que: ‘Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.’ Artigo 116 defique que:

- 1 A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde, que beneficie todo o povo moçambicano.
- 2 Para a realização dos objectivos prosseguidos pelo sistema nacional de saúde, a lei fixa as modalidades de exercício da assistência médica e sanitária.
- 3 O Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde na comunidade.
- 4 O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso a todos os cidadãos e o gozo deste direito.
- 5 Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outras formas de tratamento e de diagnóstico.
- 6 A actividade da assistência médica e sanitária ministrada pelas colectividades e entidades privadas é exercida nos termos da lei e sujeitas ao controlo do Estado.’

O papel do Estado é definido como sendo o de promoção de condições para a realização destes direitos.

A política de saúde de Moçambique continua a articular o compromisso com a cobertura universal e com os Cuidados de Saúde Primários conforme o Plano Estratégico do Sector da Saúde (2007–2012) (PESS), que define as linhas mestras dos ‘cuidados de saúde primários, equidade e melhor qualidade dos cuidados’ (República de Moçambique, 2008b), Plano Quinquenal do Governo (2005–2009), documento da estratégia de redução da pobreza (2005–2009) (PARP), Plano Económico e Social (PES) e Cenário Fiscal de Médio Prazo (CDFMP).

Em 2010, o país esboça o seu documento da estratégia de redução da pobreza, Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2009 + (PARPA III), em que clarifica que o ‘Governo de Moçambique compromete-se a, gradualmente, expandir os serviços de saúde para os mais carenciados de forma a cumprir com o PARPA e o PESS’ (MISAU, 2010). Para alcançar isto, o Plano Estratégico do Sector da Saúde identifica as seguintes áreas prioritárias: desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento e fortalecimento de infra-estruturas de saúde e respectivo equipamento; e participação comunitária, com ênfase na formação elementar de agentes polyvalentes elementares (APÉs) (República de Moçambique, 2008b).

Progresso

Moçambique é dos países com cláusulas mais abrangentes sobre o direito à saúde na região. Paradoxalmente, ainda não assinou a Convenção Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais. O Estado implementou políticas e estratégias de redução da pobreza para honrar o seu compromisso de progressivamente atender à estes direitos, particularmente através do acesso universal aos serviços de cuidados de saúde e cuidados de saúde primários.

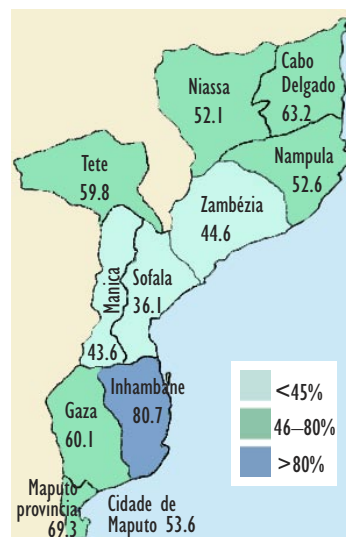
Nos últimos anos, o governo reconheceu que uma expansão da infra-estrutura e um aumento dos trabalhadores é necessária para alcançar estes resultados. Declarou a sua intenção política de abolir as taxas de utilizadores como passo deliberado para garantir que o país possa cumprir com os seus preceitos constitucionais em relação ao acesso universal aos cuidados de saúde primários. Moçambique tem consistentemente vindo a defender uma base de valores para a equidade na saúde e traduziu-a em políticas específicas do sector da saúde. A sensibilização da sociedade civil e parlamentar são menos evidentes em relação como usar estes direitos e as políticas na promoção da saúde.

Alcance do ODM de reduzir para metade o número de pessoas vivendo com 1US\$ por dia até 2015

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)	NÍVEIS ACTUAIS (dados mais recentes)
% da população vivendo com menos do que 1US\$ por dia	36.2% 1990–2005	54% 2003 68.2% PPP US\$ 2005
% da população vivendo com menos do que 2US\$ por dia	74.1% 1990–2005	
Índice de pobreza humana	55.9% 1997	48.9% 2003
Pobreza rural	71.3% 1997	55.3% 2005
Pobreza urbana	62.0% 1997	51.5% 2005

Fontes: PNUD, 2008 — HDR; INE, 1997, 2003; HDNR Gov de Moç, 2005; WHO, 2009d; INE 2002/03

Gráfico 6: Incidência da pobreza por província 2003



Fonte: Gov de Moçambique, 2005

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Em 1997, a pobreza era maior nas áreas rurais que nas urbanas. Até 2003, o índice de pobreza humana reduziu consideravelmente nas áreas rurais, enquanto nas áreas urbanas permanecia virtualmente constante. Até 2003, quando a pobreza rural reduziu em 16 pontos percentuais e a pobreza urbana em apenas 10.5 pontos percentuais, a diferença entre as áreas rurais e urbanas reduziu de 9.3 para 3.3 pontos percentuais. Se a maior redução da pobreza rural deve-se aos retornos da agricultura, é uma questão por esclarecer.

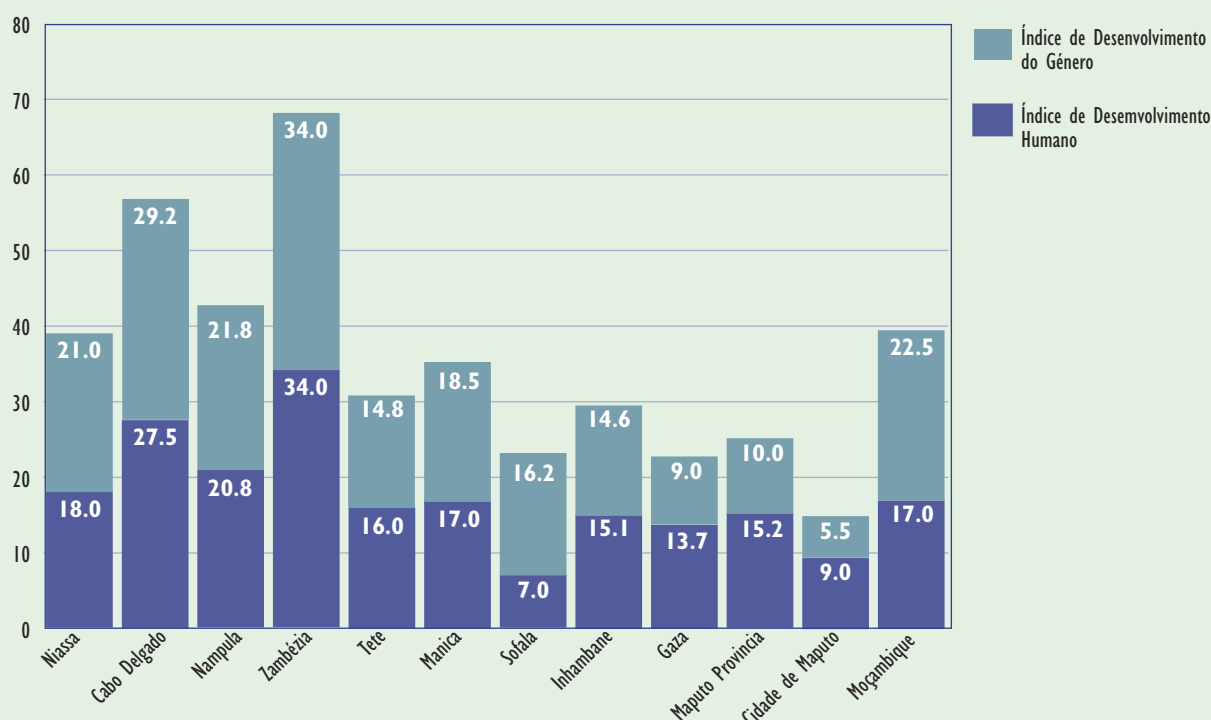
A redução da pobreza rural foi associada com o aumento da propriedade de activos, embora não seja numa tendência consistente. A proporção de agregados familiares que utilizam rádios aumentou de 27 por cento em 1997 para 49 por cento em 2001, reduziu para 28 por cento em 2003 e aumentou para 46.5 por cento em 2005. A proporção de agregados familiares possuidoras de uma bicicleta aumentou de 12 por cento para 27 por cento durante o período 1997–2005 (IAF, 1996/7). Enquanto o crescimento era acompanhado por um declínio na incidência da pobreza absoluta, o aumento das desigualdades em termos de rendimento foi marcado durante este período de crescimento, enquanto as desigualdades rural-urbana estavam aparentemente em declínio. A relativa redução da pobreza referida na tabela acima descrita indica que a maior redução do crescimento do PIB até 2000 não foi equitativamente partilhada pela população. Metade do crescimento foi para os primeiros 20 por cento e ainda metade das populações rurais que estiveram acima da linha da pobreza em 2002 passaram a viver abaixo dessa linha em 2005 (Hanlon, 2007).

A mudança dos diferenciais rural-urbano para uma gama de diferenciais económico-sociais foi observada na política do governo. No seu primeiro documento de estratégia de redução da pobreza (2001–2005) (PARPA I), o governo reconheceu as desigualdades económico-sociais entre a área de Maputo-Matola e o resto do país como sendo a 'característica mais notável' do país, atribuindo-a à vários factores, incluindo a guerra civil. O segundo documento de estratégia de redução da pobreza do governo (2005–2009) (PARPA II) observou que tanto as medidas de pobreza baseada no consumo como as medidas não relacionadas com rendimento variaram consideravelmente entre as províncias. Lidar com as desigualdades regionais foi um objectivo prioritário tanto do PARPA I como do PARPA II.

NÍVEIS ACTUAIS (dados mais recentes)

Assim, a desigualdade tornou-se uma preocupação principal na redução da pobreza. As diferenças geográficas persistem. Os inquéritos populacionais de 1996/7 e de 2002/3 destacaram as diferenças entre províncias em termos de pobreza. No último inquérito, por exemplo, o índice variou de 81 por cento em Inhambane para 36 por cento em Sofala. De 1996 a 2003, a pobreza reduziu mais nas províncias do centro. Apesar do maior acesso aos serviços sociais básicos no sul do país, a pobreza aumentou no sul nesse período, particularmente na Província de Maputo e na zona urbana da Cidade de Maputo (UNICEF, 2006). Portanto, Moçambique possui uma combinação de sub-desenvolvimento histórico no norte e nova pobreza urbana no sul. Em 2007, as províncias nortenhas, em geral, tiveram níveis de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e de IDG (Índice de Desenvolvimento do Género) mais reduzidos do que os do centro ou do sul. (Fox, 2008), embora o IDG tivesse melhorado em todas as províncias no período 2001–2006, particularmente na Zambézia e em Cabo Delgado (vide Gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano e do Índice de Desenvolvimento do Género por província, 2007



Fonte: SARDC, Instituto Superior de Relações Internacionais, INE e PNUD, 2007.

Até 2009, a avaliação do PARPA II encontrou uma redução pequena das disparidades, mas houve um aumento de disparidades na produção agrícola e um nível persistentemente alto de disparidade social relacionada com a saúde e a educação (Ministério de Planificação e Desenvolvimento, 2009).

Progresso

Dois factores foram condutores positivos da redução da pobreza. Primeiro, o desempenho macro-económico positivo de 1996 a 2004 resultou em índices de crescimento médio anual de 8.5 por cento e superior ao das áreas rurais em desvantagem (DNOP et al., 2004 e INE, IFTRAB, 2005). Segundo, políticas públicas e leis destinadas à redução da pobreza, promovendo o desenvolvimento e respeitando os direitos humanos em áreas tais como: nutrição; produção alimentar; segurança alimentar; emprego e formação profissional; bem como protecção social e leis laborais. Planos de desenvolvimento estratégico foram adoptados nos distritos no contexto do orçamento de investimento local (OIL) e apoiado pelos subsídios do governo para combustíveis e transporte público em sectores críticos (RNODM, 2008). Existem evidências de redução da pobreza rural, mas também de aumento da pobreza urbana e de desigualdades na saúde, agricultura e educação. De 1997 a 2005, O PIB per capita aumentou de 259US\$ para 335US\$ entre 1997 e 2003, tendo a pobreza reduzido de 69.4 por cento para 54.1 por cento, correspondendo à uma elasticidade de -0.8779. Manter esta elasticidade conduz-nos a um índice médio anual de crescimento do PIB per capita superior a 3.1 por cento para o alcance do ODM de redução da pobreza, se os modelos de distribuição da riqueza nacional permanecerem constantes (INE, IAF, 2002/2003). Isto sugere que reduzir a pobreza e evitar novas populações de risco, tais como os pobres urbanos, conduz à resolução mais efectiva das desigualdades.



Redução do coeficiente Gini para, pelo menos, 0.4 (o coeficiente mais baixo na África Oriental e Austral)

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

O coeficiente Gini é uma medida de dispersão estatística habitualmente utilizada como medida de desigualdade de rendimento ou riqueza. O coeficiente Gini pode variar de 0 a 1. Um coeficiente Gini baixo indica uma distribuição mais equilibrada, com 0 a corresponder à igualdade perfeita, enquanto altos coeficientes Gini indicam uma distribuição mais desigual, com 1 a corresponder à desigualdade perfeita.

O coeficiente Gini foi historicamente baixo em Moçambique em relação aos outros países da região. Porém, como descrito anteriormente, houve tendências desde os finais dos anos 90 de aumento da desigualdade. Com base nos inquéritos nacionais aos agregados familiares (IAF) para 1996–97 e 2002–03, o coeficiente Gini entre aqueles anos aumentou de 0.40 para 0.42 (Arndt, 2006; Instituto Nacional de Estatísticas, 1997).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

O coeficiente Gini fixou-se em cerca de 0.40 entre 1997 e 2003, com altos níveis nas áreas urbanas (NHC, 2004–2006). Tabela 2 mostra os indicadores económicos entre 2004 e 2007.

Tabela 2: Indicadores macro-económicos e desenvolvimento (2004–2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
PIB per capita (US\$)		281	286	284	294
Produto Nacional Bruto per capita (103 MT)		6.786	7.812	9.063	10.095
(%) de crescimento do PIB		7,9	8,4	8,7	7,3
População vivendo abaixo da linha da pobreza	54 %				
Taxa de inflação		12,6%	7%	13,6%	8,2%
Índice de Desenvolvimento Humano		0,454	0,463	0,471	0,479

Fonte: INE, 2002/2003, Banco Mundial, 2004–2007

Evidências recentes sugerem que as desigualdades existentes em Moçambique são muitas vezes mais notórias dentro das regiões e províncias do que entre elas (James, Arndt and Simler, 2005). Analizando o coeficiente Gini ou rácio da Entropia Generalizada, ambas medidas de desigualdade de rendimento, revelam diferenças assinaláveis entre províncias. A desigualdade de rendimento é maior na Cidade de Maputo e na Província de Cabo Delgado. As províncias de Niassa, Nampula e Zambézia possuem os coeficientes Gini mais baixos e, por via disso, a desigualdade de rendimento mais baixo (NHC MOZ 2004–20006).

Duma maneira geral, Moçambique possui níveis mais baixos de desigualdade do que os da região e estes situam-se entre 0.4 e 0.42. Contudo, o aumento das desigualdades é evidente em algumas áreas, por exemplo, na área urbana de Maputo e em Cabo Delgado. Dado que estes são locais de nova pobreza (nos primeiros) e de pobreza histórica (nos últimos), isto sugere uma necessidade de maior atenção aos determinantes sociais e económicos da desigualdade nestas áreas, e quão efectivamente as populações com maiores necessidades são capazes de aceder aos benefícios das políticas, serviços e investimentos realizados para combater a pobreza e melhorar o bem-estar social.

Eliminação das diferenças de rendimento urbano / rural na mortalidade materna, mortalidade infantil (neonatal, crianças menores de cinco anos) e sub-nutrição de menores de cinco anos de idade

O indicador principal para medir os níveis de bem-estar da criança e os rácios de mudança é a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos de idade (TM<5anos). Isto deve-se à uma variedade de factores: saúde nutricional das mães e conhecimento sobre a saúde; a disponibilidade, uso e qualidade dos serviços de saúde materno-infantil: rendimento e disponibilidade de alimentos na família; disponibilidade de água potável e saneamento seguro, bem como toda a segurança do ambiente da criança. A Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (TM<5anos) pode ser considerada como uma representação da situação de saúde das crianças moçambicanas e da sociedade como um todo.

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)		NÍVEIS ACTUAIS (dados mais recentes)	
Taxa de Mortalidade Infantil 1–5 anos / 1000 (TMI)	78 93 77 178 152	1982 1992 1997 2000 2004	145	2005
Taxa de Mortalidade Infantil 1–5 anos / 1000 para mães				
– Sem educação	87	1997	68	2005
– Com secundário+ nível de ensino	54	1997	24	2005
Rácio mais baixo: mais elevado	1.6	1997	2.8	2005
Taxa de Mortalidade < de 5 anos (0–5 anos) / 1000 (TM<5anos)	226 201	1993 2003	138 138	2006 2008
Taxa de Mortalidade < de 5 anos (0–5 anos) / 1000				
– Rural	270 166	1997 1997	162 135	2008 2008
– Urbano				
Rácio rural: urbano	1.6	1997	1.2	2008
TM<5anos / 1000 por quintil de rendimento				
– Mais baixo (1º)	277.5	1997		
– Mais alto (5º)	144.6	1997		
– 1º	196.2	2003	171.9	2008
– 2º	199.8	2003	169.2	2008
– 3º	203.3	2003	169.1	2008
– 4º	154.6	2003	136.0	2008
– Mais alto (5º)	108.1	2003	109.9	2008
Rácio mais pobre: mais rico	1.9 1.8	1997 2003	1.6	2008
Taxa de mortalidade infantil (TMI) / 1000	145 109	1997 2003	93 520	2008 2005
Taxa de Mortalidade materna (TMM) / 100 000	692 408	1997 2003	340	2008
Atrofiamento em crianças menores de 5 anos de idade				
Percentagem (%) total	45.3 35.9	1990–1999 1997	47.0	2000–2006
– % rural	38.9	1997	47.2	2008
– % urbana	27.3	1997	34.8	2008
Rácio rural :urbano	1.4	1997	1.4	2008

Fontes: Gaspar, da Costa et al., 1998; IDS, 1993; Chao, 2002; DHS, 1997; INE, 1996/97; INE, 2007; Gwatkin et al., 2007; IDS, 2003; UNDP, 2008; WHO, 2005, 2006, 2006b, 2008, 2009; Republica de Moçambique, 2008c, 2008d; Instituto Nacional de Estatística, 2005; Gov de Moçambique, UNICEF, 2010.

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

A tabela resumo indica as melhorias ocorridas no índice de mortalidade infantil entre 1992 e 1997 e no índice de mortalidade infantil entre 1997 e 2003. Contudo, no período seguinte até 2005, não houve nenhuma melhoria nas crianças pequenas para a idade e a mortalidade materna subiu para 520/100 000. Assim, não houve nenhuma melhoria geral na mortalidade materno-infantil neste período.

A mortalidade materno-infantil também variou em termos de determinantes sociais e económicos, como ilustrado na tabela:

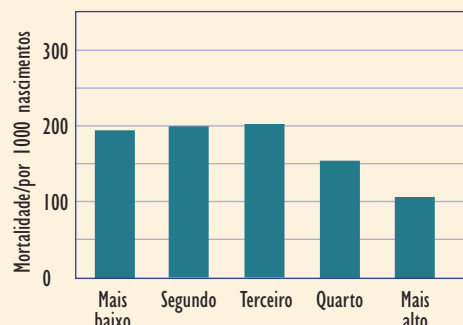
- Grandes diferenciais foram encontrados entre as residências rurais e urbanas: TMI rural foi de 67 por cento, maior do que o índice das áreas urbanas (Gaspar, da Costa et al., 1998). As crianças das áreas rurais tiveram 1.4 vezes mais probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida em comparação com as das áreas urbanas (Macassa et al., 2003; WHO, 2005).
- Houve igualmente grandes diferenças sociais, tais como no TM<5anos por quintil de riqueza, como ilustrado na Gráfico 8. Crianças no quintil de riqueza mais baixo tiveram 1.8 mais probabilidade de morrer antes dos cinco anos do que aquelas no quintil de riqueza mais alto (Gwatkins et al., 2007, utilizando os dados do IDS, 2003). Entre 1987 e 1997, a TMI foi de 61 por cento, mais baixo em mães sem escolarização com ensino primário ou secundário (Gaspar, da Costa et al., 1998). Crianças cujas mães não foram escolarizadas eram 1.2 vezes pequenas para a idade do que aquelas cujas mães tinham o ensino primário (40.8 por cento vs 34.8 por cento) e 4.5 vezes pequenas para a idade como aquelas cujas mães tinham o ensino secundário (9.1 por cento) (Gaspar e da Costa et al., 1997; Gwatkin, 2007).

Em 1997, o TMI foi desigualmente distribuído por província, Inhambane com (49/1000), Cidade de Maputo (51/1000) e Cabo Delgado (47/1000), com índices 2–3 vezes menores do que Nampula (132/1000) e Tete (146/1000) (Gaspar e da Costa et al., 1998). Os níveis mais altos de atrofiamento de crianças foram encontrados em Nampula e Cabo Delgado. Durante o período, houve mudanças nestes diferenciais. Nas áreas urbanas, a TMI reduziu entre 1973–1977 e 1988–1992, mas aumentou em 1993–1997. As áreas rurais testemunharam uma redução idêntica do TMI entre 1973 e 1982 e um aumento em 1988–1992, mas depois uma melhoria até 1997. Como notado anteriormente, as áreas urbanas começaram a testemunhar um

aumento da pobreza que também pode estar relacionada com as mães cujos filhos tinham altos níveis de mortalidade e que emigraram para as áreas urbanas (Macassa et al., 2003).

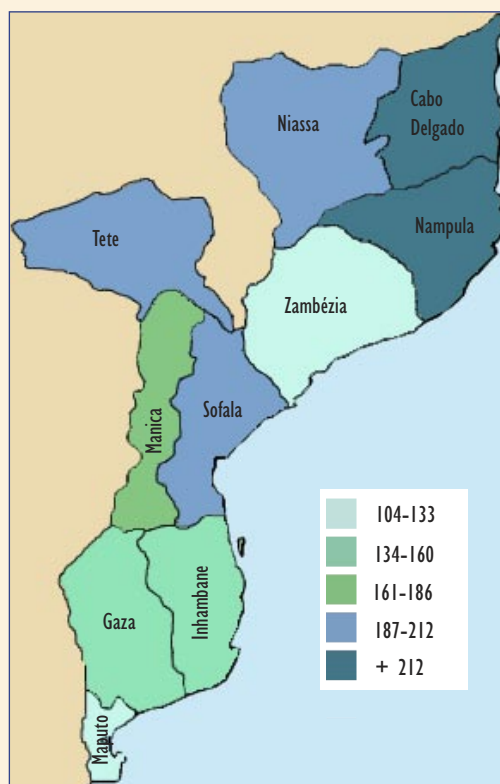
As mudanças na mortalidade materna estavam relacionadas com as condições quer das comunidades, quer dos serviços de saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde conduziu um estudo para indentificar as principais determinantes da morbilidade e mortalidade materna como parte do programa de maternidade segura. Este estudo identificou três níveis de atraso na prestação de cuidados que podem conduzir à morte da mulher. Esses níveis eram de natureza social e / ou familiar ou relacionados com a falta de recursos na comunidade, tais como infra-estruturas (por exemplo, estradas), transportes e más condições dos serviços de saúde.

Gráfico 8: Taxa de mortalidade (TM) < 5 anos por riqueza, 2003



Nota: Taxa por período de dez anos que antecederam a pesquisa
Fonte: DHS, 2003

Gráfico 9: Taxa de mortalidade (TM) < 5 anos por provincial 2003



Fonte: OMS Country fact sheet, 2006

NÍVEIS ACTUAIS (dados mais recentes)

Nos últimos anos houve progresso em termos de melhoria da saúde materno-infantil e sobrevivência em Moçambique, embora a taxa de mortalidade nas crianças menores de cinco anos de idade tenha sido reduzido. Foram registados ganhos positivos na taxa de mortalidade neonatal (IMR) e taxa de mortalidade em menores de 5 anos (TM<5anos) até 2008, com reduções até 93/1000 e 138/1000 respectivamente (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010). Enquanto a última parte está longe do alcance do ODM de 53/1000 até 2015 (WHO 2006b) e a pandemia do HIV tem um impacto significativo nas vidas das crianças, a tendência é encorajadora (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010).

A redução da mortalidade foi notória nas áreas rurais, com uma redução de até 32 por cento em media nas crianças rurais menores de cinco anos (TM<5anos) em 1987–1997 de 237/1000 para 162/1000 em 1998–2008, enquanto as TM<5anos urbanas reduziram até 10 por cento de 150/1000 para 135/1000 no mesmo período (vide Gráfico 11). A melhoria nas áreas rurais é, provavelmente, devida ao melhor acesso às infra-estruturas e aos serviços de saúde. Observou-se uma tendência idêntica em relação ao IMR (vide Gráfico 12).

As disparidades geográficas persistem, com uma criança na Província de Cabo Delgado com quase três vezes de probabilidade de morrer antes de completar cinco anos do que uma criança da Cidade de Maputo (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010).

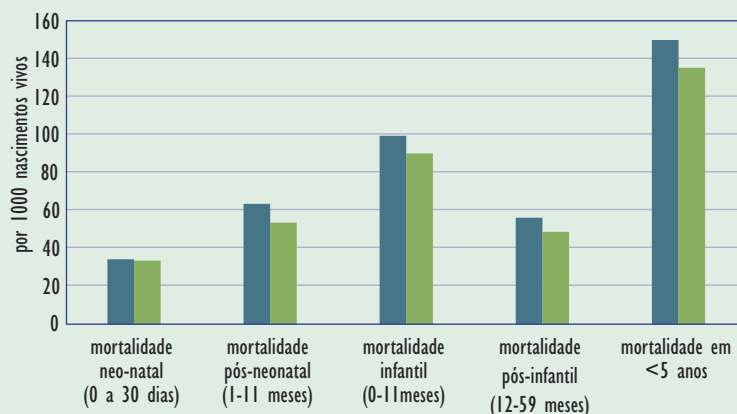
Existem diferenças da taxa de mortalidade em menores de 5 anos entre as províncias do centro e do norte, com os altos índice registados na Zambézia (205/1000) e em Cabo Delgado (180/1000). A Província de Tete é a terceira com as taxas mais altas taxa de mortalidade em menores de 5 anos (TM<5anos), estimados em 174/1000, enquanto a Província de Maputo e a Cidade de Maputo têm as taxas mais baixas de TM<5anos (103 e 108 respectivamente) (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010).

Há desafios que devem ser enfrentados. Também existem grandes diferenças da TMI causadas por determinantes sociais: em relação à escolarização de mães, crianças nascidas de mães sem escolarização que têm 2.8 vezes mais da TMI (68/1000) do que aquelas nascidas de mães com ensino superior ou mais (24/1000) (Instituto Nacional de Estatística, 2005). Os dados mais recentes disponíveis sobre o atrofiamento agudo nas crianças menores de cinco anos (2003) indicam uma diferença de 1.9 entre os grupos com rendimento mais baixo e mais alto (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010):

- 1º – 25.2 por cento; 2º – 26.0 por cento;
- 3º – 25.2 por cento; 4º – 21.2 por cento;
- e 5º – 13.4% (IDS, 2003).

Em 2008 o diferencial entre o grupo com mais baixo rendimento e aquele com mais alto rendimento no grupo de crianças pequenas para a idade aumentou de 3.1, sendo que 21 por cento estavam no grupo com mais baixo rendimento e 7.1 por cento no grupo com mais alto rendimento (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010).

Gráfico 10: Mudanças na mortalidade infantil, 2003–2008



Fonte: Gov de Moçambique, UNICEF, 2010

Gráfico 11: Mortalidade em <5 anos de 1997 a 2008 por residência

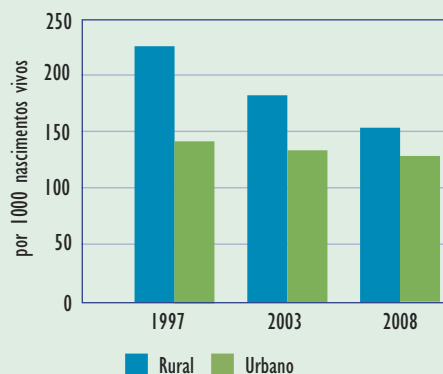
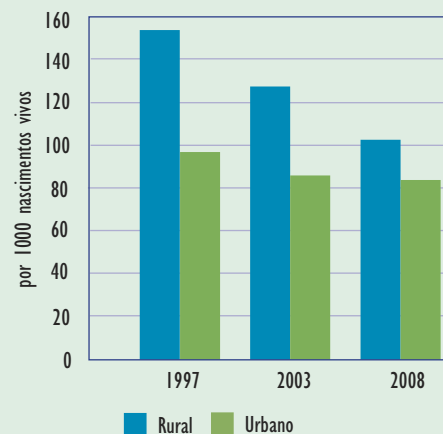


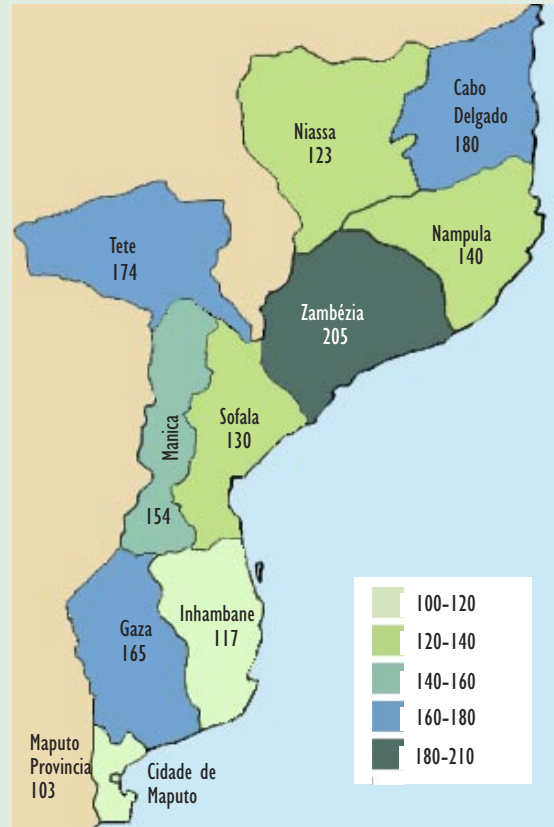
Gráfico 12: Mortalidade infantil de 1997 a 2008 por residência



Fonte Gráficos 11 e 12: Gov de Moçambique, UNICEF, 2010; DHS INE, 1997, 2003

O Rácio da mortalidade materna / TMM reduziu de 692 em 1997 para 340 em 2008 (República de Moçambique, 2008d). Isto deve-se ao plano e estratégia nacional de redução de mortalidade materna e do recém-nascidos a partir do ano de 2000, com melhor diagnóstico e tratamento de complicações obstétricas e maior acesso aos serviços de saúde de qualidade, incluindo nas consultas pré-natais e no planeamento familiar (República de Moçambique, 2008d). O sector da saúde lançou um livro de registo nacional e expandiu a estratégia integrada de prestação de cuidados às doenças infantis (AIDI) para os recém-nascidos durante a primeira semana de vida. Uma iniciativa presidencial de apoio à saúde materno-infantil foi lançada e um plano estratégico sobre a saúde infantil e dos recém nascidos foi desenvolvido (PESNI, 2008–2012). Os trabalhadores da saúde em geral, particularmente as enfermeiras de saúde materno-infantil, pessoal técnico médico cirúrgico frequentou curso de atendimento ao parto e de prestação de cuidados obstétricos de emergência. Como resultado, a proporção de partos nas unidades sanitárias assistidos por pessoal qualificado aumentou de 44 por cento em 1997 para 48 por cento em 2003 e 55 por cento até 2009 (INE, 1997, 2003, 2009). Há lacunas que devem ser consideradas entre os grupos sociais: partos insitucionais foram 2.3 vezes mais frequentes em mulheres do quintil de riqueza mais elevado do que aquelas do quintil mais baixo e ocorreram 2.1 vezes mais em mulheres com ensino secundário ou mais do que em mulheres sem escolaridade. (Governo de Moçambique, UNICEF, 2010).

Gráfico 13: Mortalidade em <5 anos por província, 2010



Fonte: Governo de Moçambique, UNICEF, 2010

Progresso

TM<5anos e RMM melhoraram significativamente entre 1987 e 2008, conduzindo ao optimismo de que o ODM de mortalidade infantil de 2015 seria alcançado se as melhorias fossem céleres, reduzindo o RMM até 4.3 por cento anualmente e o IMR até 3.7 por cento anualmente. Melhorias recentes no TM<5anos foram mais notórias nas áreas rurais, reduzindo as diferenças rural-urbanas. Diferenças provinciais em termos de TM<5anos foram reduzidas, mas persistiram, enquanto continuavam a existir diferenças de riqueza no grupo de crianças pequena para a idade. O aumento relativo da TMI urbano e a prevalência das diferenças da TMI em termos de riqueza e escolarização das mães constituíram preocupação. Ultrapassar as diferenças de acesso aos serviços principais para reduzir o RMM e a TMI é uma questão que requer melhoria. Foram implementados vários programas para apoiar a saúde materno-infantil e o RMM foi reduzido atendendo os factores da procura e da oferta que afectam a mortalidade materna. Há necessidade de se avaliar e resolver a distribuição social desta redução e acesso à tais serviços, particularmente nas províncias com altos índices de mortalidade e nas mães com baixo rendimento e escolarização. A discussão desta questão é retomada mais adiante.



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Eliminando as diferenças de rendimento urbano / rural no acesso à vacinação e nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto por trabalhador qualificado

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)	
% da cobertura da vacinação contra o sarampo <1ano – Rural	70.8	2003	74.1	2008
– Urbano	90.8	2003	69.6	2008
– Rendimento mais baixo	60.8	2003	85.8	2008
– Rendimento mais alto	96.4	2008	62.0	2008
– Rácio rico: pobre	1.6	2003	89.8	2008
			1.5	2008
% de cobertura total da vacinação	47	1997	60.1	2008
	63	2003		
– Rural	56	2003	54.8	2008
– Urbana	81	2003	74.1	2008
– Rendimento mais baixo	45	2003	47.0	2008
– Rendimento mais alto	91	2003	78.8	2008
– Rácio rico: pobre	2.0	2003	1.7	2008
% de mulheres grávidas com acesso a CPN			92.4	2008
– Rural	66.1	1997	89.7	2008
– Urbana	96.1	1997	99.0	2008
– Sem escolarização	61.7	1997	88.0	2008
– Ensino superior +	98.7	1997	99.3	2008
% de mulheres grávidas com 4 visitas CPN	36	1990–1999	53	2000–2006
% partos assistidos por pessoal qualificado			48	2000–2006
			55.2	2008
– Rural	34.1	2003	46.0	2008
– Urbana	80.7	2003	78.7	2008
– Sem escolarização	61.7	1997	41.0	2008
– Ensino superior +	98.7	1997	89.1	2008
Partos assistidos por pessoal qualificado por quintil de riqueza				
– Mais baixo (1°)	25	2003	36.1	2008
– 2°	33	2003	45.0	2008
– 3°	68	2003	52.9	2008
– 4°	89	2003	66.2	2008
– Mais alto (5°)	89	2003	88.3	2008
– Rácio rico: pobre	3.6	2003	2.5	2008

Fontes: Gaspar, da Costa et al., 1998; INE, 1996/97, 2003; INE, 2007; Gwatkin et al., 2007; INE and OCR Macro, 1997, 2003; WHO, 2008, 2009d; MISAU, 2007. Governo de Moçambique, UNICEF, 2010

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

A tabela resumo indica que os índices de vacinação foram baixos nas áreas rurais e nos grupos com baixo rendimento. A vacinação rotineira, por questão política, é administrada à todas as crianças com idade inferior cinco em todos os locais de prestação de serviços. Crianças menores de um ano recebem BCG, OPV, “diphtheria tetanus pertussis” (DTP)/ vacinação contra Hepatite B e sarampo, e “tetanus toxoid” é administrada às mulheres em idade fértil, com índices de cobertura de de 57.5 por cento em 1990, (RNDH, 2005). A vacinação entre crianças de um ano de idade variou, em 2003, de acordo com residência e rendimento, com rácios urbano-rural de 1.3 e rácios de rendimento alto-baixo de 1.6 (OMS, 2008).

Os constrangimentos aconteceram tanto no abastecimento como na absorção. Apenas 75 por cento das infra-estruturas de vacinação de crianças tinham todas as vacinas em stock de acordo com um inquérito de 2003 (Lindelow, 2004). A participação comunitária foi encorajada através de organizações não-governamentais e outras organizações baseadas na comunidade, tais como Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) e Village Reach, que desempenham um papel valioso na garantia da mobilização social para a vacinação.



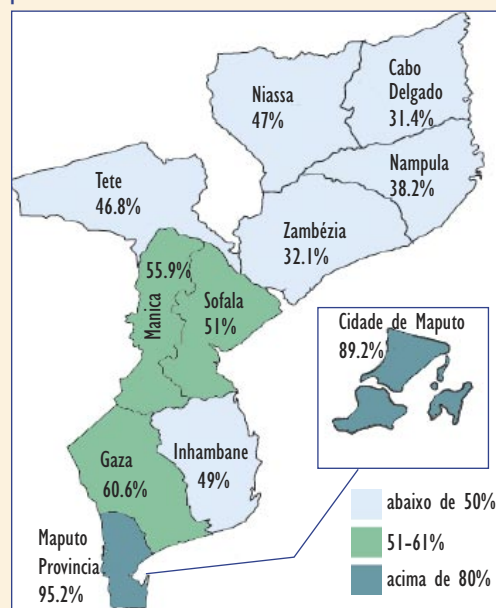
A tabela mostra os vários serviços de saúde materna: por área rural–urbana, com 2.4 de índices mais altos nas áreas urbanas; por escolarização das mães, com 1.6 de diferenças de participação nos cuidados pré-natais I (CPN); e por grupo de rendimento, com rácios ricos a pobres de 3.6 (WHO, 2008; Gwatkin et al., 2007).

Isto indica que no período houve barreiras no acesso aos cuidados que seguiu diferenças sociais e económicas idênticas como aquelas barreiras que afectam os resultados da saúde materno-infantil, tornando a prestação de cuidados mais acessível para aqueles com menos necessidades, apesar dos fortes valores do quadro para compromisso político em relação à equidade.



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Gráfico 14: Partos institucionais por província 2003



Fonte: Governo de Moçambique, 2005

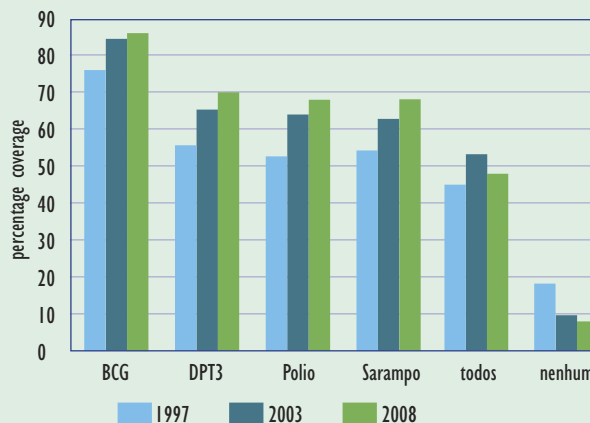
NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Foram assumidos compromissos políticos através da ratificação da Convenção de Direitos da Criança (1989), desenvolvimento do programa de saúde materno-infantil e de planeamento familiar e aprovação da lei sobre violência doméstica (Lei número 29/2009). Os programas foram expandidos para melhorar a saúde materno-infantil, incluindo o seguinte: Programa Alargado de Vacinação (PAV), nutrição, medicamentos essenciais, maternidade segura, amamentação exclusiva, suplementos de vitamina A, redes mosquiteiras tratadas com insecticida, cuidados integrados para doenças infantis (AIDI), prevenção da transmissão vertical do HIV e SIDA, nutrição infantil, fazer recuar a malária e tratamento do SIDA (MISAU, 2005).

A cobertura da vacinação aumentou depois de 2005. Em 2008, 87 por cento das crianças com idade inferior a um ano foram vacinadas contra a tuberculose, 71 por cento contra DPT3, 70 por cento contra Pólio e 64 por cento contra sarampo (Gráfico 15). As crianças de 12–23 meses a viverem nas áreas rurais ainda são mais prováveis de ser vacinadas do que as que vivem em áreas rurais, com 55 por cento de todas as crianças rurais vacinadas em comparação com 74 por cento das crianças urbanas (Gov de Moçambique, UNICEF, 2010).

A tabela resumo indica que o acesso aos CPN e a assistência ao parto por trabalhadores qualificados da saúde aumentou depois de 2005. Em 2003, 47 por cento dos nascimentos ocorreram em unidades sanitárias e 53 por cento no domicílio (INE, 2003). Até 2007, o Ministério da Saúde calcula que 53.8 por cento das mulheres tiveram partos numa unidade sanitária, com 28.6 por cento rurais e 71.4 por cento urbanas (MISAU, 2007). Existe alguma variação nesta estimativa e os números estão afectados por mudanças nas práticas de registo nas unidades sanitárias durante o período. O PARPA II estima que apenas 48 por cento das mulheres tem parto em unidades sanitárias (República de Moçambique, 2008b:4). Dados do sistema de informação de saúde referem que a Cidade de Maputo, Niassa, Inhambane e Sofala têm cobertura média (Ministério da Saúde, MISAU, 2007; Governo de Moçambique, 2008d).

Gráfico 15: Cobertura da imunização de crianças de 12-23 meses 1997-2008



Fonte: INE and OCR Macro 1997, 2003; Gov de Moçambique, UNICEF, 2010

Os inquéritos aos agregados familiares indicam, porém, que as diferenças de acesso e de cobertura persistem nas coberturas vacinais mas baixam no atendimento pré-natal e nos partos atendidos por pessoal treinado:

- 1.4 em 2008 na cobertura da vacinação urbano–rural (1.4 em 2003)
- 1.1 em 2008 na cobertura das CPN urbano–rural (1.5 em 1997)
- 1.7 em 2008 na assistência ao parto urbana–rural por trabalhadores qualificados da saúde (2.4 em 2003).

No concernente aos outros resultados, os índices de cobertura dos CPN variaram em termos de quintil de riqueza, com diferenças de 1.5 do quintil mais alto para o mais baixo:

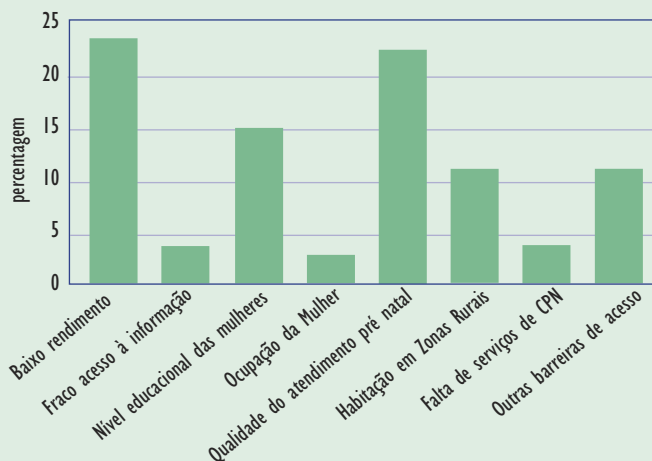
1° (mais baixo) quintil	67 por cento
2° quintil	83 por cento
3° quintil	86 por cento
4° quintil	97 por cento
5° (mais alto) quintil	98 por cento

(Gwatkin et al., 2007).

Até 2008, as diferenças em termos de riqueza de 2.5 nos partos institucionais foram maiores do que as diferenças urbano–rurais, indicando que o acesso é mais significativamente afectado pelas variáveis económico-sociais nas comunidades do que pelas diferenças urbano-rurais.

Os índices de cobertura dos CPN foram baixos em relação as visitas múltiplas a um trabalhador qualificado da saúde (2003), de 53 por cento no quintil mais baixo para 90 por cento no mais alto, e 65 por cento nas áreas rurais para 86 por cento nas urbanas (Gwatkin et al., 2007). Diz-se que 45.2 por cento das mães grávidas e 70.7 por cento das mães urbanas visitaram os CPN quatro ou mais vezes durante a sua gravidez (Instituto Nacional de Estatística, 2005). Gráfico 16 mostra os factores que fizeram com que os inquéritos do Ministério da Saúde fossem identificados como sendo os que conduzem às diferenças nos partos institucionais, sugerindo que as barreiras existem na comunidade (devido ao baixo rendimento) e serviços (devido à qualidade dos CPN).

Gráfico 16: Factores que para as diferenças em partos institucionais



Fonte: Governo de Moçambique 2008d

Progresso

A cobertura da vacinação em Moçambique tem vindo a aumentar desde 1997, novas vacinas – hepatite B e “haemophilus influenza” (gripe) – foram introduzidas e existem planos de introduzir “a vacina rotavirus e pneumococcus”. Os CPN e assistência qualificada na cobertura de prestação de cuidados, enquanto a última é ainda uma meta por cumprir. As diferenças entre as áreas urbanas e rurais melhoraram em relação aos CPN e ao parto atendido por pessoal qualificado, mas não em relação à vacinação. A cobertura vacinal continua alta nas áreas urbanas e varia com o nível de riqueza. O facto de as diferenças na riqueza serem agora maiores do que as diferenças urbano-rurais sugere que enquanto os factores da oferta (disponibilidade) precisam de ser resolvidas, ultrapassar as barreiras colocadas pela procura é mais importante para o alcance dos ODMs e para ultrapassar as diferenças. Estas mudanças dão enfoque nos programas de saúde materno-infantil cobrindo os menos servidos, através de medidas de promoção da cobertura universal, complementadas por programas tendentes a assegurar a aceitação nas famílias com baixo rendimento e com baixa escolarização, bem como outras desvantagens.

O governo planifica construir mais unidades de saúde nas áreas que são actualmente menos servidas para reduzir a iniquidade geográfica na prestação de cuidados de saúde pública (MISAU/ DNS, 2005a, 2004b). A iniciativa presidencial tem como finalidade apoiar a saúde materno-infantil com um plano estratégico de saúde de crianças, incluindo as recém-nascidas (PESNI, 2008–2012). O sector da saúde expandiu a estratégia de cuidados integrados sobre doenças infantis e de crianças recém-nascidas (AIDI) durante a primeira semana de vida para aumentar a consciência de cobertura em todos os distritos através da estratégia do Alcance de Todos os Distritos (RED). Isto inclui a re-adoção de equipas de trabalho móvel, supervisão, ligação com as comunidades, monitoria e registo, bem como planificação e gestão de recursos. Esta abordagem dá enfoque na capacitação dos distritos, dos trabalhadores da saúde e das comunidades para enfrentarem os maiores obstáculos na melhoria da vacinação e de outros serviços de sobrevivência materno-infantil. Uma vez consolidada, a abordagem de Alcance / Cobertura de Todos os Distritos servirá como ponto de entrada para todas as intervenções de sobrevivência materno-infantil ao nível distrital. Estes planos importantes de cobertura geográfica precisam de integrar medidas para identificar e assegurar a adesão no nível baixo de rendimento, famílias com desvantagens sociais em todas as áreas (mesmo em áreas de maior cobertura) e para incluir a monitoria desagregada da adesão e da cobertura.

Alcance dos objectivos das NU para o acesso universal à prevenção da transmissão vertical, preservativos e tratamento anti-retroviral

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)	NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)
Prevalência do HIV em adultos	10.2% 1996 13.0% 2004 16.1% 2005	16% 2007
% dos que frequentaram VCT e dos que fizeram teste de HIV – Mulheres rurais – Mulheres urbanas – Mulheres com renda mais baixa – Mulheres com renda mais alta	2.5 2003 1.1 2003 8.9 2003 0.4 2003 12.1 2003	
% de mulheres grávidas 15-49 anos que fazem oVCT como parte dos CPN – mais baixa (Zambézia) – mais alta (Maputo city)	27% 2003 81% 2003	28% 2006 94% 2006
Pessoas com acesso ao tratamento % dos que necessitam de TARV	6% 2005 12% 2006	30.0% 2007
Mulheres grávidas em TARV	0.2% 2002 6.5% 2005	8.3% 2006 29.7% 2007
Mulheres grávidas fazendo a PMTCT	0.7% 2003 8.3% 2006	
% de conhecimento sobre a PMTCT – Mulheres rurais – Mulheres urbanas – Mulheres com a rendimento mais baixo – Mulheres com rendimento mais alto	53 2003 74 2003 45 2003 81 2003	
Prevalência de contraceptivo	16.5% 2000–2006	

Fonte: República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2008; Gwatkin, 2007; WHO, 2008, 2009; Kaiser Foundation, 2005; MISAU PMTCT programme, 2007.

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

A prevalência do HIV em adultos no país aumentou de 10.2 por cento em 1996 para 16.1 por cento em 2005, com maior prevalência nas mulheres na região centro. De acordo com a ONUSIDA, 'Depois de parecer estabilizar no início de 2000, a pandemia de Moçambique, mais uma vez, cresceu, com a prevalência do HIV a atingir todas as partes do país' (ONUSIDA, 2008). O aumento dos níveis de infecção foi notado em pessoas com idade compreendida entre 15–24 anos (Conselho Nacional de Combate ao HIV & SIDA, 2006).

O país iniciou com uma resposta concertada em 1986, criando a Comissão Nacional de Combate ao Sida e depois um Programa Nacional de Prevenção e Controlo da SIDA (PNPCS) em 1988 e um Conselho Nacional de Combate ao Sida (CNCS) para coordenar, monitorar e avaliar a resposta multisectorial. A Assembleia da República aprovou uma lei proibindo qualquer discriminação contra pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVS / PLWHA) no local de trabalho (UN ECA, 2004; Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2008). O governo endossou a Declaração de Compromisso das NU de 2001 sobre HIV/SIDA e o Objectivo do Desenvolvimento do Milénio das NU de reduzir para metade e reverter a propagação do HIV até 2015. Um Programa de Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PMTCT) foi criado em 2002 com parceiros internacionais (Governo de Moçambique, 2007; RNDH, 2007).

Até 2005, estimava-se que 204,000 pessoas precisavam de tratamento anti-retroviral (TARV), enquanto 146,245 mulheres grávidas eram tidas como HIV-positivas e em necessidade de tratamento PMTCT. Enquanto a cobertura do TARV aumentava de 5 por cento nas pessoas necessitadas em 2005 para 12 por cento em 2006, ainda continuava abaixo

da cobertura regional de 21 por cento (OMS, 2008). A cobertura da Testagem e Aconselhamento Voluntário (TAV /VCT) foi muito baixa e, como indicado na tabela resumo, teve uma variação de 30 entre o quintil de rendimento mais alto e o mais baixo, e uma variação de 8 por residência rural-urbana. O conhecimento sobre PMTCT também variou em 1.4 do 1º ao 5º quintil de renda e 1.8 por residência, com maior desvantagem para as mulheres rurais com rendimento mais baixo.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Dados de vigilância em 2007 mostraram que, embora a prevalência de HIV no norte e centro do país tivesse estabilizado, com índices de prevalência de 9 por cento e 18 por cento respectivamente, a prevalência da região sul teve uma tendência dramaticamente ascendente, atingindo 21 por cento (República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2008).

Gráfico 17: Prevalência do HIV por província, 2004, 2007

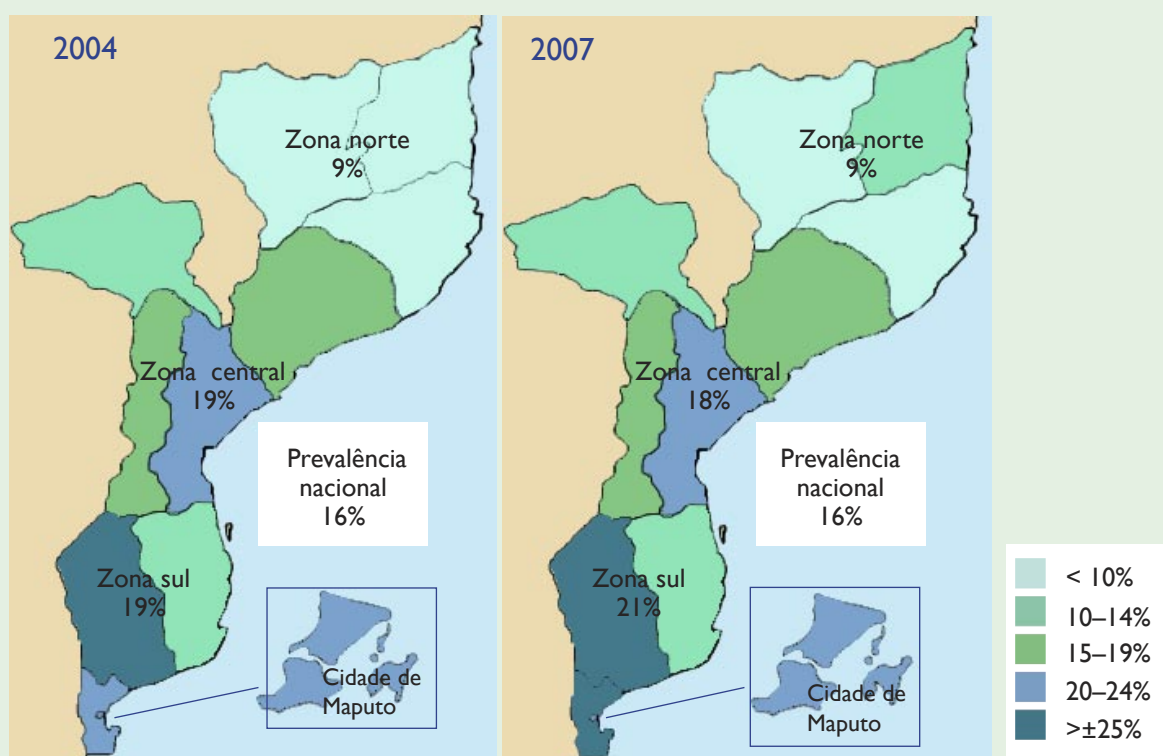
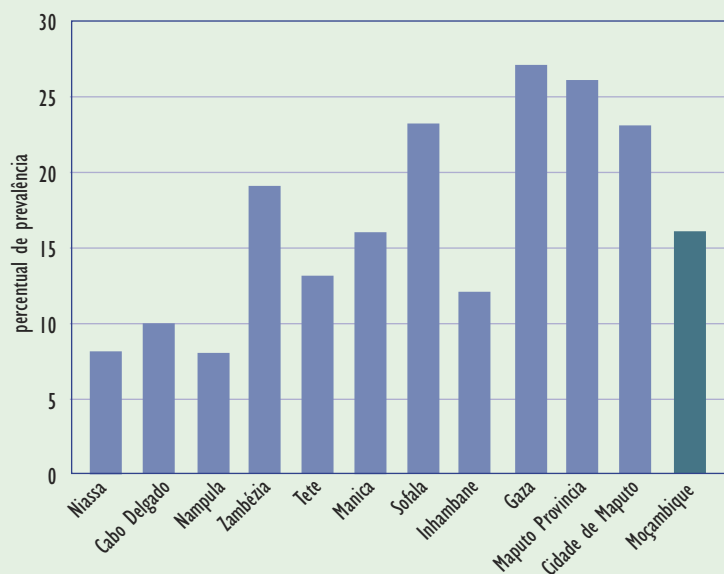


Gráfico 18: Prevalência do HIV por província, 2007

A distribuição da prevalência de HIV em adultos é apresentada nas Gráficos 17 e 18. Era mais baixa no norte (9 por cento in 2004), mas aumentou até 2007, com a prevalência mais baixa possível a dever-se à circuncisão masculina que é comum. A alta prevalência e ascendente é evidente na zona sul (20 por cento), incluindo na capital, Maputo (ONUSIDA, 2008, citando Conselho Nacional de Combate ao HIV & SIDA, 2006).



Fonte de Gráfico 17 and 18: MISAU/INE 2007; Conselho Nacional de Combate ao HIV & SIDA,

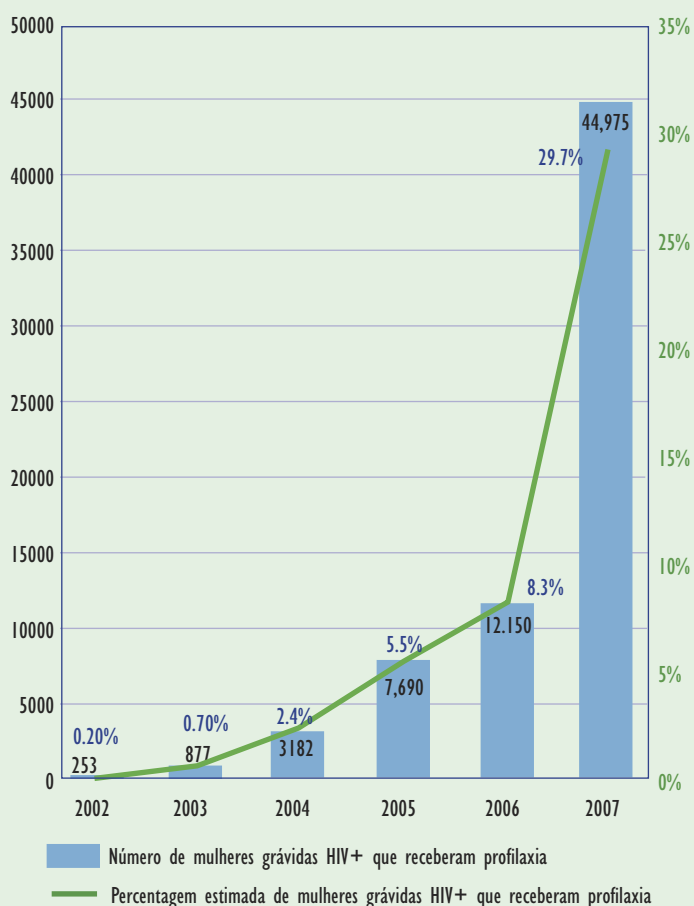
A pandemia aumentou nos jovens indicando que precisamos de envidar esforços complementares em direcção ao acesso universal com medidas específicas para grupos particulares de alto risco. Para adolescentes na zona norte, a prevalência do HIV duplicou para 10 por cento entre 2000 e 2004 e aumentou de 12 para 18 por cento no sul, sugerindo que este grupo precisa de atenção particular na prevenção (Ministério da Saúde de Moçambique, 2005). Existem também diferenças de género com 22 por cento das mulheres adultas com idade compreendida entre 20–24 infectadas, comparado com os 7 por cento dos homens (República de Moçambique, CNC SIDA, 2008).

Até 2006, havia 356 locais de Atendimento e Testagem Voluntária, incluindo 281 em unidades sanitárias e 78 que prestavam PMTCT. A cobertura do ATV aumentou até 81 por cento entre 2005 e 2007 (República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2008). Entretanto, houve diferenças significativas na proporção de mulheres a receber aconselhamento sobre HIV como parte a sua consulta pré-natal. Isto variou de apenas 20 por cento na província da Zambézia (27 por cento em 2003) para 94 por cento na Cidade de Maputo (81 por cento em 2003), com o aumento mais rápido de cobertura a acontecer em Maputo. Este dado não está desagregado por quem tem ou não acesso ao teste, nem o ponto em que o teste conduz ao tratamento. Muitas repercussões são evidentes considerando que apenas 43 por cento das mulheres recebe os resultados dos testes (República de Moçambique, CNC SIDA, 2008).

Implementação do TARV e prestação de cuidados expandiram-se rapidamente em 2006/07. Em 2007, a cobertura de antiretrovirais aumentou, em geral, para 30 por cento e para 29.7 por cento para mulheres grávidas, mudando de abaixo de para acima da média regional de 24 por cento (OMS, 2009). Em 2008, das 738,793 mulheres participando nas CPN, 63 por cento fizeram o teste de HIV e 54,749 receberam TARV e 504 locais do PMTCT em todo o país (QAD, 2008). O Plano Estratégico Nacional de Combate ao Sida (PEN, 2004–2008) integra todas as componentes de prestação de cuidados, aconselhamento e testagem voluntária, testes laboratoriais, TARV e tratamento de infecções oportunistas totalmente subsidiados pelo estado na rede de pessoas vivendo com HIV e SIDA (MISAU, 2006). O número de unidades sanitárias que fazem parte dos serviços de PMTCT aumentou significativamente de 286 em 2007 para 504 em 2008 e 800 em 2009.

O tratamento antiretroviral de crianças está sendo progressivamente trazido para mais perto das pessoas através da sua expansão pelo país, embora haja uma distribuição geográfica desigual.

Gráfico 19: Mulheres grávidas HIV+ a receber ARV, 2002–2007

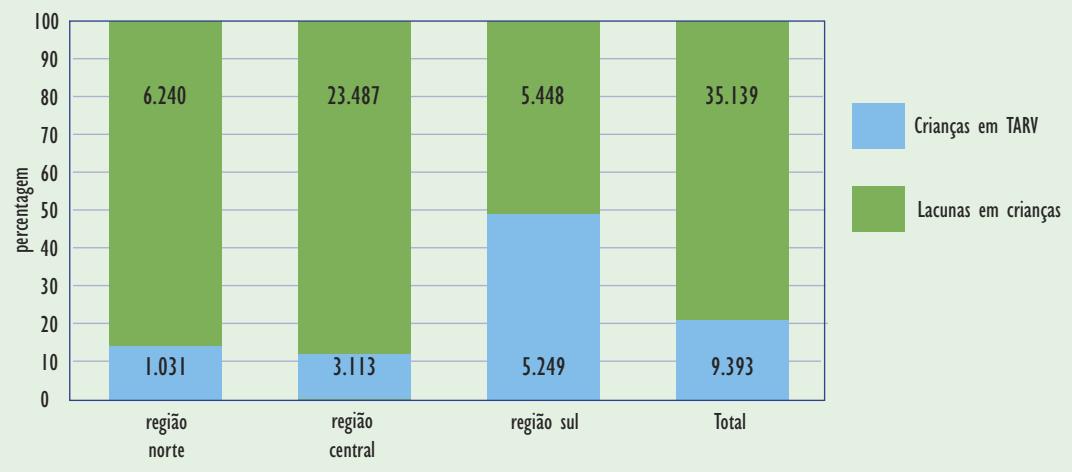


Fonte: MISAU/PMTCT programme, 2007

Em 2006, 68 por cento de todas as crianças a receber tratamento viviam em quatro províncias do sul do país e 55 por cento vivia na Cidade de Maputo. Até 2008, as províncias do sul contavam com 56 por cento de todas as crianças que recebiam antiretrovirais e a Cidade de Maputo contava com 33 por cento. Apesar da expansão para outras províncias, a distribuição geográfica de crianças com acesso ao tratamento continua altamente desigual, com aproximadamente metade das crianças necessitando de TARV capazes de aceder a esse tratamento no sul e menos de 20 por cento nas regiões do centro e norte (vide Gráfico 20).



Gráfico 20: Necessidades não satisfeitas de TARV em crianças menores de 15 anos, Dezembro de 2008



Fonte: Ministério da Saúde, dados da Direcção de Assistência Médica, 2008.

A distribuição de preservativos foi alargada, com 69 milhões de preservativos distribuídos em 2007, mais 58 por cento do que em 2006. O FNUAP providenciou 1,25 milhões de preservativos femininos para distribuição (IRIN 2009) e as directrizes de uso de preservativos femininos estão sendo elaborados.

Progresso

O Governo de Moçambique prioriza HIV e SIDA na sua agenda nacional, integrando-a nos quadros nacionais de desenvolvimento e de redução da pobreza e promove serviços integrados para pessoas vivendo com HIV e SIDA, do ATV /VCT à integração do aconselhamento e triagem de saúde na gestão de doenças crónicas (RDNR, 2005). Como resultado, o acesso ao tratamento expandiu de forma impressionante num período relativamente curto, atingindo acima da média regional, embora esteja ainda abaixo da cobertura universal. Existe um número de desafios:

- Prevalência do HIV aumenta nas regiões sul e nos jovens e com grande desigualdade de género. Os determinantes deste risco precisam de ser resolvidos e os serviços de prevenção intensificados em grupos específicos de risco, mesmo enquanto o tratamento se expande.
- A não satisfação das necessidades e a distribuição geográfica desigual do TARV para crianças exige a locação de recursos para resolver o baixo acesso nas regiões do norte e do centro.

O ministério identificou um número de barreiras de oferta em relação ao seu objectivo de cobertura universal. Por exemplo, a falta de trabalhadores qualificados da saúde está sendo abordada num plano de desenvolvimento de recursos humanos para 2008–2015. Onde os serviços estão mais disponíveis, as barreiras para absorver as necessidades de precisam de ser identificadas e ultrapassadas. A escala rápida de expansão, particularmente em Maputo, sugere que quanto mais alto o rendimento, os grupos mais escolarizados podem ter absorção rápida. Para além disso, a desistência do tratamento constitui presentemente uma preocupação, indicando a necessidade de ser resolver os determinantes de adesão: ‘O número de pessoas “perdidas no seguimento” do TARV começa a ser uma questão e indica a necessidade de maior compreensão do acesso das pessoas e utilização das unidades sanitárias’ (República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2008). Uma proposta para implementar uma estratégia de comunicação para recuperar os valores sócio-culturais e combater o estigma seria informada por uma avaliação geograficamente desagregada das barreiras de acesso ao serviço e de cobertura.



© UNICEF Moçambique/T. Delvigne-Jean

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



Acesso dos agregados familiares aos recursos para a saúde

Indicador de progresso

- Alcance e eliminação das disparidades do género no acesso ao ensino primário e secundário universais
- Alcance do ODM de reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável até 2015
- Aumento do rácio salários – PIB
- Cumprimento dos padrões de provisão adequada de trabalhadores da saúde e de medicamentos vitais e essenciais aos níveis primário e distrital dos sistemas de saúde
- Abolição da taxa dos utilizadores nos sistemas de saúde, apoiada por medidas para financiar serviços
- Ultrapassar as barreiras que as comunidades em desvantagem enfrentam no acesso e uso dos serviços de saúde e essenciais

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



Acesso dos agregados familiares aos recursos para a saúde

As desigualdades da saúde e seus determinantes descritos na secção anterior são abordados por agregados familiares com acesso aos recursos da saúde através de sistemas de saúde distributivos e através políticas nacionais mais abrangentes. Esta secção explora o progresso em parâmetros seleccionados de até que ponto os agregados familiares têm acesso aos recursos como rendimento, educação, ambiente, cuidados de saúde e protecção social que precisam para melhorar a sua saúde, e acabar com as disparidades dos determinantes sociais na saúde. Os parâmetros indicam o grande espectro de tais recursos.



Alcance e eliminação das disparidades do género no acesso ao ensino primário e secundário universais

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980-2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)		
% líquida de ingressos no ensino primário	– Sexo feminino	37	1990–1994	73	2000–2006
		46	1995–1999	80	2008
	– Sexo masculino	47	1990–1994	80	2000–2006
		58	1995–1999	82	2008
	– Geral	69	2003	81	2008
	% de adultos alfabetizados (geral)	45.4	2002	48.3	2007

Fonte: OMS, 2008; PNUD, 2008. Govt of Moçambique UNICEF 2010

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Os níveis de alfabetização em adultos em Moçambique são relativamente baixos. Embora Moçambique tivesse como meta o acesso à educação primária universal a partir de 1981, um conflito interno de 16 anos conduziu à uma regressão na educação até 1990. Em 1995, o governo aprovou a política nacional de educação (PNE), priorizando o ensino básico (para crianças e adultos). A recuperação do sistema de educação foi baseada na expansão e melhoria da qualidade do ensino, particularmente o ensino básico.

O género foi um determinante importante dos resultados de ensino. Houve uma grande diferença, mas que depois foi ultrapassado entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino nos ingressos do ensino primário, como ilustrado na tabela resumo (OMS, 2008). Em 2002, o rácio de ingresso líquido de raparigas no ensino primário do primeiro grau (EPI): rácio de rapazes nas áreas rurais, foi de 48:57 por cento ou um rácio de 1.2, enquanto as raparigas: rácio de rapazes nas áreas urbanas foi de 76:76 por cento ou igual (OMS, 2009d). Portanto, as diferenças do género foram maiores nas áreas rurais e piores nas provinciais do norte e do centro (MINED, 1998). Os índices de aprovação no ensino primário melhoraram de 56–60 por cento em 1997 para 77 por cento em 2004, com a diferença do género a ser reduzida (PNUD, 2005). Os índices de frequência escolar em 2003 foram significativamente diferentes em termos de quintil de riqueza, com os rácios do quintil de riqueza mais baixos e mais altos a pertencerem às raparigas, 32:85 por cento ou 2.7 e os rapazes com 45:84 por cento ou 1.9, sendo, por isso, maior para as raparigas do que para os rapazes (Gwatkin, 2007).

Ao mesmo tempo, o rendimento foi um grande determinante dos resultados do ensino. Os índices de conclusão do ensino em 2003, entre o quintil de rendimento mais baixo e mais alto, foram de 3.5:52.3 por cento em raparigas ou um rácio de 14.9 e 17.6:63.9 por cento em rapazes ou um rácio de 3.6 (Gwatkin, 2007).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

O nível de alfabetização em adultos melhorou ligeiramente entre 2002 e 2007, como indicado na tabela resumo, mas com uma lacuna persistente nos índices de alfabetização masculina (69 por cento) e feminina (36 por cento) em 2007 (PNUD, 2008).

Ao nível político e estratégico, o Programa Quinquenal do Governo, PARPA II, a política do género e a estratégia de implementação, o plano nacional de progresso para as mulheres e o plano estratégico da educação (2006–2010/11) deram enfoque na integração da equidade do género no ensino. O Ministério da Acção Social e da Mulher, o Conselho Nacional para o Progresso da Mulher (CNAM), as Mulheres Parlamentares, Gabinete e Comissão da Acção Social para o Género e Meio Ambiente (Parlamento) e organizações da sociedade civil seleccionadas estão a apoiar a implementação destas políticas. Em 2005–2007, 20.8 do orçamento do governo foi alocado à educação, com a maior despesa incorrida no ensino geral. Com estas políticas, a construção de escolas e os investimentos na melhoria da qualidade do ensino, aumentou o índice médio líquido de ingresso no ensino primário e a lacuna do género foi reduzida como indicado na

tabela resumo. O Ministério da Educação registou um aumento significativo de crianças a completarem o EPI, de 38.7 por cento em 2003 para 72.6 por cento em 2007. A meta do ODM de reduzir as lacunas do género no EPI (1ª à 5ª classes) tem probabilidade de ser alcançada até 2015, embora a conclusão em 100 por cento do ensino primário por rapazes seja improvável de ser alcançada até 2015. No EP2 (6ª à 7ª classes) e nos níveis secundários, a lacuna persiste. O índice de conclusão por raparigas do EP2 foi de 28.8 por cento em 2006 e a lacuna entre rapazes (80 por cento) e raparigas (65.1 por cento) permaneceu alto (República de Moçambique, 2008d; PNUD, 2008).

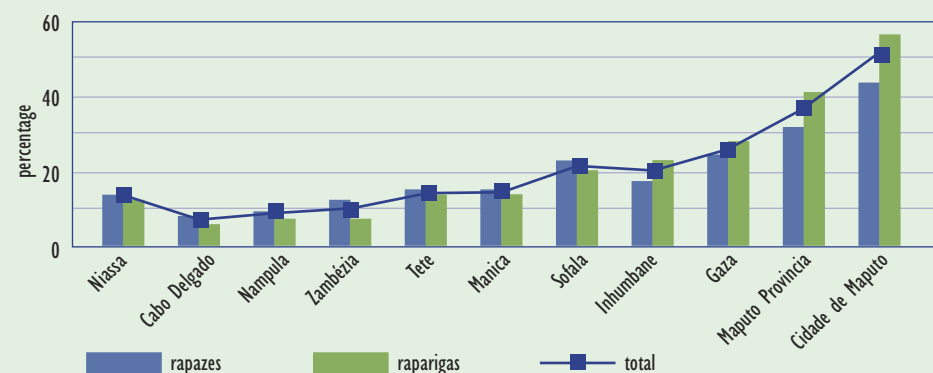
Para além disso, houve grandes diferenças geográficas. Embora o rácio de ingresso líquido no EPI seja superior a 80 por cento em cada província, o rácio bruto de ingresso (GER) para a segunda fase (EP2) revela existirem diferenças geográficas marcantes. Os índices de conclusão por raparigas do ensino público nas províncias de Inhambane, Gaza e na Cidade de Maputo foram mais altos do que os das raparigas. A Cidade de Maputo e a Província de Maputo, que registaram os níveis mais altos de ingresso, tiveram os rácios mais altos de ingresso de raparigas no EP2 do que dos rapazes, enquanto, nas outras províncias foram mais baixos. Regionalmente, as províncias com o rácio mais baixo de ingresso no EP2 e com as maiores lacunas do género são as do centro e da zona norte do país. Cabo Delgado, Nampula, Niassa e Zambézia encontram-se entre as províncias com o pior desempenho, cada uma com um rácio médio de ingresso menor do 15 por cento (República de Moçambique, 2008d) (vide Gráficos 16–19). A frequência escolar segue um modelo idêntico ao do ingresso escolar. O inquérito do grupo de indicadores múltiplos de 2008 revelou que os alunos das províncias do sul vão frequentemente à escola, com índices de frequência do ensino primário de 91–96 por cento. A frequência é mais reduzida nas províncias do norte e centro, variando de 85 por cento em Manica a 69 por cento em Tete.

Gráfico 21: Índice de ingresso líquido no EPI por província, 2008



Fonte: INE, 2009

Gráfico 22: Índice de ingresso líquido no EP2 por província, 2008



Fonte: INE, 2009

Gráfico 23: Rácio bruto de conclusão do EP2 por província, 2008

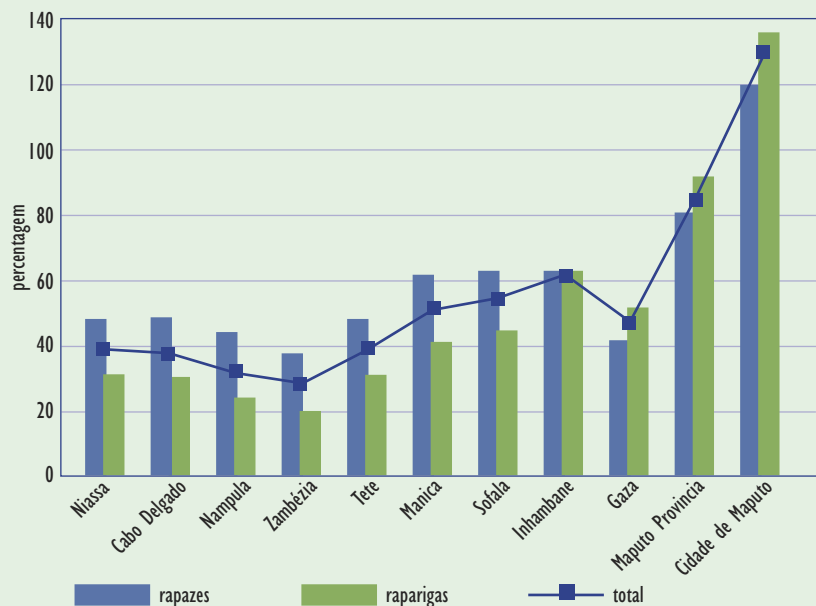
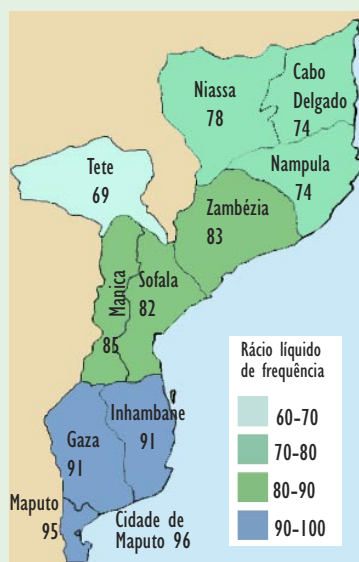
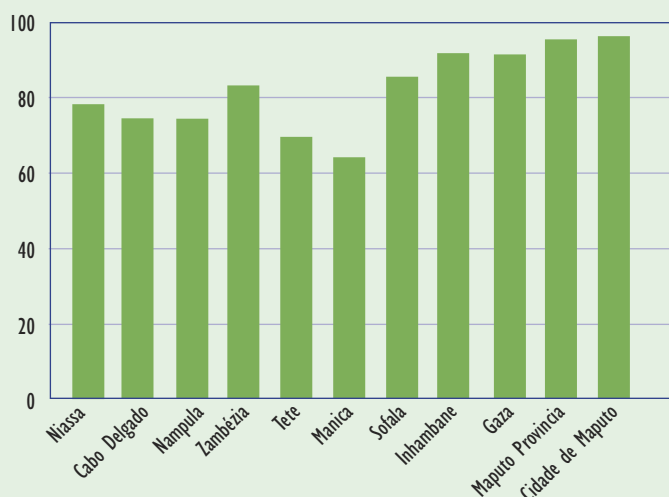


Gráfico 24: Rácio líquido de frequência entre crianças com idade compreendida entre 6-12, por província, 2008



Fonte Gráfico 23 e 24: INE, 2009; Fonte mapa: Gov de Moçambique, 2008



© UNICEF Moçambique/R. Lemoyne

Tabela 2: Rácio de professores qualificados por província 2008

Província	EPI % com formação – total	EP2 % com formação – total
C. de Maputo	97.2	96.6
Maputo	87.4	91.5
Sofala	81.3	91.3
Niassa	71.0	87.5
Nampula	63.7	78.2
Cabo Delgado	63.6	68.7
Tete	62.4	76.4
Inhambane	59.2	55.4
Gaza	58.4	71.7
Zambézia	54.0	72.3
Manica	39.5	71.2

Tabela 4: Rácio Professor – Aluno 2008

Província	Alunos do EPI Racio de Professores	Alunos do EP2 Racio de Professores
C. de Maputo	62	59
Cabo Delgado	71	37
Gaza	55	44
Inhambane	56	48
Manica	63	45
Maputo	56	48
Nampula	83	45
Niassa	68	41
Sofala	75	58
Tete	75	45
Zambézia	91	44

Para cada indicador, as províncias foram categorizadas em três grupos (quatro melhores províncias, três províncias do nível médio e quatro províncias piores), depois disso elas tiveram uma pontuação: Laranja, quatro melhores, Amarelo: médio, Verde: quatro piores

Fonte: Cálculo do UNICEF proveniente do MEC (2008, 2008a).

Progresso

O ingresso no ensino primário melhorou significativamente, mas Moçambique ainda tem que: eliminar as diferenças do género no ensino primário e secundário; melhorar os índices de alfabetização de adultos; e lidar com as diferenças geográficas uma vez que há melhores avanços na região sul do que nas regiões norte e centro. Estas diferenças interagem. As cinco províncias onde os índices de conclusão do EP2 estão abaixo da média nacional têm índices muito baixos de conclusão do EP2 por raparigas, enquanto na Cidade de Maputo e na Província de Maputo, onde os índices gerais de conclusão são altos, mais de 90 por cento das raparigas concluem o EP2. Conforme ilustram os dados, as diferenças de rendimento são também importantes e são até sete vezes mais acentuadas do que as diferenças do género. A promoção do acesso ao ensino, ingresso e conclusão, especialmente para raparigas e para as famílias pobres precisam de atenção específica.

O governo tem vindo a promover a disponibilidade e o apoio às escolas, distribuindo livros gratuitos e aumentando o orçamento anual para educação para 20.8 por cento desde 2007 (Relatório dos ODM de Moçambique, 2008). Uma outra área a ser atendida é a variação geográfica de professores qualificados, com a maior proporção de professores do EPI e do EP2 na Cidade de Maputo, Província de Maputo, Sofala e Niassa e a menor em Inhambane, Gaza e Manica (Vide Tabela 3). Para além disso, os altos índices de ingresso aumentam a procura de professores, de modo que no EP2, os piores rácios professor-aluno localizam-se na parte sul do país (vide Tabela 4). São necessários melhores rácios professor-aluno, bem como a reciclagem e maior apoio e supervisão dos processos de ensino e aprendizagem.

Os índices de ingresso e de conclusão com sucesso precisam de ser promovidos, especialmente para raparigas e para as famílias pobres. As medidas tomadas até agora incluem a reformulação dos currículos do ensino básico, definindo normas de protecção de raparigas contra o assédio sexual, reduzindo as distâncias das escolas e permitindo que algumas escolas do EPI possam leccionar até as primeiras sete classes; oferecendo, de forma piloto, almoços escolares, particularmente para raparigas, e recrutando professoras primárias, com acesso igual ao dos professores iniciantes e com formação em serviço (reciclagem).



Alcance do ODM de reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável até 2015

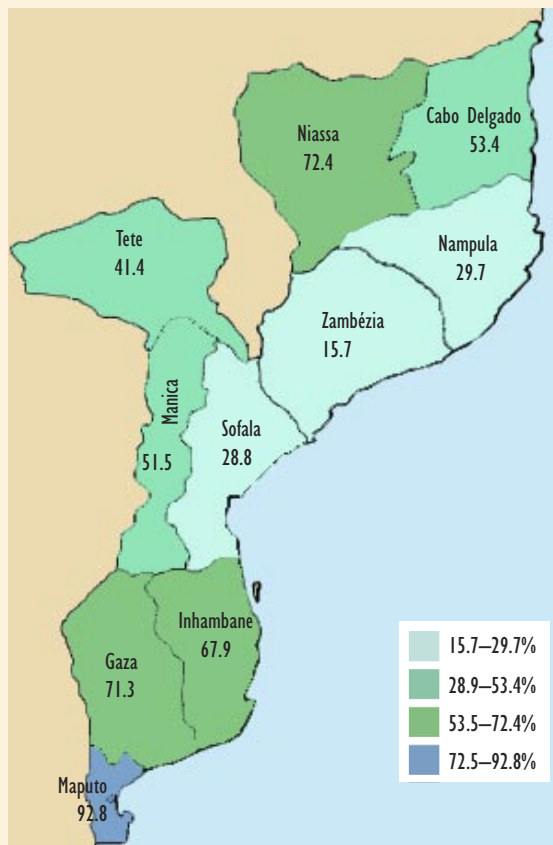
INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)		
% de agregados familiares com água potável	25	2000	30	2008	
	– rurais	77	2000	70	2008
	– urbanos	36	1990	43	2008
	– geral	41	2000		
% agregados familiares com saneamento seguro	27	2000	6	2008	
	– rurais	51	2000	47	2008
	– urbanos	27	2000	19	2008
	– geral				

Fonte: OMS, 2008; PNUD, 2008, Governo de Moçambique, UNICEF, 2010

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

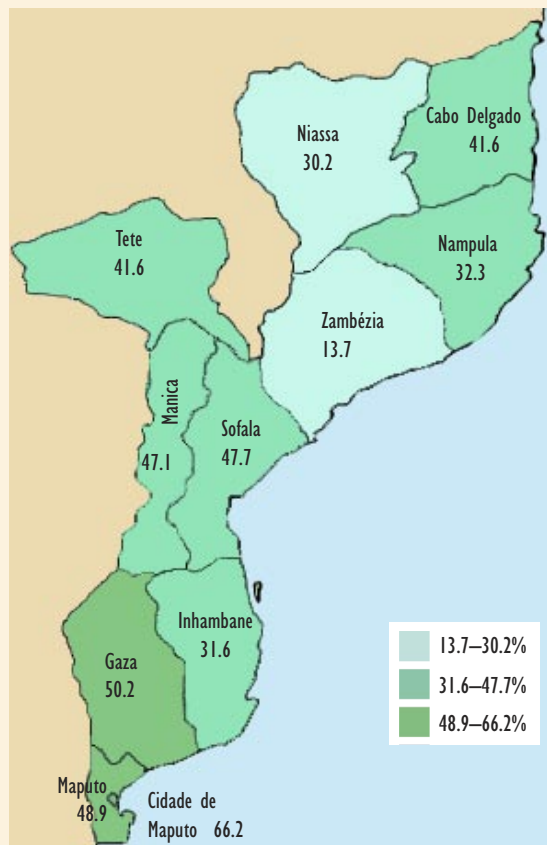
Os índices de cobertura de água potável e de saneamento foram baixos, como indicado na tabela, com três vezes mais lacunas entre as áreas rurais e urbanas. Nos anos 90, em geral, a cobertura do abastecimento da água rural aumentou ligeiramente, mas com diferenças significativas entre as províncias e algum decréscimo na cobertura do abastecimento da água urbana (OMS, 2008). Existe uma variação entre províncias. Em 2005, o índice mais baixo foi o de Nampula, onde apenas 22 por cento das pessoas tinham acesso à água potável, uma pequena melhoria nos dados de 2003, com 19.6 por cento. Os índices mais altos de cobertura de água potável foram registados em Inhambane e em Sofala, com 67.1 por cento e 65.9 por cento, respectivamente. Sofala, Zambézia e Nampula tiveram os índices mais baixos de saneamento seguro.

Gráfico 25: Cobertura de saneamento seguro por distrito, 2005



Fonte: Governo de Moçambique, 2005

Gráfico 26: Cobertura de água potável por distrito, 2003



NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Em geral, os índices de uso da água potável melhoraram um pouco até 2007, embora os índices de cobertura rural tenham ascendido em cinco das províncias de Moçambique: Nampula, Inhambane, Niassa, Zambézia e Maputo (OMS, 2008). O rácio de uso da água potável aumentou de 41 por cento de agregados familiares em 2003 para 43 por cento em 2008. A fonte de água mais comum é um poço não protegido e a maioria dos agregados familiares (89 por cento) não trata a água para beber (por exemplo, fervendo-a), aumentando o risco de doenças causadas por água (vide Gráfico 27). Persistem diferenças significativas nos rácios do uso da água potável entre as áreas urbanas e rurais e entre as províncias, com 30 por cento dos agregados familiares terem usado ad água potável, em comparação com 70 por cento dos agregados familiares urbanos. Quase todos os agregados familiares da Cidade de Maputo (94 por cento) havia usado água potável, enquanto apenas 24 por cento dos agregados familiares da província da Zambézia e 30 por cento dos da província de Cabo Delgado tem acesso à água potável. O acesso à água potável também varia sete vezes entre os quintis de rendimento, variando de 13 por cento dos agregados familiares das famílias mais pobres em comparação com 85 por cento de agregados familiares no quintil rendimento mais alto (Governo de Moçambique, UNICEF, 2010).

Gráfico 27: Fonte principal de água potável 2008

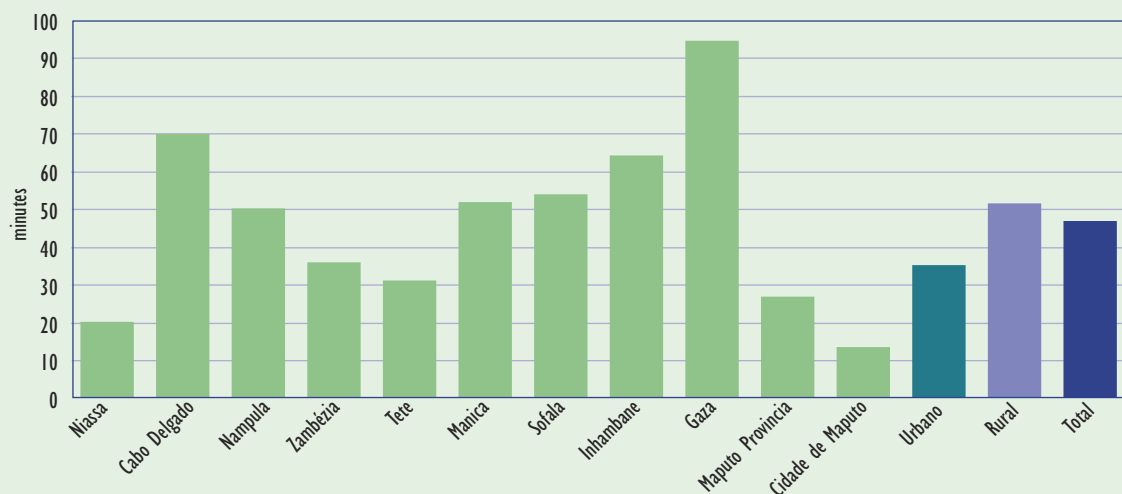


Fonte: Gov of Moçambique UNICEF 2010



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Gráfico 28: Tempo médio da fonte de água, 2008

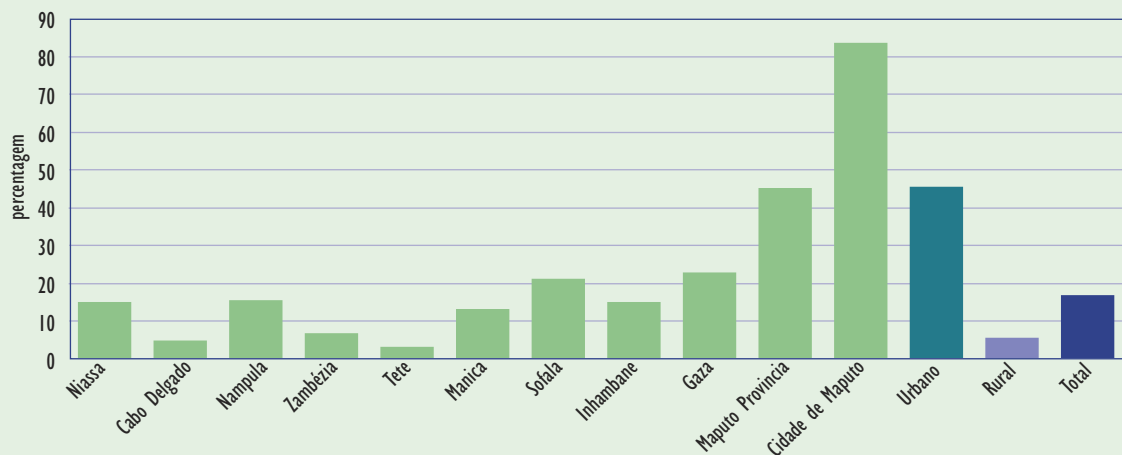


Fonte: Gov de Moçambique, UNICEF, 2010

Estes índices estão longe do objectivo de reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável até 2015 e a lacuna de cobertura da água potável e de saneamento aumenta o risco de doenças causadas pela água (MISAU/DNS, 2005a, 2004b). Entre Janeiro e Maio de 2009, um total de 17,888 casos de cólera e 140 mortes (0.8 por cento do índice de fatalidade) foram reportados (OMS, 2009b). Para além disso, esse défice é provável de provocar outras diferenças sociais, tais como problemas domésticos para as mulheres e crianças do sexo feminino. Em 86 por cento dos agregados familiares em todas as províncias, uma mulher adulta normalmente carrega água e onde as crianças carregam água, é mais provável que seja uma rapariga do que um rapaz. Isto perfaz 96 minutos por viagem, com o período mais longo de viagem para carregar água a acontecer na província da Gaza (Vide Gráfico 28).



Gráfico 29: Acesso às infra-estruturas melhoradas de saneamento, 2008



Fonte: Governo de Moçambique, UNICEF, 2010

O acesso às infra-estruturas melhoradas de saneamento continua baixo fixado em 20 por cento no total, mas particularmente nas áreas rurais (5 por cento dos agregados familiares) e nas províncias do norte e do centro (vide Gráfico 30). Devido às diferenças nas definições de saneamento melhorado (com referência específica às latrinas), as comparações do Inquérito sobre o Inquérito de Indicadores Múltiplos de 2008 e o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003 não são válidas. Para resolver isto, o governo e os seus parceiros estão presentemente a rever as definições utilizadas no saneamento.



A melhoria do acesso à água e ao saneamento constitui uma prioridade principal do governo dentro do pilar de capital humano do PARPA II, que reconhece a sua importância na redução da pobreza.

O PARPA II é apoiado por uma política nacional de água, aprovada em 1995. Uma versão revista que incorpora as metas actualizadas e destaca a água como um recurso para o desenvolvimento socio-económico foi aprovada em 2007. Dá enfoque na descentralização, sustentabilidade, participação efectiva dos utentes, uma mudança nos papéis e responsabilidades do governo de implementador para facilitador e aumento do envolvimento do sector privado e das organizações não-governamentais baseadas na comunidade. O programa nacional de abastecimento de água rural de 2009 (Ministério das Obras Públicas, Março de 2009) é o quadro de implementação do plano estratégico de abastecimento de água rural (PESA-ASR) 2006–2015. Com o sector privado e a sociedade civil a participarem mais na construção de fontenárias e no saneamento dos agregados familiares, o enfoque do governo é de avançar para a sustentabilidade e qualidade de infra-estruturas. Estudos recentes da Fundação de Água e Saneamento (Fairwater) constataram que existem 50,000 sistemas de água não funcionais em toda a África, representando perdas estimadas em 215-360 milhões de US\$. Nas recentes verificações da sustentabilidade, auditores externos das infra-estruturas de água e saneamento rural nas províncias de Tete, Manica, Sofala e Zambézia verificou-se que 30 por cento de todas as fontenárias rurais não estão operacionais. Atribui-se isto à falta de propriedade comunitária das infra-estruturas, uma fraca cadeia de fornecimento de peças sobressalentes e de mecânicos qualificados (Ernst and Young, 2008).

Progresso

Politicamente, Moçambique está comprometido com o provimento de água potável e saneamento. *‘O Governo de Moçambique reconhece a importância do saneamento para o bem-estar público. Um dos objectivos do Acesso à Água e Saneamento e Componente de Habitação do Plano Quinquenal do Governo (PQG) (2005–2009) é de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de abastecimento de água e de saneamento, bem como aumentar a cobertura do saneamento, quer nas áreas urbanas, quer nas áreas rurais’* (PNUD, 2008). O Governo concebeu, com base numa consulta inter-sectorial abrangente, uma proposta da estratégia de gestão de recursos hídricos, apoiada por uma lei de água revista (1991), uma política nacional de água (1995) e um plano estratégico de abastecimento de água rural (PESA-ASR) 2006–2015. Moçambique é o único país da África Austral com um plano de contingência para desastres climáticos, que é concebido anualmente, sob o ‘olhar’ do Primeiro Ministro, utilizando tecnologias e medidas tendentes a prever e gerir desastres climáticos e monitorar a situação hidrológica em tempo quase real (RNDH, 2005).

Para além disso, no terreno, a melhoria na água potável tem sido extremamente lenta, com algum declínio registado nas áreas urbanas. A expansão do acesso à água potável e ao saneamento é uma prioridade de saúde pública para evitar as pandemias causadas por água e outras doenças transmissíveis causadas por água que afectam os adultos e as crianças e seu custo para os agregados familiares pobres. É igualmente essencial reduzir o tempo de trabalho das mulheres ao cartar água. Com base nos dados disponíveis, tem o mérito de maior perfil de acção inter-sectorial, motivado pelo sector da saúde e monitorado em termos de melhorias de infra-estruturas de cobertura e índices de doenças ambientais e causadas por água.

Para manter o abastecimento de água rural, deve-se prestar atenção à equidade e à qualidade em todo o ciclo do projecto de abastecimento de água rural, incluindo ao preparar documentos vinculativos e especificações técnicas; construção de fontenárias; procurement de todos os materiais e equipamentos; e capacidade dentro das comunidades.

Aumento do rácio salários – PIB

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Evidências deste indicador não estavam disponíveis

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Com um PIB per capita de 349US\$ em 2006, Moçambique possui um dos mais baixos rendimentos per capita do mundo (PNUD, 2008). Informação sobre a distribuição relativa de salários em relação aos lucros e ao PIB e sobre mudanças e distribuição dos rendimentos reais não se encontravam disponíveis. Porém, a discussão anterior sobre a pobreza e desigualdade sugere maior polarização do crescimento do rendimento entre grupos sociais, com crescimento forte não traduzido adequadamente em redução da pobreza. Isto precisa de ser avaliado.

Progresso

Garantir segurança de emprego e melhorar salários reais constituem meios importantes para a tradução do crescimento macroeconómico em rendimento dos agregados familiares. Na ausência de provas evidentes, esta área precisa de ser mais investigada.



© UNICEF Moçambique/T. Delvigne-Jean

O papel dos sistemas de saúde na melhoria da qualidade da saúde é discutido na secção seguinte. Nós utilizamos três parâmetros para avaliar até que ponto os agregados familiares acedem aos recursos no sistema de saúde de forma a atender às suas necessidades, através dos indicadores de:

- disponibilidade de cobertura (provisão de trabalhadores da saúde e de medicamentos ao distrito e ao nível de prestação de cuidados primários)
- cobertura da acessibilidade (remoção de barreiras relacionadas com taxas de utilização dos serviços), e
- aceitabilidade e cobertura de contacto (remoção de outras barreiras que os agregados familiares enfrentam na utilização dos serviços).

Mais discussão sobre a organização do sistema de saúde para assegurar a equidade na saúde está incluída na secção sobre sistemas redistributivos de saúde.



Cumprimento dos padrões de provisão adequada de trabalhadores da saúde e de medicamentos vitais e essenciais aos níveis primário e distrital dos sistemas de saúde

Este é um indicador da disponibilidade de cobertura dos recursos no sistema de saúde para os agregados familiares.

INDICADORES DE TRABALHADORES DA SAÚDE	2000	2008	2015
Total dos recursos humanos por 100,000 pessoas	92,25	138,68	186,21
Total de médicos por 100,000 pessoas	2,52	4,49	6,13
Enfermeiros por 100,000 pessoas	21,25	23,36	38,56
Enfermeiros *SMI por 100,000 pessoas	5,35	11,41	20,74
Médicos, Enfermeiros e *SMI por 100,000 pessoas	29,12	39,27	65,43
Total do pessoal profissional prioritário por 100,000 pessoas	45,59	68,43	110,92

*SMI = Safe Motherhood Initiative

Fonte: Governo de Moçambique, 2008; Plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos da saúde (2008–2015)

PAST LEVELS (1980-2005)

Moçambique ressentia-se da falta generalizada das categorias chave de trabalhadores da saúde. Em 2000, havia 2,5 médicos e 21.25 enfermeiros por 100,000 pessoas, mais baixo da média Africana de 21.7 médicos e 117 enfermeiros. Em 2004, havia apenas cerca de 700 médicos, incluindo estrangeiros das organizações não-governamentais, com apenas 0.03 médicos e 0.21 enfermeiros por 1000 pessoas (OMS, 2007). Isto estava mesmo abaixo dos 2.5 médicos, enfermeiros e parteiras por 1000 pessoas, o que se considera ser fundamental para os sistemas de saúde. Não houve acesso aos dados sobre distribuição ao nível de prestação de cuidados primários e ao nível distrital ou entre as áreas rurais e urbanas.

O estado investiu na formação do pessoal médico, tendo a Universidade Eduardo Mondlane formado até 60 médicos por ano. Tal é insuficiente para uma população de 18 milhões de habitantes. Não foi possível formar em maior número devido à falta de recursos e, naquele momento, os parceiros internacionais prestavam pouco apoio à formação básica em medicina. Até 2007, nenhum fundo internacional para programas da SIDA era, por exemplo, destinado para a formação básica em medicina (de Oñate, 2007).

Fonte: Plano dos Recursos Humanos do Gov de Moçambique 2008

Moçambique possui uma lista nacional de 430 medicamentos essenciais (OMS, 2009e). Porém, constrangimentos de aquisição e distribuição de medicamentos limitam a disponibilidade na prestação de cuidados primários e ao nível distrital do sistema de saúde. Durante os seis meses que antecederam o inquérito nacional de revisão de despesas e prestação de serviço, em 2002, (ETSDS), mais de 50 unidades sanitárias registaram ruptura de stocks de um ou mais medicamentos essenciais por seis semanas. Unidades sanitárias primárias não têm o seu próprio orçamento para aquisição de medicamentos. Entrevistas do inquérito sugeriram que os critérios de alocação e distribuição de medicamentos e vacinas não eram adequadamente entendidos ou implementados (Lindelöw et al., 2004).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Tem se verificado alguma melhoria na disponibilidade do pessoal da saúde ilustrado na tabela resumo com um incremento no rácio de médicos e acima de tudo pessoal prioritário contudo, ainda nota-se um incremento limitado de pessoal de enfermagem. Moçambique continua a enfrentar uma carência crítica de profissionais da saúde com 126 profissionais da saúde para 1000 habitantes (Governo de Moçambique, 2008)

No âmbito da política os profissionais da saúde são considerados como o recurso mais valioso: para melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde, especialmente para as populações mais carenciadas que vivem nas zonas rurais; consolidar a saúde primária, fortalecer a continuidade dos cuidados através de um sistema de referência bem coordenado, melhorar a operação, a qualidade e desempenho dos serviços providenciados em todos os níveis. O défice em números de profissionais é encarado como a principal barreira para manter e expandir estes e outros resultados da saúde em Moçambique (República de Moçambique, 2008c).



Gráfico 30: Habitantes por funcionário da saúde (todos os campos) por província, Junho 2007



Gráfico 31: População por médico por província, Junho 2007

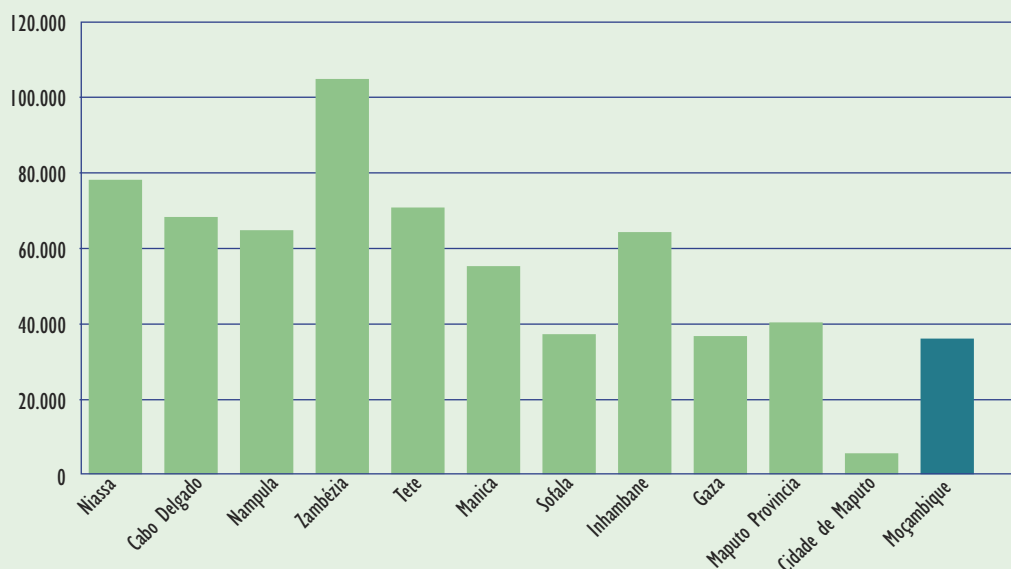
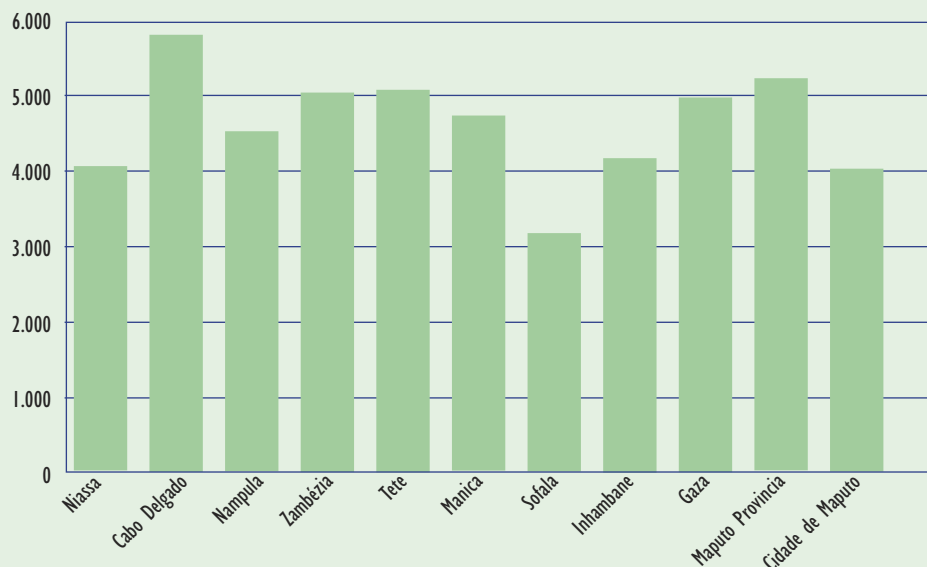


Gráfico 32: Racio-população-enfermeiro por província, Junho 2009

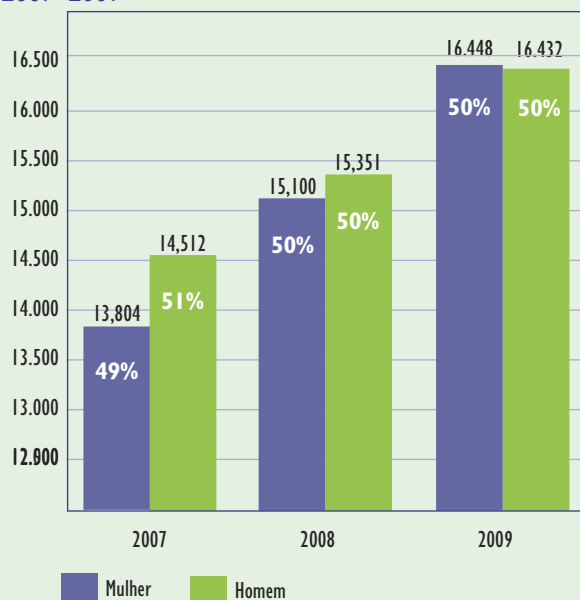


Fonte (Gráficos 30–32): Governo de Moçambique, MISAU/ Direcção de Recursos, 2010

Conforme ilustrado na Gráfico 30-32, enquanto notam-se carências gerais, há também variações na distribuição geográfica dos profissionais da saúde, com fracas densidades em termos de profissionais da saúde na Zambézia, Cabo Delgado e Tete. A distribuição dos profissionais em cada nível nas províncias indica um défice relativo de profissionais de nível universitário e médio, mais notável em Manica, Zambézia, Niassa, Tete, Cabo Delgado, e Nampula. Os salários baixos, os constrangimentos da família e a educação das crianças são os factores principais conducentes a imigração dos profissionais da saúde do país (Ferrinho em al., 2006). Os factores que conduzem a distribuição desigual precisam de ser avaliados e mais evidências recolhidas para se analisar a distribuição e densidade dos profissionais da saúde para os diferentes níveis do sistema de saúde.

Em Setembro de 2008, foi concluída uma estratégia orçamentada que o Presidente Guebuza fez menção no seu discurso durante a reunião de Apelo à Acção dos ODM em Nova Iorque. O plano caso financiado na sua totalidade iria incrementar o número dos profissionais da saúde em 20,000 até 2015, o que iria aumentar a densidade dos profissionais da saúde de 1.26 a 1.78 em 1000 pessoas. Mesmo que ainda abaixo de 2.5/1000 que a OMS considera essencial para uma boa cobertura, iria conduzir a um incremento de 67 por cento do acesso aos partos institucionais, uma redução em 50 por cento em RMM e uma redução de 15-20 por cento na mortalidade neonatal. Os números e densidade dos profissionais da saúde melhoraram desde 2007 o que indica algum progresso na disponibilidade (vide Gráfico 33-35).

Gráfico 33: Tendência da funcionário da saúde por sexo, 2007–2009



Fonte: Direcção dos Recursos Humanos do MISAU-Moçambique 2010



© UNICEF Moçambique/G. Williams

Gráfico 34: Tendência da distribuição de população/ médicos, 2006–2009

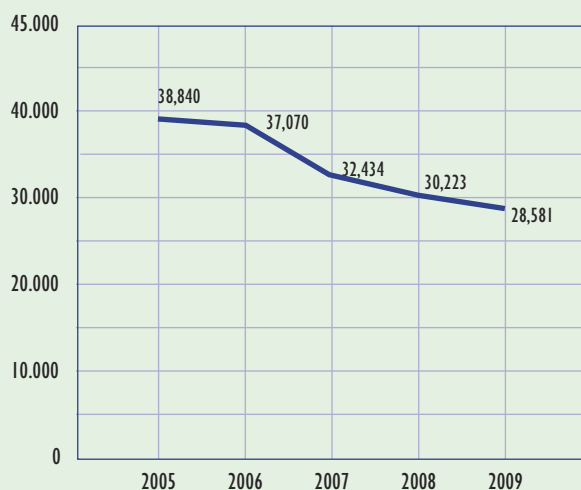
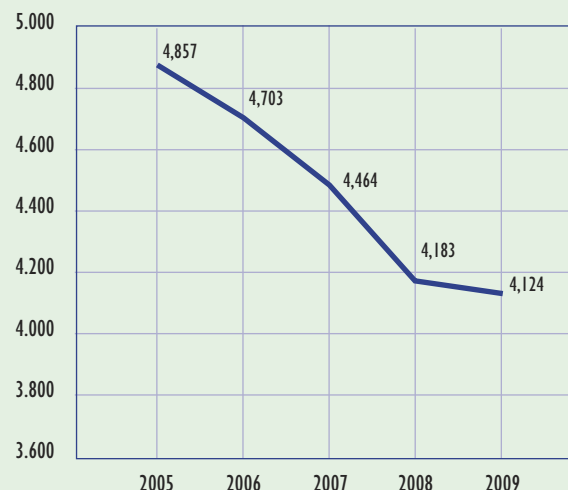


Gráfico 35: Tendência da distribuição de população/ enfermeiros, 2006–2009



Fonte (Gráficos 34 e 35): Governo de Moçambique, MISAU/Human resource directorate, 2010

O acesso aos medicamentos aumentou de 10 por cento para a população em 1975 para 80 por cento em 2007 (OMS, 2009e): 'Em 2005, uma avaliação conjunta intermédia do *Plano Estratégico do Sector de Saúde* (PESS) 2001-2005-2010 indica que a disponibilidade de medicamentos de alta qualidade em todas as províncias constitui uma das grandes realizações e o progresso jamais importante alcançado no sector farmacêutico' (OMS, 2009e).

Progresso

Moçambique enfrenta uma grave carência de profissionais da saúde e deste modo os agregados de família carecem do acesso deste recurso crítico para saúde. O impacto da Estratégia e do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos começam a evidenciar-se com o melhoramento dos números e densidades de trabalhadores de saúde. Contudo, isto encontra-se distribuído de forma diferente por províncias de modo que a causa determinante deste e das carências por nível de cuidado precisa de ser mais investigado e resolvido. O plano necessita de um fundo adicional de US\$70m em 2009 o que aumenta US\$ 110m adicionais por ano até 2015 com uma comparticipação significativa dos mesmos solicitados aos parceiros internacionais. Os recursos encontram-se distribuídos de forma desigual (orçamento, infraestruturas e recursos humanos) e sugere-se que se implementem medidas de forma a re-abordar estes desequilíbrios, tais como através de uma fórmula de alocação de recursos.

Enquanto que historicamente as carências em medicamentos tem sido graves, os factos em 2005 sugeriam que o acesso tinha melhorado de forma significativa nas províncias. É necessário efectuar um levantamento sobre disponibilidade de medicamentos vitais e essenciais e que desagrega o acesso por nível do sistema de saúde. Tal iria melhor indicar se os défices significantes constatados em 2002 a nível dos cuidados primários foram abordados através da melhoria da disponibilidade de medicamentos nas províncias.



© UNICEF Moçambique/ R. Lemoyne

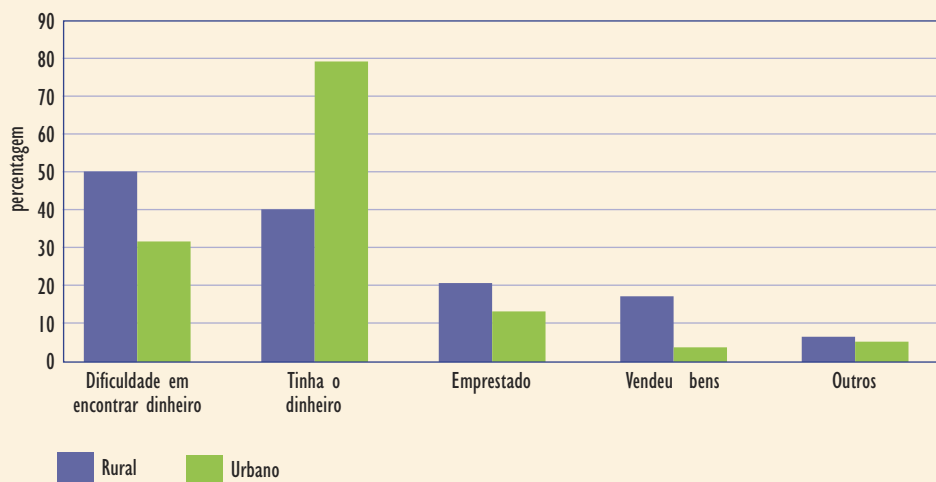
Abolição da taxa dos utilizadores nos sistemas de saúde, apoiada por medidas para financiar serviços

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

O sector da saúde privado foi abolido em 1976. O financiamento dos serviços públicos através das receitas do governo reduziu o pagamento no local da assistência médica de forma significativa. Em 1977, a legislação da taxa da utilização garantia medicamentos gratuitos aos pacientes internados, disponibilizava os medicamentos básicos gratuitamente aos pacientes em regime ambulatorio e fixava a redução de acordo com o rendimento por agregado familiar. Contudo, não esclarecia como medir ou verificar os níveis do rendimento. A lista dos medicamentos foi expandida em 1985 bem como uma cobrança de preço fixo por receita médica nas unidades sanitárias primárias rurais e uma fórmula para o cálculo do preço dos medicamentos foi encontrada. Em 2004, a taxa nas unidades sanitárias primárias ficou fixada em 500MT (US\$0.01). A legislação sobre a taxa do utilização de 1987 especificava que as receitas provenientes das taxas de consultas deviam apoiar directamente os custos operacionais (Lindelöw e tal., 2004).

Em 2004 foi constatado que as taxas para consultas e medicamentos variavam entre as províncias, distritos e infra-estruturas e parecia não se cumprir com as directrizes nacionais. Cinco províncias cobravam 500MT em taxa de utilização, enquanto que nove províncias prestavam serviços gratuitos aos pacientes internos. A cobrança excessiva era comum em muitos locais (LinIn 2004 foi constatado na taxa paga para a consulta, 2004). As taxas de utilização retidas constituíam em média 2 por cento do total das despesas, excluindo medicamentos e recursos em espécie (Lindelöw, 2004). Contudo, conforme ilustrado na tabela abaixo, onde as taxas foram cobradas enquanto não constituíam uma barreira ao acesso para cerca de 80 por cento dos agregados familiares. Os que não possuíam dinheiro para pagar tinham que pedir emprestado ou vender os seus bens ou enfrentaram dificuldades em suportar as taxas (vide Gráfico 36).

Gráfico 36: Problemas em pagar a assistência médica e fonte do dinheiro, % utentes



Fonte: Lindelöw et al., 2004

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Até 2006, um inquérito da OMS reportou que os pacientes entrevistados no local de atendimento público pagavam em média 2,800 MT (US\$0.09) para adquirir os seus medicamentos mais uma taxa equivalente a meia hora de salário do funcionário menos pago, funcionário público não qualificado (OMS, 2009e).

Existe uma legislação em vigor que visa harmonizar as práticas de cobrança de taxas em todas as infra-estruturas da saúde e assegura que a implementação da taxa dos utentes garante as obrigações constitucionais do governo ao acesso universal á saúde. A lei estipula que o tratamento de emergência não pode ser recusado com o argumento de não pagamento. Providencia taxas que estão sujeitas a revisão regular e que essa receita é para ser utilizada no apoio aos custos operacionais a nível da unidade sanitária. São garantidas isenções para casos de cuidados associados ao nascimento de crianças e tratamento de menores, as pessoas portadoras de deficiência, aposentados, pensionistas e desempregados, garantida isenção para doenças específicas tais como a malária, tuberculose e outras doenças crónicas.

Não obstante os relatórios do governo sugerem que ainda permaneciam barreiras de acesso a taxas gratuitas para agregados familiares pobres:

‘Em 2008, as taxas de utilização foram cobradas em muitos serviços de saúde enquanto existem mecanismos (para grupos vulneráveis e para doenças específicas) “não são bem entendidas pela maioria dos utentes do sector da saúde” (República de Moçambique, 2008b).

Um estudo encomendado em 2008 para avaliar o impacto da abolição da taxa do uso para os cuidados de saúde primários constatou que mais de 70 por cento do pagamento das despesas da saúde dos agregados familiares era provenientes do seu bolso. O estudo propôs uma política para aliviar este encargo para os agregados familiares pobres (República de Moçambique, 2008b). A política e a estratégia visava retirar a taxa de utilização a nível de cuidados primários, promover a utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e encorajar a utilização antecipada das unidades sanitárias evitando deste modo os atrasos desnecessários dos pacientes que consultam as unidades sanitárias.

Progresso

Evidências demonstram que as cobranças aos utentes constituem uma barreira para os agregados familiares mais carenciados acederem á cuidados considerando em particular que as isenções e políticas sobre taxas variam de acordo com a localização da unidade sanitária. Tendo em consideração o crescimento da pobreza urbana e o alto risco do HIV entre as pessoas jovens, poderão existir barreiras de aceitação de serviços em tais grupos mesmo em áreas onde as cobranças aos utentes nunca antes causaram uma barreira. O desenvolvimento de política e estratégia de remoção da taxa de utilização a nível dos serviços de cuidados primários é deste modo atempado com o objectivo de aumentar o uso dos serviços de cuidados de saúde primários para encorajar a utilização inicial das unidades sanitárias e evitar atrasos desnecessários nos pacientes que as procuram..

A experiência na região mostra que a abolição das taxas de utilização precisam de ser acompanhadas por investimento adequado a nível de serviços onde a procura é provável que aumente. São necessárias medidas para substituir a perda de receitas locais a partir da colecta de taxas em particular a nível de cuidados primários e para garantir que as cobranças de taxas formais não sejam substituídas pelas cobranças informais.





Ultrapassar as barreiras que as comunidades em desvantagem enfrentam no acesso e uso dos serviços de saúde e essenciais

NÍVEIS ANTERIORES (1980-2005)

O parâmetro precedente indicava que para alguns agregados familiares, mesmo a taxa de utilização relativamente baixa constituía uma barreira ao acesso a cuidados. As provas do inquérito de 2005 ilustradas na Gráfico 37 sugerem que a distância e o custo de transporte podem ser barreiras adicionais para metade dos agregados ou mais, especialmente para as pessoas doentes carentes de apoio familiar.

Em 1999 o Ministério da Saúde desenvolveu um estudo para identificar as principais determinantes da morbilidade e mortalidade materna como parte do programa de maternidade segura. Este estudo identificou três níveis de atraso que podem conduzir a morte das mulheres:

- Razões sociais e/ou familiares, onde o atraso ocorre na tomada de decisão de visitar uma unidade sanitária. A falta do poder de decisão por parte da mulher agrava este atraso sobre a sua própria vida;
- A falta de recursos tais como infra-estrutura (estradas e pontes) e ambulâncias;
- Condições nas unidades sanitárias. Isto inclui atrasos no atendimento das mulheres e providenciar tratamento, serviço de saúde inadequados, tratamento inadequado e falta de sangue para transfusão, falta de condições adequadas para efectuar cirurgia, incompetência dos profissionais, insuficiência dos profissionais, mau atendimento e falta de profissionais qualificados. O número de pessoas atendidas por profissionais qualificados melhorou, subindo de 44.4 por cento em 1997 para 47.7 por cento em 2003 (INE, 2003).

Gráfico 37: Acesso as unidades sanitárias: tempo gasto pelos agregados para chegar ao posto de saúde mais próximo, 2005



Fonte: IFTRAB 2004/5

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Existem poucas evidências sobre diferentes barreiras que as comunidades enfrentam no que concerne o acesso aos serviços de saúde. No entanto, algumas barreiras na oferta já se encontram identificadas para devida acção. Os esforços da remoção das barreiras são acima abordados uma vez que os mecanismos de isenção não são bem entendidos por muitos clientes do sector da saúde (República de Moçambique, 2008b). O programa de saúde comunitária implementado através dos conselhos de saúde comunitários dá enfoque á redução de barreiras a nível comunitário ou familiar e mobilização social. Um programa adicional concentrou-se em ultrapassar as barreiras para com a saúde reprodutiva, por exemplo, através da construção de casa de espera para as mães próximo das unidades sanitárias, revisão das leis sobre o aborto, o envolvimento de homens em programas, o uso do alcance da informação para ambos parceiros e o incremento da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva com o envolvimento do homem (RNDH, 2005; HDNR).

Esforços foram envidados para ultrapassar as barreiras financeiras, sociais e físicas que grupos particulares enfrentam em acederem a serviços dentro de programas específicos. Seria útil recolher e rever evidências periodicamente (a nível nacional e no âmbito da planificação distrital) sobre as barreiras enfrentadas pelos agregados familiares no que concerne o acesso a serviços. Isto constituiria uma réplica para com os esforços visando expandir a disponibilidade e a alocação de recursos para a saúde de modo a garantir que estes recursos alcancem e sejam usados pelos agregados familiares em particular os com mais necessidades de saúde.

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



© UNICEF Moçambique/T. Delvigne-Jean

Financiamento dos sistemas de saúde redistributivos

Indicador de progresso

- Alcance do Compromisso de Abuja de alocar 15 por cento das despesas do governo à saúde
- Alcançar a meta da OMS de 60US\$ per capita nas despesas do sector da saúde
- Incremento progressivo de financiamento para a saúde e reduzir financiamento por pagamentos directos em saúde
- Harmonização dos vários mecanismos de financiamento em saúde num quadro de abrangência universal
- Estabelecer e garantir um conjunto claro de direitos de cuidados de saúde abrangentes para a população
- Alocação de pelo menos 50 por cento das despesas do governo em saúde aos sistemas de saúde distritais (incluindo hospitais de nível I) e 25 por cento das despesas do governo em cuidados de saúde primários
- Implementação de uma combinação de incentivos não financeiros acordados com as organizações dos profissionais de saúde
- Reconhecimento formal na lei e política e alocação de orçamentos para formação, comunicação e funções ou mecanismos de participação pública em todos os níveis do sistema de saúde

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



Financiamento dos sistemas de saúde redistributivos

Para que os sistemas de saúde promovam a equidade da saúde precisam de trabalhar com outros sectores de modo a melhorar o acesso dos agregados familiares a recursos para a saúde (por exemplo, água segura e educação) debatidos nas secções anteriores. Contudo, os sistemas de saúde também precisam de ‘se organizarem’, para promover as características que melhoram a equidade da saúde. Esta secção apresenta parâmetros seleccionados de progresso nesta direcção, por exemplo: nos benefícios, direitos e quadros para o alcance da cobertura universal; na mobilização de recursos adequados através de um, financiamento progressivo justo; na distribuição de recursos meramente com base das necessidades da saúde; e no investimento no papel central dos trabalhadores, pessoas e acção social nos sistemas de saúde.

Alcance dos compromissos de Abuja de 15 por cento das despesas do governo efectuadas na saúde

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)	
% das despesas do governo na saúde incluindo o financiamento externo	9.1	1998	13.6	2005–2007
	10.1	1999	14.7	2006
	13.9	2000		
	12.6	2005		

Fonte: OMS, 2008; Chao, 2002, Ministério de Planificação e Desenvolvimento, 2006, 2007.

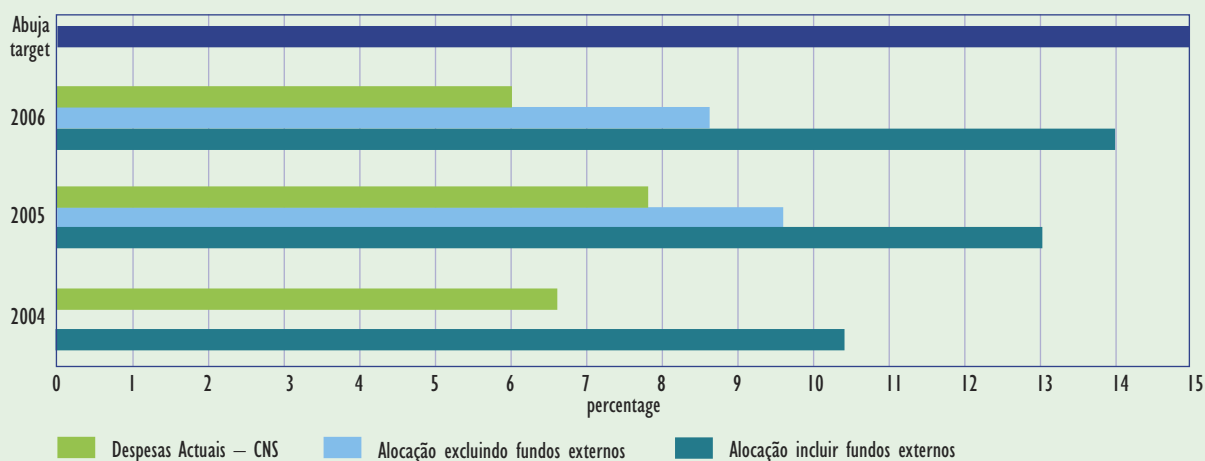
NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

A alocação para o sector de saúde subiu de 9.1 para 12.6 por cento entre 1998 e 2005. O governo de Moçambique assinou declaração de Abuja 2001 em 2001, assumindo o compromisso de alocar 15 por cento do financiamento público para o sector da saúde. A comparticipação do governo no orçamento da saúde aumentou progressivamente desde 1998.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Até 2006 a comparticipação do governo no orçamento da saúde foi de 14.7 por cento, atingindo quase 15 por cento do compromisso de Abuja. Contudo, a maior comparticipação no financiamento dos cuidados de saúde de Moçambique provem de fundos externos. Em 2008, 73 por cento do financiamento do sector da saúde foi financiado pelos 26 parceiros de desenvolvimento de Moçambique, constituído por acordos bilaterais, multilaterais, fundo global e bancos de desenvolvimento (República de Moçambique, 2008b). O Gráfico 38 ilustra a alocação de recursos para o sector da saúde, incluindo as instituições a nível central e provincial do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). Indica que enquanto a alocação no orçamento incluindo a assistência externa subiu para 14 por cento, a alocação proporcional de fundos internos reduziu. O compromisso de Abuja faz referência às obrigações nacionais e deste modo exclui o financiamento externo.

Gráfico 38: Recursos da saúde como % do total dos recursos públicos



Notes:

- 1 A alocação incluindo o financiamento externo não se encontra disponível para 2004.
- 2 Alocação refere-se aos fundos alocados ao MISAU e CNCS no que concerne ao total alocado às instituições públicas.
- 3 Despesas reais referem às despesas incorridas em todas as instituições públicas Moçambicanas (incluindo despesas da saúde no hospitais militares).

Fonte: Alocação: Contas Gerais do Estado de Moçambique, 2004, 2005 e 2006, Despesa Realizada: MISAU – DPC, CNS, 2004-2006.



Alcance de 60US\$ per capita nas despesas do sector da saúde

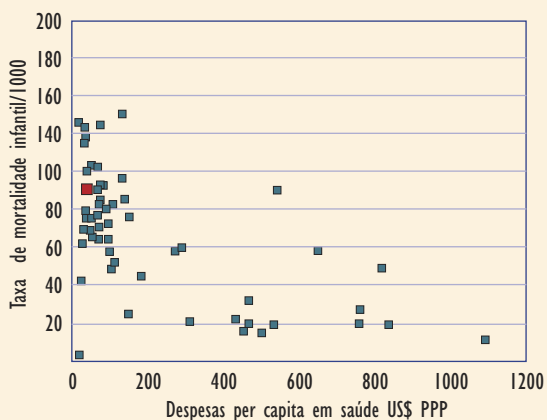
INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)	
Despesas do sector público por capita US\$	14	2004	21	2006
	19	2005		

Fonte: OMS, 2006; 2007, 2008; MISAU, 2004–2006

NÍVEIS ANTERIORES (1980-2005)

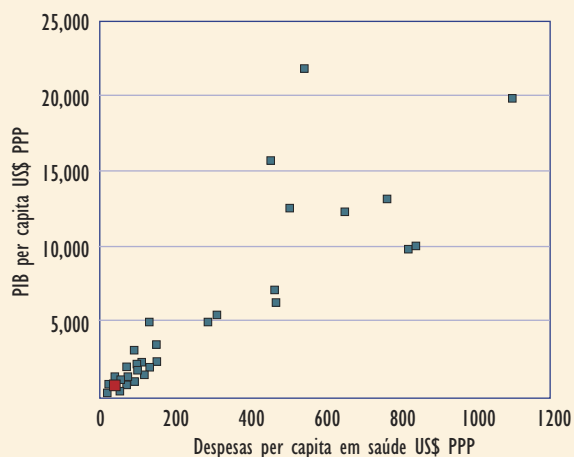
Enquanto que as despesas da saúde per capita subiram entre 2000 e 2005, o total per capita continuava abaixo dos US\$34 recomendado pela Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) visto que o mínimo exigido para um pacote básico das intervenções em países em desenvolvimento ou os US\$60 estimados pela OMS como os níveis 'mínimos' do sistema de saúde. As despesas do governo na saúde em 2004 foram 61 por cento do total das despesas da saúde e a maior parte provem maioritariamente de financiamento externo. Conforme indicam as Gráficos 28a e b, Moçambique está entre os países Africanos com baixo PIB e baixos níveis de despesas das saúde per capita, a nível do taxa de mortalidade infantil (IMR) dos países com níveis idênticos de despesas da saúde. Isto sugere a necessidade de tanto aumentar as despesas da saúde e torná-las mais eficientes.

Gráfico 39a: Despesas per capita em saúde e taxa de mortalidade infantil, 2006



■ mostra a posição de Moçambique em Gráficos 39a e 39b

Gráfico 39b: Despesas per capita em saúde e PIB, 2006



Fonte: WHO, 2010

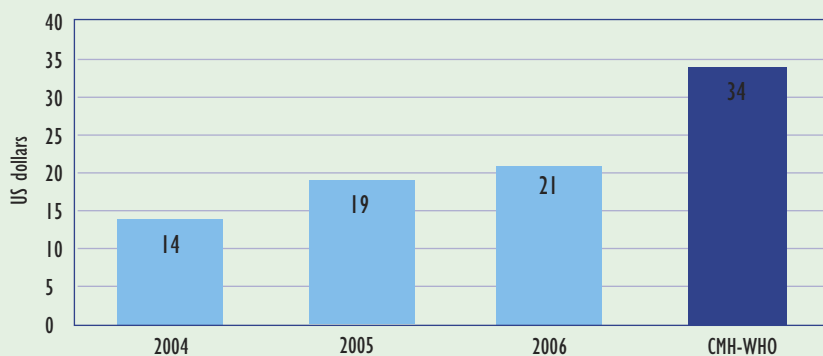


© M. Harismendy for UNICEF

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

As despesas em saúde per capita aumentaram mais entre 2005 e 2006 para US\$21 (vide Gráfico 40). Usando as contas nacionais da saúde, dados da Comunidade dos Países da África Austral, Central e do Este (ECSCA E) e OMS, as despesas per capita de Moçambique subiram em 81 por cento entre 1998 e 2004 enquanto que o financiamento por parte de fontes de parceiros subiu em 78 por cento

Gráfico 40: Despesas per capita em saúde em US\$, 2004–2006

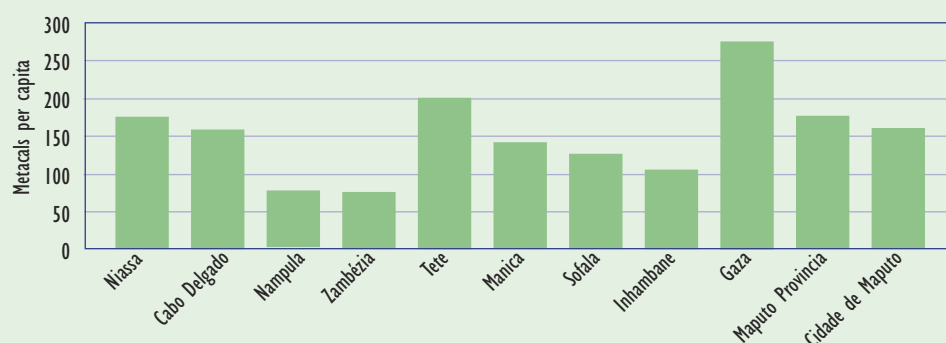


Fonte Ministério da Saúde – DPC, CNS 2004–2005

A alocação orçamental per capita em saúde em 2009 situou-se em US\$10. Se o financiamento total em saúde disponível para o sector do Orçamento do Estado e outras fontes for utilizado para calcular o financiamento em saúde per capita, esta cifra aumenta para US\$17.70 por pessoa. Desta cifra, US\$10.40 por pessoa foi dispendido em 2008 (excluindo o financiamento vertical fora do orçamento). Esta alocação orçamental para a saúde está em conformidade com o objectivo do PARPA II que é de aumentar as despesas per capita para US\$15 até 2009 (Governo de Moçambique, 2005). Todavia, este nível permanece abaixo do mínimo recomendado para se ir de encontro com as necessidades da saúde em países de baixo rendimento tais como os US\$34 estabelecidos pela Comissão de Macroeconomia e Saúde ou os US\$60 necessários para o sistema de saúde. Também permanece abaixo da média da África sub-Sahariana, que se estima em US\$31.90 em 2002 (UNICEF, 2009).

A alocação deste orçamento varia por província conforme ilustra o Gráfico 41, com províncias com necessidade em saúde relativamente altas, tais como Cabo Delgado e Zambézia tendo alocações baixas per capita. Este facto é mais discutido no indicador de progresso posterior.

Gráfico 41: Alocações em saúde per capita por província, 2009



Fonte: Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, UNICEF, 2008

Enquanto que o nível de financiamento público para a saúde situa-se ainda muito distante dos 34US\$ estabelecidos pela Comissão da Macroeconomia e Saúde ou os 60US\$ necessários para o sistema da saúde, o financiamento do público e global aumentou firmemente. O défice na despesa per capita básica reduz as opções para alocações redistributivas. As variantes geográficas nas despesas em saúde per capita onde as províncias com elevadas necessidades ou défices recebem baixas participações per capita sugerem a necessidade de um processo de alocação de recursos que aumenta progressivamente a capacidade de absorção e utilização efectiva dos recursos nas províncias (e distritos) com elevadas necessidades em saúde.



Incremento progressivo de financiamento fiscal para a saúde e reduzir o financiamento por pagamentos directos em saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Em 1997, a ajuda externa de Moçambique financiou mais de 50 por cento do total das despesas em saúde, enquanto que o governo cobria 22 por cento, os agregados familiares individuais financiaram 19 por cento e os empregadores cobriram 7 por cento (Chao, 2002). O imposto de rendimento como percentagem do PIB foi apenas de 9.9 por cento em 1996, o que limitava o financiamento com base tributária (HDNR, MOZ, 2005).

Até 2000, os pagamentos directos em saúde tinham aumentado para 40.7 por cento das despesas privadas em saúde, reduzindo para 37.3 por cento em 2004 e aumentando para 40.5 por cento em 2005 (OMS, 2006, 2008). A comparticipação privada em despesas da saúde foi de 39.5 por cento em 2004.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Despesas públicas per capita melhoradas em saúde dependem em parte da melhoria da receita tributária colectada. Moçambique desenvolveu e implementa reformas do sector público cujos objectivos são de gradualmente aumentar a proporção das receita tributária no PIB, tornar a administração tributária mais eficiente e expandir a base tributária. Isto inclui:

- Eliminar os impostos que aumentam em cada fase da cadeia da venda, substituí-los com o imposto de valor acrescentado (IVA) em 1999;
- Racionalizar os incentivos fiscais com o novo Código de Benefício Fiscal para o Investimento aprovado em 2002;
- Substituir os impostos anteriores sobre o rendimento com um novo imposto corporativo (IRPC) para as empresas e um novo imposto de rendimento de pessoas singulares (IRPS).

As reformas tributárias têm significado que a receita tributária como percentagem do PIB aumentou de 9.9 por cento para 11.3 por cento em 2004 (RNDH, 2005).

Evidências sobre o financiamento por pagamentos directos em saúde após 2004 não foram disponibilizadas.

Progresso

Com o aumento da proporção dos impostos tributária no PIB após a implementação das reformas tributárias e o crescimento do PIB, a melhoria do financiamento a saúde a partir das receitas tributárias é possível. Dada a relativa dependência do país do financiamento externo, esta constitui uma tendência para financiamento interno.

O financiamento por pagamentos directos em saúde enquanto que não mais elevado na região é ainda relativamente elevado sem evidências de declínio. O aumento do financiamento fiscal no PIB representa assim uma oportunidade para melhorar a alocação pública interna para a saúde (que conforme ilustrado na Gráfico 27 reduziu nos anos recentes) e reduz a comparticipação das despesas por pagamentos directos. Isto é também importante para apoiar as medidas propostas para retirar a taxa de utilização anteriormente referenciada.

Harmonização dos vários mecanismos de financiamento em saúde num quadro de abrangência universal

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

O sector de saúde privado em Moçambique foi abolido em 1976 contudo levantado nos anos 1990. Porém, no Plano Estratégico Para o Sector da Saúde em 2001-2005 que estabelece as intenções da política da abrangência universal, o sector público é citado como sendo a fonte principal de financiamento no sistema de saúde (MISAU, DPC, 2001).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Vários documentos apresentam o quadro do financiamento em saúde harmonizado e abrangência universal:

- Plano Estratégico Para o Sector Saúde 2007 – 2012 (MISAU-DPC, 2007)
- Plano Económico Social e Orçamento 2005, 2006, 2007, 2008, 2009
- Segundo Plano Nacional Estratégico de Combate ao HIV/SIDA 2005 – 2009 (Conselho Nacional do SIDA, 2005)
- Plano Nacional de Combate as Infecções de Transmissão Sexual e HIV/SIDA 2004 – 2008 (MISAU, 2004 – 2008)
- PARPA II 2005 – 2009 (Governo de Moçambique, 2005)

O Plano Estratégico do Sector Saúde 2007- 2012 definiu a contribuição do sector da saúde para a redução da pobreza através da provisão do acesso universal a cuidados de saúde, fortalecer indivíduos e comunidades e promover a advocacia na saúde. O papel do sector público é crucial no desenvolvimento deste quadro e em coordenar as outras três fontes significantes de recursos e de provisão de serviços: a comunidade internacional, o sector privado e a comunidade. Em termos de coordenação de doadores, Moçambique alcançou avanços significativos. Em 2008, o Governo assinou um novo Memorando de Entendimento com os parceiros de apoio ao sector saúde o qual delinea um conjunto de princípios claros para todos os parceiros na Programação de Abordagem Sectorial Ampla sectorial (SWAp) com vista a aumentar o alinhamento. Isto reforça o quadro de conduta existente que regula a parceria entre o Governo e doadores no apoio ao sector de saúde. Os parceiros de financiamento do Fundo Comum em Moçambique comprometeram-se a providenciar fundos com base no desempenho do ano anterior – sem condicionalismos de libertação de fundos ao longo do ano. O Governo precisa de demonstrar o desempenho do ano seguinte e os parceiros externos precisam de garantir que os fundos cheguem em boa altura.

Existe pouca evidência que aponta para a coordenação do sector privado emergente de modo a garantir que se alinhe com as metas e políticas nacionais para cobertura universal. O programa de saúde comunitária, implementado através dos conselhos de saúde e incluindo a mobilização social coloca a disposição um meio de harmonização de recursos e contribuições comunitárias e reduz as formas não equitativas de financiamento tais como pagamentos directos (conforme abordado anteriormente). Os mecanismos de coordenação e envolvimento das comunidades são abordados mais adiante.

O sistema de saúde de Moçambique financiado primariamente por fundos públicos e o sistema de saúde providenciado cria um quadro harmonizado para abrangência universal. Esforços positivos foram desenvolvidos de modo a coordenar a comparticipação do financiamento externo substancial para evitar a segmentação. A harmonização do financiamento em saúde continua a constituir uma questão chave na garantia do uso responsabilizado de fundos de acordo com as metas nacionais. Avaliação adicional da coordenação dos recursos do sector privado e comunidade (incluindo organizações não governamentais e sociedade civil) é necessária no sector da saúde dentro de um quadro conceptual com as metas e estratégias nacionais chaves para a cobertura universal.

Estabelecer e garantir um conjunto claro de direitos de cuidados de saúde abrangentes para a população

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Conforme anotado anteriormente as obrigações do estado de providenciar direitos constitucionais para os cuidados de saúde foram consagrados através da criação do sistema nacional de saúde. Moçambique adoptou os cuidados de saúde primários em 1977 e o Governo propôs uma meta de política para os moçambicanos possuírem acesso á cuidado de saúde de qualidade com base na expansão do acesso aos cuidados de saúde primários (Chao, 2002).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Moçambique continua a articular o compromisso para a cobertura universal e em providenciar cuidados de saúde primários no Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007 – 2012 (PESS) o que representa pedras angulares afirmadas de 'cuidados de saúde primários, equidade e melhor qualidade de cuidados' (República de Moçambique, 2008b). Isto encontra-se também articulado no plano quinquenal do governo (2005 – 2009), o documento da estratégia da redução da pobreza (PARPA II), o plano económico e social (PES), e o Cenário de Despesas e Financiamento de Médio Prazo (CDFMP). Em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu as disposições para os serviços de saúde essenciais e as medidas para reforçar a abordagem de cuidados de saúde primários.

Mais monitoria e avaliação dos custos e implementação destas disposições são necessárias.

Progresso

Moçambique possui um quadro de política para o cumprimento destes direitos de cuidados de saúde centrado nas abordagens de cuidados de saúde primários. Mais monitoria e avaliação dos custos e implementação destas disposições é necessária.



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Alocação de pelo menos 50 por cento das despesas do Governo em saúde aos sistemas de saúde distritais (incluindo unidades sanitárias de nível I) e 25 por cento das despesas do Governo em cuidados de saúde primários

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

O sistema nacional de saúde aloca recursos a partir do nível central do Ministério da Saúde para as direcções provinciais de saúde, que por sua vez alocam às direcções distritais de saúde com base na análise de desempenho anterior e necessidades (Chao, 2002). Contudo, em 2002, foi reportada a não existência de dados viáveis sobre a despesa realizada por nível de prestação de serviços. Dados inexatos e inconsistentes dos orçamentos distritais a nível provincial – tornaram difícil avaliar se os recursos alocados aos distritos chegavam ao destino pretendido (Lindelöw et al., 2004).

As estimativas apontam que o governo e doadores dispenderam US\$2.42 per capita em cuidados primários e secundários e US\$4.89 em todos os níveis de cuidados em 1997 (Chao, 2002 a citar a Management Sciences for Health, 1999). Isto sugere que em 1997, 49 por cento das despesas públicas em Moçambique foram efectuadas a nível distrital e em unidades periféricas. Havia evidentemente algum potencial para incrementar as alocações às unidades de cuidados primários, fazer uma interface com a comunidade mais eficaz e melhorar a prestação de cuidados em prol dos pobres. Em 1999, enquanto que as infra-estruturas de nível primário responsabilizavam-se por 37 por cento da actividade nas unidades de cuidados de saúde, elas apenas receberam 22 por cento dos recursos do governo. Os três hospitais centrais produziram 15 por cento de serviços contudo receberam 37 por cento dos fundos (Chao, 2002).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Em 2008, 30.8 por cento do orçamento do Governo foi alocado a nível distrital (Governo de Moçambique, 2008) e isto aumentou em 39 por cento em 2009 (Orçamento do Governo de Moçambique, 2009). Isto é difícil de comparar com a cifra de 49 por cento de 1997 uma vez que reflecte a alocação mais do que despesa e o método de cálculo poderá ser diferente. É também difícil avaliar se as alocações feitas a nível de cuidados primários melhoraram.

Está-se a desenvolver um trabalho para integrar os indicadores das necessidades da saúde na fórmula de alocação de recursos para o orçamento recorrente agora que os orçamentos estão a aumentar. Isto exclui despesas de nível central do Ministério da Saúde como administração, instituições de formação, hospitais centrais, despesas em aquisições de medicamentos e outros e gestão e despesas de distribuição, salários de médicos estrangeiros e incrementos de salário para os especialistas de saúde que trabalham no campo e administrações provinciais e orçamentos de formação. Foi realizado um estudo piloto para integrar as medidas de acesso e de necessidade na fórmula, através da população, taxa de mortalidade infantil, e o preço de combustível. Uma vez que a alocação do dinheiro do fundo comum dos doadores, gerido pelo Ministério da Saúde é relativamente flexível, tal fórmula deve ser aplicada logo na primeira instância. Uma fórmula de alocação de recursos aplicada as despesas recorrentes será efectuada concorrentemente com uma análise de lacunas para determinar as lacunas em recursos. O primeiro indica as prioridades e a última indica os níveis de financiamento necessário para cobrir as lacunas. Outras questões serão consideradas na alocação, incluindo a sustentabilidade de despesas recorrentes a longo prazo e a capacidade de absorver, como seja através de colocação de pessoal em número suficiente nas unidades sanitárias existentes.

Progresso

Com os últimos dados de 22 por cento em despesas públicas a nível de cuidados primários em 1999 e 49 por cento a nível do distrito em 1997, o desempenho de Moçambique na alocação a estes níveis é melhor que de muitos países da região. Contudo na ausência de dados mais recentes torna-se difícil avaliar as tendências e averiguar se as melhorias na comparticipação financeira em saúde pública traduziu-se em melhoria nas áreas de chaves de prestação “pró-pobre” no sistema de saúde, tais como o nível de cuidados primários. Isto requer mais avaliação utilizando os métodos comparáveis com os utilizados em 1999.

O trabalho em curso sobre a integração da equidade na alocação dos crescentes recursos de funcionamento irá reforçar o trabalho sobre a identificação das lacunas e poderá melhorar a alocação com base nas necessidades. Exige a recolha de parâmetros relevantes a nível do distrito que são também importantes na avaliação da equidade no sistema da saúde (vide o resumo final).

Implementação de uma miscelânea de incentivos não financeiros acordados com as organizações dos profissionais de saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Moçambique acaba de emergir de uma prolongada guerra e possui um sistema de saúde frágil. A distribuição inadequada e desproporcional de profissionais de saúde habilitados foi descrita na secção anterior. Com a sua elevada participação de financiamento externo na saúde e o uso da abordagem sectorial alargada (SWAp) ou financiamento directo dos programas existentes, conduziu a uma oportunidade para financiamento externo para apoiar os profissionais de saúde. Contudo, as regras de remuneração da função pública não permitiram remunerações especiais para alguns sectores. (Reis et al., 2004; Vio, 2006). Deste modo em 1996, Moçambique, assinou o acordo de fundo “comum” com os financiadores da Suíça, Holanda e Noruega para facilitar os incrementos salariais a serem pagos a especialistas que trabalham fora da Cidade de Maputo via fundos ‘off-budget’ (Rasmussen et al., 2004; Vio, 2006).

Em 2004, a abordagem sectorial alargada substituiu o fundo comum dos doadores para financiar os incrementos salariais e esperava-se que mais especialistas fossem apoiados (Vio, 2006). Os benefícios concedidos aos médicos incluíam o alojamento e subsídio de combustíveis, o uso de viaturas e um fundo de assistência médica para os profissionais públicos procedendo a deduções salariais mensais (Myers, 2004; Pfeiffer, 2003). Os profissionais de saúde em zonas rurais recebiam um bônus de 50 por cento ao calcular os seus anos de serviço, deste modo progredindo de forma rápida ao longo da progressão na carreira. Os outros incentivos não financeiros na altura incluíam alimentação gratuita ou subsidiada em algumas unidades sanitárias fora de Maputo (Lindelöw et al, 2004).

Em 2005 o Ministério da Saúde recebeu financiamento da USAID e assistência técnica da Management Sciences for Health para desenhar uma ferramenta de sustentabilidade organizacional e gestão para avaliar o programa de apoio ao sector da saúde (HSS). Os resultados demonstraram uma melhoria na comunicação entre os gestores e subordinados, alto nível de autoconfiança e iniciativa entre os quadros subalternos e melhoria geral no clima de trabalho. (Perry, 2005).

Até 2005, um dos factores significativos chave identificados foi das agencias internacionais atraírem profissionais de saúde para fora da função pública através de incentivos financeiros tais como ajudas de custo, seminários de formação com ajudas de custo, contratos extras após horas de serviço, oportunidades de viagem e incrementos salariais temporários (Pfeiffer, 2003; Ferrinho e Omar, 2006). Este problema agravou-se mais nas províncias fora de Maputo o que afectava o funcionamento normal dos serviços de saúde especialmente em casos onde a ajuda de custo era igual ou superior ao salário mensal. De acordo com o reportado, os profissionais de saúde de Moçambique usavam empregos duplos (incluindo o segundo emprego nas organizações não governamentais) e recebiam pagamentos por baixo da mesa (Pfeiffer, 2003; Ferrinho e Omar, 2006).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Conforme anotado anteriormente, Moçambique reconhece que a disponibilidade, distribuição e as habilidades dos profissionais de saúde constituem uma determinante chave no desempenho do sistema de saúde e resultados na saúde e desenvolveu um quadro de politica para abordar esta situação Plano de Desenvolvimento 2001 – 2005 incluía estratégias para desenvolver um sistema de informação de pessoal (PIS) para a recolha de dados sobre as tendências dos profissionais da saúde. O plano era analisado anualmente, prestando atenção particular às perdas de pessoal associadas ao SIDA e ao desempenho financeiro do sistema (com indicadores do sistema usado para monitorar progresso rumo a equidade no desenvolvimento dos recursos humanos) (Ferrinho e Omar, 2006). Em Setembro de 2008, uma estratégia de desenvolvimento de recursos humanos com custos foi concluído e os recursos de investimento necessários para a sua implementação (US\$100mn até 2015) angariados junto da comunidade internacional. Isto era crítico para o país poder alcançar os seus ODMs da saúde.

Foi definido um esquema de incentivos provincial e nacional e mecanismos foram criados para identificar e premiar o desempenho para reter os profissionais de saúde no sistema nacional de saúde. (PNDRH, 2008 – 2015).



Actualmente, os incentivos incluem:

- Incentivos de bem-estar social: Alimentos, roupa, alojamento, cuidados de saúde gratuitos e subsídios para a educação das crianças, uniformes;
- Incentivos profissionais e de progressão na carreira: Acesso a formação contínua; acesso a especialização, educação em serviço e contínua (seminários, conferências, congressos profissionais); promoção mais rápida. Uma base de dados foi criada nas províncias para apoiar a formação contínua;
- Outros incentivos: Reconhecimento através de concessão de prémio não monetário, títulos, incrementos salariais flexíveis e mais tempo de gozo de licença disciplinar é também usado. Concede-se um subsídio a todos os que se encontram a trabalhar nos serviços de emergência e médicos especialistas nos distritos de modo a retê-los .(RNDH, 2005; PNDRH, 2008 – 2015).

Os incentivos abordam questões levantadas pelos profissionais de saúde como um factor de pressão em pesquisas anteriores. Contudo, não havia informação disponível se tais foram implementados em todos os níveis do sistema de saúde e se possuem as capacidades de gestão para assim o fazê-lo. Não existem evidências sobre os resultados na retenção ou atrito que poderia permitir ao governo rever os incentivos (questões de implementação foram levantadas em outros países da região).

O apoio internacional aos incentivos para a retenção dos profissionais de saúde através de financiamento global e internacional evidentemente aumentou. A alocação dos recursos internacionais ao sector no geral e de fundos de apoio directo ao orçamental torna isto (atribuição de incentivos) mais viável. As evidências sobre a alocação destes recursos para a retenção dos profissionais de saúde encontram-se mais detalhadas numa próxima secção.

Progresso

O reconhecimento da política crescente foi concedido á adequação e retenção dos profissionais de saúde. Um programa de investimento e esquema de incentivo foi desenvolvido e orçamentado e a necessidade de recursos para o financiamento foi levantado a níveis superiores. Bases de dados foram criadas para gerir e avaliar o desempenho dos esquemas de incentivos em todos os níveis do sistema de saúde. O investimento melhorado das agências internacionais nos incentivos de bem-estar e profissional para apoiar a retenção dos profissionais de saúde em sistemas de função pública é evidente, após inquietações de migração externa para este sector.

Não houve evidência disponível sobre o nível ou impacto de tais práticas tais como emprego duplo no sector privado/organizações não governamentais e o sector público ou sobre o nível do envolvimento das organizações de profissionais de saúde no desenvolvimento e revisão dos esquemas de incentivos.



Reconhecimento formal na lei e política e alocação de orçamentos para formação, comunicação e funções ou mecanismos de participação pública em todos os níveis do sistema de saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

A promoção do envolvimento comunitário na saúde é um valor chave do sistema de saúde e do país. A constituição de Moçambique consagra que 'O Estado deve promover a participação dos cidadãos e instituições no incremento dos níveis de cuidados de saúde pública' (Constituição do Governo de Moçambique, 1990). Contudo, não havia evidências documentadas sobre o papel ou impacto das comunidades, trabalhadores de saúde comunitários, organizações da sociedade civil nacional e locais na implementação desta disposição constitucional.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

A promoção da participação comunitária conforme o consagrado na constituição foi incluída na estratégia de saúde nacional. Contudo sem indicações específicas de mecanismos e habilidade para organiza-la, não há orçamentos alocados para tal e poucas organizações não governamentais estão activamente a promover a participação.

As estratégias propostas na estratégia da saúde para reforçar a participação incluem:

- Promoção de parcerias entre actores comunitários,
- Formar os trabalhadores da saúde e organizações não governamentais em metodologias participativas, comunicação interpessoal e aconselhamento,
- Fazer o acompanhamento das actividades de envolvimento da comunidade em todos os níveis,
- Mobilizar recursos para implementar actividades de envolvimento comunitário,
- Desenvolver programas de formação, programas e manuais para os trabalhadores comunitários. A formação dos trabalhadores de saúde comunitários conjuntamente financiado pelo governo, Banco Mundial e outros parceiros irá reiniciar em 2010.

Progresso

Moçambique possui fortes disposições constitucionais para com o papel da comunidade no sector da saúde e o envolvimento comunitário é uma das prioridades dos planos anuais de 2008- 2010. Planea-se reinvestir-se nos trabalhadores comunitários de saúde (Agentes Polivalentes Elementares).

Contudo, esta área proporciona âmbito para desenvolvimentos mais significantes para operacionalizar os compromissos de política, fortalecer o ensino em saúde, promover a sensibilização da comunidade e sociedade civil, organizando-os e envolvendo-os em assuntos de saúde e, para mobilizar os recursos sociais e acções para a saúde pública e para o sistema de saúde. Mais ligações organizadas precisam de ser estabelecidas com o apoio social e comunitário para os grupos vulneráveis. Os mecanismos para a participação coordenados dentro do sistema de saúde precisam de ser formalizados, capacitados e equipados com recursos.



© UNICEF Moçambique/R. Lemoyné

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Um retorno justo da economia global

Indicador de progresso

- Redução da dívida como um encargo na saúde
- Alocação de pelo menos 10 por cento dos recursos orçamentais para a agricultura, particularmente para o investimento nos pequenos produtores e mulheres produtoras
- Não a novos compromissos de serviço de saúde no GATS e inclusão de todas as flexibilidades do TRIPS nas leis nacionais
- Profissionais de saúde incluídos nas negociações do comércio e cláusulas para a protecção da saúde nos acordos sobre o comércio incluídas
- Acordos bilaterais e multilaterais para financiar a formação e retenção dos profissionais de saúde

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



Um retorno justo da economia global

O acesso dos agregados familiares a recursos da saúde e a promoção de sistemas de saúde equitáveis são ambos influenciados cada vez mais pelas políticas, instituições e recursos a nível global. A secção final avalia parâmetros seleccionados da área política e de apoio para a equidade da saúde a nível global. Isto inclui o encargo da dívida na saúde, o uso de flexibilidades nos acordos comerciais mundiais, o apoio das instituições internacionais para incentivos para os profissionais de saúde, proteger a produção de alimentos por camponesas de pequena escala, nas políticas comerciais e incluindo os profissionais de saúde e protecção da saúde nas negociações comerciais e acordos.



Redução da dívida como um encargo na saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

O cancelamento da dívida foi negociado no âmbito da Iniciativa da Dívida dos Países Pobres Altamente Endividados (HIPIC) e da HIPIC melhorada em 2001. O auxílio total recebido de ambas iniciativas foi quase US\$2 biliões em valor actual líquido ou US\$4.3 em valor corrente (Chao, 2002).

Com base no seu desempenho económico positivo, Moçambique beneficiou de rondas sucessivas de alívio da dívida e apoio financeiro incrementado. No contexto da Iniciativa de Alívio da Dívida Multilateral, Moçambique beneficiou de um alívio adicional da dívida logo que alcançou o ponto da conclusão. Consequentemente, o Fundo Monetário Internacional aprovou o cancelamento de US\$154 milhões (100 por cento) da dívida contraída e desembolsada até 31 de Dezembro 2004, e o Banco Mundial providenciou o alívio da dívida num total de US\$1.3 biliões no que respeita a dívida contraída e desembolsada até Dezembro 2003 através do HIPIC.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Ao consolidar o cancelamento da dívida antes de 2005, o Fundo Africano para o Desenvolvimento (FAD) cancelou cerca de US\$500 milhões da dívida contraída e desembolsada até Dezembro 2004. O cancelamento da dívida foi negociado com os credores (Banco Mundial (IDA), Fundo Monetário Internacional, Banco de Desenvolvimento Árabe para África, Fundo Nórdico para o Desenvolvimento, Fundo Fiduciário da OPC e o Banco Europeu de Investimento) e os credores bilaterais do Clube de Paris e outros. Existe um número de credores comerciais dos quais Moçambique ainda não obteve o alívio da dívida (Polónia, Bulgária, Índia, Jugoslávia, Angola, Argélia e Líbia).

O stock da dívida deste modo reduziu de US\$4.6 biliões em 2005 para US\$3.3 biliões em 2007. Contudo, o nível anual médio de serviço da dívida aumentou de US\$52 milhões em 2005 para US\$62 milhões em 2006, baixando para US\$48 milhões em 2007. (Relatório das ODM do Governo de Moçambique, 2008 e vide tabela 5 abaixo) O serviço da dívida varia de 2-3 por cento dos ganhos das exportações, abaixo dos 20 por cento identificado como insustentável.

Tabela 5: Serviço da dívida externa relativo aos ganhos nas exportações 2005 – 2007

Descrição	2005	2006	2007
Serviços da dívida (US\$ milhões)	51.6	61.8	47.6
Ganhos na exportação de bens e serviços (US\$ milhões)	1,745.30	2,381.10	2,412.10
% Serviço da dívida/ganhos nos bens de exportação	2.96	2.60	1.97

Enquanto que a dívida multilateral reduziu significativamente, a dívida interna pública começou a desempenhar um papel mais importante, não só no financiamento do défice no Orçamento do Estado mas também na promoção das poupanças públicas, manutenção do equilíbrio macroeconómico e no estímulo do funcionamento dos mercados financeiros em geral e do mercado de capital em particular.



Alocação de pelo menos 10 por cento dos recursos orçamentais para a agricultura, particularmente para o investimento nos pequenos produtores e mulheres produtoras

INDICADOR	NÍVEIS ANTERIORES (1980-2005)		NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)	
% alocação do orçamento para agricultura	5.2	1999	3.3	2006

Fonte: Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2009

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Os fórum de política da SADC e evidências anotaram a necessidade de investimento adequado na agricultura (10 por cento dos orçamentos) e protecção da produção alimentar pelas mulheres camponesas pequenas produtoras, como um meio de abordar a crise da disponibilidade alimentar e fraco desempenho na nutrição.

Em 1999, o governo alocou 5.2 por cento do orçamento para a agricultura (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 1999).

Para além disso, desde 1975, a política do governo providenciou várias formas de protecção social para proteger a segurança alimentar, da renda e social dos grupos vulneráveis, isto inclui serviços sociais gratuitos providenciados pelo estado, esquemas de pensão extremamente limitados, ajuda de resposta á emergência e subsídio de alimentos para os idosos (seguindo a liberalização).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

A agricultura cresceu em 10.7 por cento em 2007 e emprega cerca de 78.5 por cento da população economicamente activa, permanecendo como o pilar da economia e teve aproximadamente 23.6 por cento da comparticipação do PIB em 2006 (PNUD 2008). No PARPA I, o governo estabeleceu uma meta de atribuir 65 por cento ou mais das despesas totais do governo (recursos internos mais ajuda externa) para seis 'sectores prioritários', nomeadamente: educação, saúde, infra-estruturas, governação e 'outras' áreas chaves (acção social, trabalho e emprego e energia e recursos minerais). Apesar disto, em 2006 a alocação para a agricultura baixou para 3.3 por cento do orçamento (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2006).

Contudo, nos anos recentes, crescente atenção tem sido prestada ao reforço da protecção social em todo o país, em particular para as crianças vulneráveis cenário fiscal de médio prazo 2010-2012 identifica os seguintes programas estratégicos chaves para o desenvolvimento social:

- 1 Educação Primária e formação Profissional;
- 2 Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- 3 Assistência médica;
- 4 Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- 5 Desenvolvimento de rede sanitária;
- 6 Água e saneamento;
- 7 Justiça;
- 8 Promoção da equidade de género; e
- 9 Assistência social aos mais vulneráveis.

Consolidar os programas do sector de saúde e educação para as crianças com necessidades específicas (0-5 anos de idade, crianças que sofrem de mal nutrição, e apoio material educacional para crianças vulneráveis) em 2008 e um programa de subsídio de alimentos passou por duas reformas importantes: um aumento incremental da escala de subsídio e um aumento com enfoque incrementado na inclusão dos dependentes elegíveis como beneficiários indirectos no esquema de pagamento.

As crianças representam uma proporção importante destes beneficiários indirectos e muitas crianças vulneráveis ficaram excluídas no país que não reuniam o critério de elegibilidade devido a falta de certidão de nascimento, estatuto

de órfão ou não órfão vivendo com os membros mais velhos da família. Um censo planificado de beneficiários directos e indirectos em 2010 irá trazer mais clareza no que concerne ao número de crianças potencialmente elegíveis nos agregados familiares beneficiários que actualmente não usufruem este benefício. O critério que determina a inclusão de crianças dependentes encontra-se actualmente em revisão e está em curso uma campanha de emissão de certidão de nascimento que também irá ajudar as crianças vulneráveis a usufruir do direito.

Espera-se que o Conselho de Ministros aprove o projecto da estratégia de protecção social em 2010. Identifica três dos actuais programas como fazendo parte do futuro pacote de protecção social básico: dois programas de transferência monetária (o actual programa de subsídio alimentar e a subvenção da criança para as famílias que cuidam dos órfãos e crianças vulneráveis), actual programa de transferência social em espécie (PASD) e o benefício social para o programa de trabalho (PBST). O plano visa acelerar os primeiros dois programas para dar mais enfoque nos órfãos e crianças vulneráveis como beneficiários directos ou indirectos.

Uma avaliação continua do impacto do programa de subsídio de alimentos será usado para informar a política e o diálogo da política no que concerne a aprovação e a implementação da estratégia de protecção social básica, com foco específico no programa de subsídio de alimentos e o programa de transferência social em espécie (PASD). A estratégia de protecção social básica prevê acelerar o programa de subsídio de alimentos para 452,000 agregados familiares até 2014. Está previsto que os agregados familiares consistam em 1,356,000 beneficiários e indirectos dos quais 795,520 beneficiários projectam que sejam crianças. Espera-se que a avaliação do impacto informe o diálogo político e técnico no que concerne a introdução da subvenção da criança, conforme o proposto na estratégia de protecção social básica. A subvenção proposta visa como alvo famílias que cuidam dos órfãos e crianças vulneráveis e espera-se que seja introduzido em fases conforme delineado na Tabela 6 e 7 abaixo.

Tabela 5: Transferência monetária para os agregados familiares chefiados por idosos, pessoas vivendo com o HIV e doentes crónicos

	2010	2011	2012	2013	2014
Número de famílias alargadas	242,296	312,592	382,888	453,183	523,479
Montantes alocados (Milhões de Mts)	668.74	862.75	1,056.77	1,250.79	1,444.80
% dos fundos do estado	0.24%	0.29%	0.34%	0.38%	0.42%
Idosos como beneficiários directos e indirectos	300,447	387,614	474,781	561,947	649,114
Crianças como beneficiários indirectos	426,441	550,161	673,882	797,603	921,324

Fonte: Estudo sobre a Pobreza da Criança efectuado pelo Governo de Moçambique, 2008.

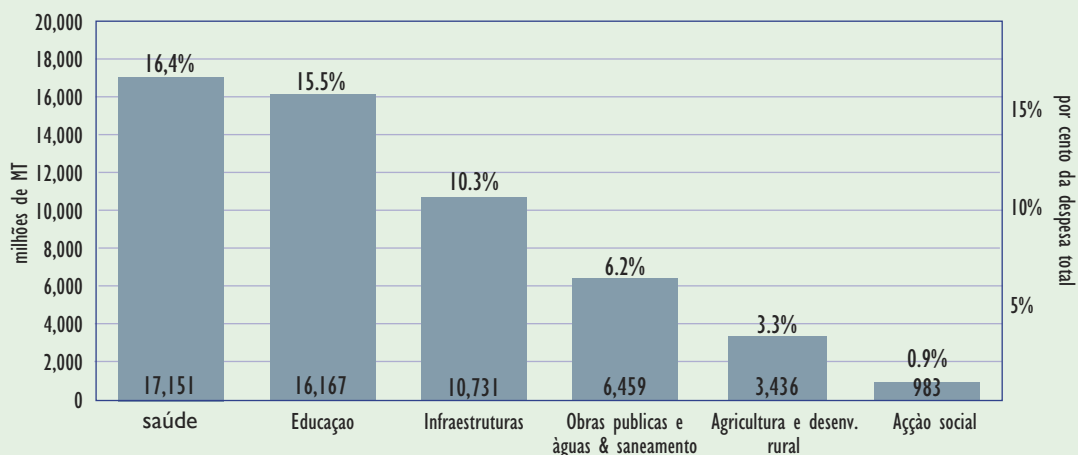
Tabela 6: Transferência monetária para as famílias com crianças órfãs e vulneráveis

	2010	2011	2012	2013	2014
Número de famílias alargadas	66,780	133,559	200,339	267,119	333,899
Montante alocado (Milhões de Mts)	186.51	373.03	559.54	746.06	932.57
% dos fundos do estado	0.20%	0.39%	0.55%	0.71%	0.85%
Número de crianças beneficiárias	203,531	407,062	610,594	814,125	1,017,656

Fonte: Governo de Moçambique, Estudo Sobre a Pobreza na Infância



Gráfico 42: Alocação das despesas nos sectores sociais (em milhões de MT e percentagem)



Fonte: Estudo sobre a Pobreza da Criança efectuado pelo Governo de Moçambique, 2008

Progresso

A alocação do orçamento para a agricultura baixou entre 1999 e 2006 e ainda não alcançou os 10 por cento do compromisso da SADC. Não está claro até que ponto os recursos públicos disponíveis alcançam as camponesas de pequena escala ou o seu impacto na produção de alimentos a nível do agregado. Existe também uma necessidade de avaliar o nível através do qual a segurança alimentar e a vulnerabilidade nutricional estão a ser geridos nos agregados familiares urbanos de baixo rendimento.

A vulnerabilidade nutricional e outras formas de vulnerabilidade estão a ser abordados através da proposta da criação de um estratégia de protecção social mais abrangente que irá incluir beneficiários indirectos e crianças vulneráveis e agregados familiares. Medidas de apoio estão a ser implementadas, tais como avaliação do impacto dos esquemas de subsídio de alimentos, e poderia ser complementado por uma vigilância sentinela e abordagens participativas de nível comunitário para monitorar o alcance, cobertura e impacto.



Não a novos compromissos de serviço de saúde no GATS e inclusão de todas as flexibilidades do TRIPS nas leis nacionais

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Em 2001, os compromissos de Moçambique no âmbito do Acordo Geral sobre o Comércio e Serviços (GATS) limitavam-se a serviços financeiros (excluindo o seguro). Não houve limitações horizontais assumidas por Moçambique (OMC, 2001).

Exige-se que Moçambique cumpra o Acordo sobre Aspectos Relacionados com Comércio de Propriedade Intelectual (TRIPS) até 2016. A legislação moçambicana regula que a autoridade do governo emita licenças obrigatórias para os produtores locais de medicamentos essenciais para saúde pública. Ainda não regula a importação paralela de medicamentos que estão patenteados no país contudo vendidos a custos mais baixos por outro.

Usando as flexibilidades do TRIPS, Moçambique concedeu uma licença obrigatória a uma empresa local, Pharco Moçambique Ltd., para a produção local do triplo composto dos medicamentos genéricos antiretroviral (EQUINET SC, 2007).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Moçambique não comprometeu os seus compromissos de saúde no âmbito do GATS. O Código de Propriedade Industrial de Moçambique de 2006, estipula que as licenças obrigatórias poderão ser concedidas por razões de interesse público (Artigo 85 do Código de Propriedade Industrial). Uma descoberta invenção torna-se de interesse público se for importante para a saúde pública, defesa nacional e desenvolvimento económico e tecnológico (Governo de Moçambique, 2006). A inclusão de Moçambique na Lei sobre as Oportunidades e Crescimento Estados Unidos/Africa (AGOA) e a sua ênfase na protecção dos direitos de propriedade privada como requisito para ter acesso ao Mercado dos EUA no âmbito das disposições da AGOA poderá colocar pressão bilateral ao país para evitar diluir os direitos de patentes farmacêuticos.

Moçambique manteve a sua autoridade de regular o seu sector de saúde através do não compromisso dos serviços de saúde no âmbito do GATS. A flexibilidade do TRIPS para licenciamento compulsivo está prevista na lei e está a ser aplicada, especialmente através das relações bilaterais para apoiar a produção de medicamentos essenciais a nível local. Poderão existir alguns constrangimentos de política encarados através das condições do esquema do AGOA.

Moçambique precisa de formalmente adoptar a proposta de endossar as cláusulas da Doha na emenda do TRIPS antes de Dezembro 2011.



Profissionais de saúde incluídos nas negociações do comércio e cláusulas para a protecção da saúde nos acordos sobre o comércio incluídas

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Profissionais do Ministério da Saúde foram envolvidos nas negociações do comércio.

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Os profissionais do Ministério da Saúde são envolvidos nas negociações do comércio. O comércio internacional é visto na política como uma ferramenta para a redução da pobreza, dentro do contexto da SADC e nos acordos regionais mais alargados na região. Os acordos do comércio são assinados a nível bilateral particularmente com o Malawi e o Zimbabwe a nível da afiliação na Organização Mundial do Comércio (OMC) e o sistema de preferência generalizado oferecido por países como China, Canada e Japão. Não existiu evidência disponível do nível através do qual estes acordos incluem disposições modelo que protegem a saúde pública.

O governo melhorou os instrumentos reguladores para supervisionar as actividades de negócio com enfoque em: estratégias de comércio agrícola 2006 – 2009, lei e política de concorrência, regulamento sobre a actividade comercial e licenciamento para a agricultura, comércio e prestação de serviços, construção, indústria, transporte e comunicação. Não existiam evidências disponíveis do nível através do qual estes acordos de comércio incluem disposições modelo que protegem a saúde pública.

Progresso

Envolver os profissionais da saúde nas discussões sobre o comércio providencia uma oportunidade para que uma gama de acordos comerciais possam incluir disposições modelo que protegem a saúde pública. Tais disposições poderão ser desenvolvidas por exemplo, como no acordo EU-SADC onde o Artigo 3 estipula que a aplicação do acordo irá tomar plenamente em consideração os interesses humano, cultural, económico-social de saúde e ambiental da população e gerações futuras.

A lei da concorrência providencia uma outra ferramenta importante para evitar as ligações de monopólio no sector da saúde (por exemplo seguradoras a comprar ambulâncias, serviços de cuidados de saúde e farmacêuticos).



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Acordos bilaterais e multilaterais para financiar a formação e retenção dos profissionais de saúde

NÍVEIS ANTERIORES (1980–2005)

Os investimentos na retenção dos profissionais de saúde foram discutidos antes. Acrescido a isto, a Universidade Eduardo Mondlane em Moçambique tinha tido alguns acordos bilaterais com um número de universidades desde 1997 (Oslo na Noruega desde 1997; em 2001 a NORAD financiou o Programa de Mestrado Integrado em Informática e Saúde Pública entre a Universidade Eduardo Mondlane, Universidade de Cabo Ocidental e a Universidade de Oslo) incluindo o apoio para Moçambique participar nos programas de doutoramento em Oslo através de um programa de quotas. A anterior discussão também destacou o apoio que as organizações não governamentais podem providenciar aos incentivos para os trabalhadores da saúde. Em 2003, 16.3 por cento dos distritos reportaram ter recebido apoio financeiro ou em espécie para a formação das organizações não governamentais ou organizações religiosas e 15.8 por cento receberam formação proveniente de financiadores externos (Lindelov et al., 2004).

NÍVEL ACTUAL (dados mais recentes)

Conforme anotado anteriormente o governo tomou a liderança em angariar e calcular os custos das necessidades dos profissionais de saúde até 2015 e na negociação do apoio internacional para este propósito. Vinte e cinco financiadores multilaterais e bilaterais contribuíram para o sector da saúde e catorze através de um fundo comum para implementar prioridades articuladas no PESS. Isto inclui a implementação da estratégia de recursos humanos e a expansão da rede de formação para incluir os Institutos de Ciências de Saúde de Nacala, Tete, Província de Maputo e (após construir o Hospital Geral - HG), Gaza bem como instituições de formação em Chokwe ou Chibuto. Também inclui o desenvolvimento de capacidades para formação a distância para as instituições de formação e afectar professores qualificados nas instituições de formação (República de Moçambique, 2008b).

Apoio foi também conseguido para estimular a participação de agentes polivalentes elementares (APEs) em promoção da saúde (República de Moçambique, 2008b).

Uma parceria (PAP) foi criada em Moçambique em 2004 que envolve 18 parceiros de cooperação para apoiar o orçamento do estado e a balança de pagamento que inclui pagamentos de pessoal. Os parceiros são: Alemanha, Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), Banco Mundial, Bélgica, Canada, Comissão Europeia, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Holanda, Irlanda, Itália, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça (HDNR, MOZ, 2005). Em 2009, Canada ainda apoiou a parceria da Universidade de Saskatchewan com o Centro de Formação de Saúde de Massinga. O centro formou 800 alunos desde 2002, com uma meta quinzenal de triplicar a capacidade de formação (CIDA, 2009).

Progresso

O governo assumiu a liderança na angariação e cálculo de custos das necessidades dos profissionais de saúde até 2015 (US\$110 milhões anuais) e na negociação do apoio internacional para este propósito. Existe um alto nível de apoio de financiamento multilateral e bilateral para o sector da saúde, com 14 financiadores a contribuírem fundos para um fundo comum para implementar as prioridades articuladas no PESS, incluindo a estratégia de recursos humanos.

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE



© UNICEF Moçambique/R. Lemoyne

Resumo de características chaves

Aspectos chaves

O contexto para esta análise da equidade da saúde e progresso rumo ao avanço da equidade da saúde é um alto nível de pobreza histórica e subdesenvolvimento com uma década de progresso macroeconómico e melhorias no desenvolvimento humano. Esta tendência positiva tem sido partilhada entre áreas e grupos diferentes em vários graus com a pobreza e desigualdade a actuarem como barreiras contra tal benefício. A tabela abaixo resume as tendências encontradas nos parâmetros seleccionados das determinantes sociais da saúde e características do sistema da saúde que provaram fazer diferença na redução das desigualdades sociais, incluindo na saúde.

INDICADOR DE PROGRESSO	ESTADO/TENDÊNCIA	DISTRITO/ GRUPOS / ACÇÕES PRIORIZADAS
PROMOVENDO A EQUIDADE NA SAÚDE		
Reconhecimento formal da equidade e direitos da saúde	Positivo. Valores fortes, constitucional, disposições da política para a equidade da saúde apoiado pelo sistema nacional de saúde	Assinar o ICESR Criar sensibilização e envolvimento da sociedade civil, parlamento e profissionais para operacionalizar os direitos e políticas..
Reduzir para metade o número de pessoas que vivem com US\$1/dia	Misto. Melhoria significativa na pobreza rural; melhoria demorada, algum crescimento em pobreza urbana. Distribuição desigual de crescimento para grupos e regiões de rendimento mais alto.	Reforçar o enfoque nas disparidades e pobreza, e atenção a pobreza urbana. Extrema pobreza em Inhambane, Gaza, Maputo, Cabo Delgado. Crescimento IDH e IGD baixo na Cidade de Maputo, Gaza, províncias de Maputo, Inhambane, Tete
Redução do coeficiente Gini da desigualdade	Misto. Inferior que a média regional e estático/ algumas evidencias de pequenos aumentos.	Compreender e abordar vetores de acesso socio-económico e de desigualdade crescente em Maputo, Cabo Delgado.
Eliminar as diferenças em TMI, IMR, RMM e subnutrição	Positivo. Melhorias agregadas em IMR, TM em <5 anos, RMM. Reduzir as diferenças urbanas-rurais. Enormes diferenças de riqueza/renda para TMI, atrofiamento.	Abordar determinantes socio-económicas (SE) da mortalidade: — apoiar às mães sem educação — Apoiar aos agregados familiares de baixo rendimento — Apoiar agregados familiares pobres das zonas urbanas TMI mais alto: Cabo Delgado, Niassa, Tete. Abordar determinantes da aceitação dos serviços de saúde materna
Eliminar as diferenças de acesso para a vacinação, CPN, partos institucionais	Misto. Melhoria dos agregados do CPN, cobertura de partos institucionais contudo as diferenças de renda expandidas para todas as intervenções.	Sustentar os planos para melhorar a cobertura de serviços universal. Abordar a baixa cobertura de partos institucionais em Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e baixa cobertura de vacinação. Providenciar intervenções adicionais focalizadas na família para abordar as determinantes de acesso sociais e económicas, aderência aos serviços.
Acesso universal para a redução da Transmissão Vertical, TARV, e preservativos	Misto. Expansão impressionante do ACT, serviços do TARV especialmente na parte urbana da Cidade de Maputo. Necessidades não satisfeitas nas crianças e constrangimentos de expansão por falta de profissionais de saúde. Aumento da prevalência do HIV nos jovens, regiões sul.	Sustentar o plano para melhorar a cobertura universal da prevenção e serviços do TARV. Abordar a cobertura infantil do TARV especialmente nas regiões norte e centro. Atingir os jovens na prevenção do HIV, regiões do sul. Identificar e abordar as barreiras para a aderência aos serviços e fazer cumprir.
ACESSO DOS AGREGADOS FAMILIARES AOS RECURSOS PARA A SAÚDE		
Reduzir a diferença de género no acesso à educação	Positivo. Melhorar e preencher a lacuna do género na educação primária. Taxas de educação secundária ainda baixas. Diferenças de renda maiores agora que as diferenças da área e género.	Abordar a cobertura de lacunas: ETPI NER mais baixos em Inhambane, cidade de Maputo. Participação mais baixa em Tete, Nampula, Cabo Delgado; Piores rácios de professores em Zambézia, Tete, Sofala, Nampula. Melhorar as taxas gerais de cobertura e promover o acesso à educação, matrícula e conclusão nas raparigas e famílias mais pobres.
Reduzir em metade a proporção das pessoas com água potável segura e saneamento	Défices. Compromisso de política contudo baixa cobertura e melhorias limitadas, com alguns declínios nas áreas urbana. Sinais de aviso das epidemias de cólera.	Cobertura em saneamento mais baixa na Zambézia, Sofala, Nampula. Cobertura em água mais baixa em Niassa, Zambézia Promover acções nacionais intersectoriais para expandir a cobertura. Abordar a redução da cobertura em água segura na área urbana. Monitorar os impactos em doenças ambientais.
Incrementar os rácios das remunerações para o	Incerto. Dados inadequados.	Precisa de mais investigação
Providenciar trabalhadores adequados e medicamentos a nível primário e distrital	Progresso a ser alcançado na disponibilidade dos profissionais de saúde, mas com variações provinciais sustentadas. Melhorias no acesso a medicamentos nos distritos. Não claro se a disponibilidade provincial melhorada alcança as unidades sanitárias.	Densidades de APes mais fracas na Zambézia, Nampula, Cabo Delgado. Melhores em Niassa, Sofala. Alinhar a alocação de recursos para melhorar a provisão de trabalhadores comunitários de saúde nestas províncias e garantir a capacidade de absorção. Efectuar inquéritos sobre a disponibilidade de acesso a medicamentos a nível dos cuidados primários e distritais por provincia e abordar as barreiras.
Abolir a taxa de utilização	Misto. Evidência de variantes nas cobranças, variante da aplicação de políticas de isenção apesar das políticas nacionais e barreiras de custo para 40% de agregados familiares rurais.	Implementar propostas de política para retirar as taxas no local do cuidado para cuidados primários apoiado por investimentos para apoiar a aderência/ receitas perdidas e medidas para monitorar e garantir que as cobranças formais não são substituídas por cobranças informais.
Ultrapassar as barreiras no acesso e utilização de serviços	Misto. Evidência de disponibilidade de serviços sociais, barreiras operacionais; programas de saúde comunitários para apoiar o alcance e aderência.	Implementar a análise de níveis de disponibilidade distritais, acesso, aceitação, contacto e barreiras para se atingir coberturas eficazes e usar a abordagem participativa para identificar e apoiar a adesão dos afectados isto é dos que precisam de cuidados.

INDICADOR DE PROGRESSO	ESTADO/TENDÊNCIA	DISTRITO/ GRUPOS / ACÇÕES PRIORIZADAS	
FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE			
Alcançar os compromissos de Abuja	Misto. Melhoria na alocação do orçamento contudo comparticipação da alocação doméstica em redução excluindo os fundos externos	Monitorar e garantir o aumento da subida das alocações domésticas para 15% de despesas do governo excluindo o financiamento externo.	
Alcançar o financiamento per capita de US\$60 para a saúde	Positivo. Melhoria firme no financiamento público e geral da saúde. Recursos adicionais melhorados facilitam a alocação às províncias, área de despesas onde a necessidade é elevada	Continuar a aumentar as despesas totais e per capita na saúde. Garantir a eficiência em alocação de fundos adicionais e aplicar e monitorar uma fórmula de alocação equitável para aumentar o financiamento recorrente.	
Melhorar o financiamento fiscal e reduzir as despesas por pagamentos directos na saúde	Misto. A receita tributária como uma proporção do PIB aumentou mas ainda não associado com as despesas por pagamentos directos ou aumento no financiamento interno.	Melhorar a alocação de recursos internos á saúde, apoiar investimentos para abolir as taxas de utilização para reduzir as despesas por pagamentos directos e monitorar as despesas informais por pagamentos directos e outras	
Harmonizar o financiamento da saúde num quadro de cobertura universal	Positivo. Base para um quadro harmonizado no sistema nacional de saúde apoiado por uma negociação de financiamento harmonizado com os parceiros externos.	Sustentar e fortalecer o financiamento externo num fundo comum harmonizado. Rever e fortalecer a coordenação do sector privado e recursos comunitários.	
Criar e garantir direitos de saúde claros	Misto. Disposições constitucionais e de política para os serviços de saúde essenciais. Evidências não claras sobre o conhecimento e implementação.	Direitos e o cálculo de seus custos a ser esclarecido e monitorado para a implementação. Envolver a sociedade civil para sensibilizar e prestação de contas sobre os direitos.	
Alocar pelo menos 50% de fundos públicos para os distritos e 25% para PHC	Misto. Maior comparticipação que as médias regionais para os distritos e CSP em 1977 contudo a evidência sobre as tendências subsequentes não claras.	Avaliar e reportar os níveis de financiamento dos distritos e níveis de cuidados primários dentro das províncias. Integrar a equidade na alocação dos recursos recorrentes, ex: no fundo comum dos doadores	
Implementar incentivos não financeiros para os profissionais de saúde	Positivo. Atenção na política, medidas, recursos e dados incrementada para promover incentivos para a retenção.	Monitorar e avaliar a implementação de incentivos a todos os níveis e fortalecer as capacidade para gestão e revisão de esquemas de incentivos.	
Reconhecimento formal do apoio para mecanismos de participação pública no sistema de saúde	Défices. Posição de política forte e legal ainda não traduzida no mesmo nível de participação. CHWs a serem revitalizados.	Âmbito para a operacionalização de compromissos de política, fortalecer a educação sobre a saúde, sensibilização comunitária e da sociedade civil, organização e envolvimento em redor da saúde, mobilizar os recursos sociais e acções para a saúde pública, mobilizar os recursos sociais e acções para a saúde pública e o sistema de saúde; efectuar ligações mais organizadas com apoio social e comunitário para os grupos vulneráveis e formalizar, capacitar e providenciar recursos para os mecanismos dentro do sistema de saúde.	
UM RETORNO JUSTO DA ECONOMIA GLOBAL			
Reduzir o encargo da dívida	Positivo. Cancelamento da dívida alcançado e rácios de serviço da dívida relativamente baixos.	Monitorar a dívida comercial, interna pública e a dívida do agregado familiar para evitar novos encargos nas despesas da saúde	
Alocar recursos para a agricultura e camponesas pequenas produtoras	Misto. As comparticipações da agricultura em redução e abaixo dos compromissos da SADC. Propostas para estratégias de protecção social desenvolvidas incluindo a segurança alimentar.	Avaliar o apoio ás camponesas pequenas produtoras e ligações com a nutrição do agregado familiar para informar as estratégias de protecção social e subsídios. Complementar as medidas e propostas existentes através da vigilância sentinela e fardamentas de participação comunitária para avaliar e monitorar o alcance, cobertura e impacto.	
Garantir as metas da saúde na OMC (TRIPS, GATS)	Positivo. Nenhum compromissos novos do sector da saúde feitos. Flexibilidades da TRIPS usadas para licenciar a produção de medicamentos locais.	Manter as politica sobre o TRIPS e GATS. Endossar as emendas da OMC e GATS antes de Dezembro 2011	
Profissionais de saúde envolvidos nas negociações do comércio	Misto. Profissionais de saúde incluídos. Ausência de muitas cláusulas para proteger a saúde pública em muitos acordos de comércio.	Aproveitar a oportunidade do envolvimento dos profissionais de saúde nas negociações sobre o comércio para incluir a saúde pública nos acordos. Garantir a capacidade para fazer cumprir as regras da comissão da concorrência evitando monopólios no sector da saúde.	
Acordos bilaterais e multilaterais para financiar a formação do profissional de saúde	Positivo. Acordos negociados e implementados através de mecanismos de financiamento comuns.	Continuar com a actual abordagem de mobilizar os défices nos US\$110 milhões anuais para APEs através de um financiamento comum.	
CHAVE:	 Melhor	 Estática, progresso misto ou incerto	 Pior

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE

A análise aponta que as oportunidades para a equidade da saúde surgem nas condições socio-económicas e políticas mais amplas:

- Bom crescimento económico, aumento no comércio, encargos da dívida reduzidos, paz,
- Valores fortes, quadros constitucionais e de política centralizados na provisão universal de serviços, direito á saúde e sistema de saúde nacional liderado pelo sector público, habituados a negociar e dirigir escolhas de política a nível nacional e global.
- Ganhos em relações justas com a comunidade internacional, tais como através do cancelamento da dívida, apoio para financiamento comum para o sector da saúde e para o investimento em recursos chave nacionais como profissionais de saúde.

O impacto destes 'activos da equidade' encontra-se evidente nas melhorias nos IMR, TM<5anos e MMR, nas diferenças urbanas-rurais reduzidas e nas diferenças de género na educação, menos pobreza rural e uma expansão de áreas chaves de cuidados de saúde primário e prestação de serviços.

Existem desafios; alguns são históricos e outros parecem emergir das tendências recentes:

- Locais de pobreza e equidade histórica entre as necessidades da saúde e serviços de saúde persistem. Inhambane, Tete, Cabo Delgado, Nampula possuem todos resultados fracos e fraca cobertura dos serviços de saúde o que indica o potencial da desigualdade entre as necessidades da saúde e a resposta para com os cuidados da saúde.
- Novas dimensões de pobreza, desigualdade e risco de saúde parecem ter surgido mesmo nas áreas que previamente possuíam melhores indicadores socio-económicos incluindo
 - Uma subida na pobreza urbana aumenta as necessidades da saúde, com cobertura reduzida na Cidade de Maputo, sugerindo uma necessidade para modelos de cuidados primários de saúde urbana mais fortes;
 - A riqueza e diferenças sociais nos resultados da saúde e cuidados de saúde e cobertura da educação que excede as diferenças urbanas-rurais, sugerindo a necessidade de complementar as abordagens geográficas para a cobertura de serviços com medidas específicas para identificar e apoiar o alcance e aderência nas famílias e indivíduos vulneráveis;
 - Um incremento dos grupos susceptíveis a novas infecções do HIV, tais como a população nos distritos do sul, jovens e especialmente mulheres jovens, abordagens de sugestão tem que ser orientadas rumo as necessidades e cultura de tais grupos.

A nível da política isto sugere que as medidas que Moçambique está a seguir para melhorar a cobertura universal através de um sistema nacional de saúde precisam de ser sustentadas. As medidas são necessárias para acompanhar e abordar as diferenças geográficas em capacidades e cobertura incluindo através da integração da equidade na fórmula da alocação de recursos.

Uma área que merece maior atenção e acção intersectorial é a cobertura de água segura e saneamento incluindo as áreas urbanas de baixo rendimento. Esta questão é levantada como uma prioridade urgente não sómente dado o risco e encargo significativo que constitui aos agregados familiares pobres expostos a doenças endémicas tais como cólera, mas também dado o papel positivo que estas facilidades desempenham na redução do tempo de trabalho para as mulheres e crianças.

A evidência sugere ainda que dentro do quadro para a cobertura universal, são necessárias medidas para identificar e encorajar o alcance e aderência por parte das famílias vulneráveis e agregados nas áreas urbanas e rurais. Algumas destas questões são levantadas no relatório e os grupos e abordagens podem também ser identificadas através da discussão com os intervenientes. A nível distrital métodos participativos podem ser usados para identificar tais grupos através do trabalho com a comunidade.

Análise de acompanhamento pode também ser feita usando dados de nível distrital (MICs, MIMS, IDS e sistemas de informação sobre a saúde) para avaliar nos distritos por onde e para quem as lacunas emergem e se surgem devido a:

- Disponibilidade (provisão de infra-estruturas e serviços)
- Acessibilidade (financeira e geográfica)
- Aceitação (cultura, comunicação)
- Cobertura de contacto (ou aceitação), ou
- Cobertura eficaz (ou contacto que se traduz em diagnóstico e resposta eficaz).

Isto poderia, por exemplo, ser desenvolvido primeiro em projecto-piloto em alguns distritos identificados com maiores lacunas entre a necessidade e cobertura, tais como a Cidade de Maputo e Cabo Delgado.

A evidência sugere que o governo deu enfoque em áreas importantes para negociar e dirigir a equidade e cobertura universal com os parceiros, tal como na comunidade doadora, dentro do sector privado, medidas de politica para aumentar os números de profissionais de saúde e incentivos para retê-los ou usando as flexibilidades do TRIPS para encorajar a produção farmacêutica local. Ao garantir a equidade na combinação pública-privada é uma área que poderá merecer maior atenção de politica no futuro.

O papel da sociedade civil nacional e os mecanismos de participação do público e comunidade na saúde foram identificados como lacunas graves no fortalecimento da equidade e na monitoria e apoio para o alcance dos serviços essenciais, cuidados de saúde primários e de outras medidas que estão sendo implementadas. Para além do programa do trabalhador da saúde comunitário planificado existe um âmbito para promover a educação da saúde e sensibilização e desenvolver mecanismos de sistemas de saúde e as capacidades para fortalecer os papéis da comunidade na saúde. Isto sempre provou-se ser um elemento vital no avanço da equidade na saúde.



© UNICEF Moçambique/G. Pirozzi

Bibliography

- Arndt C., R. James, K. Simler (2006) 'Has economic growth in Moçambique been pro-poor?', *Journal of African Economies*, Vol 15.4:571–602, Oxford University Press, Oxford.
- Arrazola de Oñate, Wouter (2007) 'Medicines without doctors: In Moçambique, salaries are not the biggest problem', in *PLoS Medicine* July 2007 Vol 4.7, available online at: www.plosmedicine.org.
- BBC (16 March 2000) 'Creditors give Moçambique lifeline', accessed at: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/679135.stm>.
- Canadian International Development Agency (CIDA) (2009) 'University of Saskatchewan to train health care workers in Moçambique', accessed on 1 October 2009 at: <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/ACDI-CIDA.nsf/eng/NAT-41785748-H88>.
- Chao S. and K. Kostermans (2002) 'Improving health for the poor in Moçambique: The fight continues', The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington DC.
- EQUINET Steering Committee (2007) *Reclaiming the resources for health: Advancing health equity in east and southern Africa*, EQUINET in association with Weaver Press (Zimbabwe), Fountain Publishers (Uganda) and Jacana (South Africa), Harare, Kampala and Cape Town.
- Ernst and Young (2008) 'Sustainability of rural water and sanitation infrastructure in Tete, Manica and Sofala provinces', unpublished report, Maputo, 2008.
- Ferrinho P. and Omar C. (2006) *The human resources for health situation in Moçambique*, Human Development Working Paper Series No 91, World Bank, Africa Region, available online at: http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/no_91.pdf
- Fox L. (2008) *Beating the odds. Sustaining inclusion in Moçambique's growing economy, Directions in development. Poverty*, World Bank, Washington DC, page 47.
- Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) (Foundation for the Development of the Community), UNICEF (2008) 'O que diz a proposta de orçamento do estado 2009 sobre a previsão de recursos no sector de saúde?' (What does the state budget propose in 2009 in estimating resources for the health sector?), Budget Brief 3, UNICEF, Maputo, November.
- Trade Law Centre for Southern Africa (2007) 'GATS commitments of the SADC EPA configuration', 8 July 2007 accessed 1 July 2009 online at: http://www.tralac.org/unique/tralac/pdf/20070807_Discussion%20note%20_GATScommitments_of_theSADC_EPAconfigurationTH.pdf.
- Gaspar da Costa M. et al. (1998) *Moçambique, inquérito demográfico e de saúde, 1997* (demographic and health survey, 1997), National Institute of Statistics and Macro International Inc., Calverton, Maryland, accessed 5 September 2009 at: <http://www.measuredhs.com/>.
- Gwatkin D.R. et al. (2007) *Socioeconomic differences in health, nutrition and population, Moçambique 1997, 2003*, Country reports on health, nutrition and population, and poverty, World Bank Human Development Network, Washington DC.
- (2007b) Socioeconomic differences in health, nutrition and population: overview, accessed on 5 September 2009 online at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>
- Government of Moçambique (Gov de Moçambique) (1999) Industrial property code, 18 of 1999, Government Printers, Maputo.
- (2004) *Plano económico e social 2004* (economic and social plan 2004)(PESS), Maputo, available at: www.govmoz.gov.mz
 - (2005) *Plano económico e social 2005* (economic and social plan 2005). Maputo: www.govmoz.gov.mz
 - (2005) *Plano de acção para redução da pobreza absoluta: 2005-2009* (poverty reduction plan) (PARPA II), Maputo, available at: Gdm, Rascunho. www.govmoz.gov.mz
 - (2005) *Programa quinquenal do Governo de Moçambique* (five year plan), available at: www.govmoz.gov.mz
 - (2005) *Relatório nacional do desenvolvimento humano. Alcançando os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio — Moçambique, 2005* (national human development report: achieving the Millennium Development Goals – Moçambique), Maputo.
 - (2006) *Industrial property code 2006*, Government Printers, Maputo.
 - (2007) *Relatório nacional do desenvolvimento humano, desafios e oportunidades. A resposta ao HIV e SIDA — Moçambique* (national human development report, Challenges and opportunities. The response to HIV and AIDS), Maputo.
 - (2008) *Plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos da saúde* (national health worker development plan) (2008–2015), Maputo.
 - (2008b) *Relatório nacional dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio* (report on the Millennium Development Goals), page 9, accessed online at: <http://www.unMoçambique.org/eng/Resources/Publications/2008-Moçambique-Report-on-the-MDGs>.
 - (2010) *Relatório de avaliação do PARPA II, 2006–2009* (evaluation report on PARPA II), Maputo.
 - (2010) Childhood poverty study update 3 June 2010, Government Printers, Maputo.
- Government of Mozambique, UNICEF (2010) *Multiple Indicator Cluster Survey Report 2008*, (MICS) Govt of Mozambique/ UNICEF, Maputo.
- Hanlon J. (2007) 'Is poverty decreasing in Moçambique?', paper presented at the inaugural conference of the Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE) in Maputo on 19 September 2007, accessed 1 October 2009 at: <http://www.open.ac.uk/technology/Moçambique/pics/d53854.pdf>

- International Monetary Fund (FMI) and Republic of Moçambique (2009) *Poverty reduction strategy paper—Annual progress report—Joint staff advisory note*, accessed 1 July 2009 online at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2009/cr09117.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (national statistics institute), ORC Macro (1997) *Inquérito demográfico e de saúde* (demographic health survey), INE, Maputo, available online at: www.ine.gov.mz
- (2003) *Inquérito demográfico e de saúde* (demographic health survey), INE, Maputo, accessed 5 Sept 2009 at: <http://www.measuredhs.com/>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (national statistics institute) (2003) *Mapa de equilíbrios* (equity map) 2000–2003, INE, Maputo, available online at: www.ine.gov.mz
- (2003) *Anuário de estatístico* (annual statistics), Inquérito aos agregados familiares (household surveys) (2002/2003), INE, Maputo
 - (2005) *População e indicadores demográficos segundo projecções* (population projections and demographic indicators), INE, Maputo, available online at: www.ine.gov.mz
 - (2008) *Anuários estatísticos provinciais* (annual provincial statistics), Maputo, available online at: www.ine.gov.mz
 - (2009) *Inquérito indicadores múltiplos 2008: Sumário* (multiple indicators survey 2008: summary), Maputo, Moçambique, 2009.
- IRIN (2009) *Southern Africa: What of the female condom?*, accessed online 10 October 2009 at: <http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportId=86081>
- James R.C., C. Arndt and K.R. Simler (2005) 'Has economic growth in Moçambique been pro-poor?' Relatório de Discussão E8. Direcção Nacional de Estudos e Análise de Políticas, Ministério da Planificação de Desenvolvimento (Discussion paper E8. National Directorate of Studies and Policy Analysis), Ministry of Development Planning, Maputo, 2005.
- Kaiser Foundation (2005) *HIV/AIDS policy fact sheet: The HIV/AIDS epidemic in Moçambique*, accessed 5 September 2009 online at: <http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7361.pdf>.
- Lindelöw M., P. Ward and N. Zorzi (2004) *Primary health care in Moçambique: Service delivery in a complex hierarchy*, World Bank accessed online 10 October 2009 at: <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>
- Macassa G. et al. (2003) *Trends in infant and child mortality in Moçambique during and after a period of conflict*, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm Sweden, accessed 29 June 2009 online at: www.science.direct.com.
- Macq J. et al. (2001) 'Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting: managing and moonlighting', *Human Resources for Health Development Journal* 5: 17–24.
- Ministry of Education (MINED) (1998), *Plano estratégico de educação 1999–2003* (strategic plan for education), Maputo.
- (2002a) *Plano estratégico de combate ao HIV/SIDA* (strategic plan to combat HIV/AIDS), Maputo.
 - (2003) *Estratégia de comunicação sobre HIV/SIDA* (communication strategy for HIV/AIDS), Maputo.
 - (2003a) *A despesa pública com a educação em Moçambique* (public expenditure on education in Moçambique), Maputo.
 - (2003c) *Plano estratégico para a equidade de género no MINED* (strategic plan for gender equity in MINED), Maputo.
- Ministry of Education and Culture (MoEC) (2005) *Plano estratégico da educação II* (strategic plan for education), Maputo.
- (2005a) *Proposta de programa do governo para 2005–2009* (proposed government programme 2006–2009), Maputo.
 - (2005b) *Balanço geral das actividades desenvolvidas pelo sector. Relatório apresentado no conselho coordenador na Beira* (balance of activities undertaken by industry), Paper presented at the coordinating council, Beira.
- Ministry of Health (MISAU-DSC) (2000) *Revisão das mortes maternas em Moçambique*, (review of maternal deaths in Moçambique) 1998/99, Maputo.
- Ministry of Health (MISAU/DNS) (2003a) *Necessidades para uma maternidade segura* (safe motherhood needs), Maputo.
- (2004a), *PEN ITS/HIV/SIDA sector saúde 2004–2008* (national strategic plan to combat STI, HIV, and AIDS 2004–2008), Maputo, available online at www.portaldogoverno.gov.mz/docs...pen_04.../PEN%20Saude%20EN.pdf (accessed 30 July 2010).
 - (2004b) *Moçambique: Investir na nutrição è reduzir a pobreza* (investing in nutrition and reducing poverty), Maputo.
 - (2005a) *Relatório de actividades do ano 2004* (annual report 2004), Maputo.
 - (2005b) *Relatório sobre a revisão dos dados de vigilância epidemiológica do HIV – Ronda 2004* (report on the epidemiological HIV surveillance review – 2004 round), Maputo.
- Ministry of Health (MISAU-DPC) (2007) *Inventário nacional de Infra-estruturas de saúde* (national inventory of health infrastructure), Maputo.
- Ministry of Health (MISAU) (2008) *International health partnership: Taking stock report, Moçambique*, accessed 10 October 2009 online at: http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07_Moçambique_TSR_EN_FINAL.pdf
- (2008b) *Sufficient and competent health workers for expanded and improved health services for the Mozambican people*, Maputo.
 - (2010) *Human Resources Directorate, Statistics, 2010*, Maputo.
- Ministry of Health and cooperating partners (2003) *The Kaya Kwanga commitment: A code of conduct to guide the partnership for health development in Moçambique*, Ministry of Health, Maputo.
- Ministry of Planning and Development (MoPD) (2009) *Relatório de avaliação de impacto do PARPA II* (evaluation report on PARPA II), paragraph 108, Maputo, 30 October.

- Ministry of Public Works and Housing (MoPWH), National Directorate of Water (March 2009), National rural water supply and sanitation programme, Maputo.
- Ministry of Water (Direcção Nacional de Aguas – DNA) (2004) *Relatórios diversos de balanço do Programa Quinquenal do Governo 1999–2004 e do PES* (Various balance sheets from the five-year development plan of 1999–2004 and PESS), Ministry of Water, (2000–2004), Maputo.
- National AIDS Council / Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) (2004) *The national strategic plan for the combat of HIV/AIDS: Part II objectives, strategies and evaluation mechanisms*, online at: <http://www.sfaids.net/files/Moçambique%20National%20Strategic%20Plan%20Part%20II.pdf> (accessed 29 July 2010).
- National AIDS Council (CNA) (January 2008) *Universal declaration of commitment on HIV and AIDS. Moçambique progress report for the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS 2006–2007*, Maputo, accessed 5 September 2009 online at: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/Moçambique_2008_country_progress_report_en.pdf
- OMS/UNICEF (2004) *Meeting the water and sanitation target – A mid-term assessment of progress*, accessed online at: www.un-ngls.org/MDG/unation.htm
- Perry C. (2005) *Working at all levels to improve health services: evaluation of the Management and Leadership for Health Sector support programme in Moçambique*, Management and Leadership Programme, Management Sciences for Health, August 2005.
- Pfeiffer J. (2003) 'International NGOs and primary health care in Moçambique: the need for a new model of collaboration', *Social Science & Medicine* 56; 725–738, available on line at www.elsevier.com/locate/socscimed (accessed 29 July 2010).
- Republic of Moçambique (1990) Constitution of Moçambique.
- (2004) Constitution of Moçambique.
- Save the children, Norway (2005) *Abuso sexual da raparigas nas escolas Moçambicanas* (sexual abuse of girls in Mozambican schools), Save the children, Maputo.
- Southern African Research and Documentation Centre (SARDC), Instituto Superior de Relações Internacionais (Institute of International Relations) Instituto Nacional de Estatística (INE), United Nations Development Programme (UNDP) (2007) *Report for the Moçambique national human development report 2007*, UNDP, Maputo, 2007.
- Trade Law Centre for Southern Africa (2007) 'GATS commitments of the SADC EPA configuration', 8 July 2007, accessed 1 July 2009 online at: http://www.tralac.org/unique/tralac/pdf/20070807_Discussion%20note%20_GATScommitments_of_theSADC_EPAconfigurationTH.pdf.
- United Nations Development Programme (PNUD) (2000) *Relatório nacional de desenvolvimento humanos* (national human development report) 2001, UNDP, Maputo.
- (2005) *Relatório nacional de desenvolvimento humanos* (national human development report), page 15, accessed 5 Sep 2009 at: <http://hdr.undp.org/en/>
 - (2007) *Relatório nacional de desenvolvimento humanos* (national human development report) 2007, pages 13–14, UNDP, Maputo.
 - (2008) *Relatório nacional de desenvolvimento humanos 2007/2008* (national human development report) accessed 5 Sep 2009 at: http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_MOZ.html
 - (2008) *Moçambique national human development report 2008: The role of information communication technologies in achieving the Millenium Development Goals*, available online at: <http://www.undp.org/mz/en/Publications/National-Reports/Moçambique-National-Human-Development-Report-2008>
- United Nations Economic Commission for Africa (UN ECA), Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa, (2004) *Moçambique: The challenge of HIV/AIDS treatment and care*, accessed 5 September 2009 at: <http://www.uneca.org/chga/doc/Moçambique.pdf>.
- UNESCO (2004) *Education for all*, accessed online at: www.unesco.org/education/efa
- UNAIDS (2008) *Sub-Saharan Africa AIDS epidemic update: Regional summary*, accessed 5 June 2009 online at: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1526_epibriefs_subsaharanafrica_en.pdf
- UNICEF (2006) *Childhood poverty in Moçambique. A situation and trends analysis*, UNICEF, Maputo.
- (2009) *The state of the world's children, 2009 report*, UNICEF, New York.
- UN Moçambique (NU)(2009) *Millennium Development Goal (MDG) 4 – Reduce child mortality*, accessed 10 October 2009 online at: <http://www.unMoçambique.org/eng/What-we-do/MDG-4-Reduce-Child-Mortality>
- Vio F. (2006) 'Management of expatriate medical assistance in Moçambique,' *Human Resources for Health*. DOI: 10.1186/1478-4491-4-26; available online at: www.human-resources-health.com/content/4/1/26
- World Bank (2004–2007) *World development indicators* (2004–2007), Washington.
- (2002) *World development report*, Washington DC.
 - (2010) *World Development Indicators* [Data file] online at: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> (accessed 29 July 2010).
- World Bank and African Development Bank (2004) *Millennium Development Goals (MDGs) for water and sanitation, Country assessment – Moçambique*, World bank, Washington DC.
- World Health Organization (OMS) (1994) *Mother/baby package: Implementing safe motherhood in countries*, available online at: www.who.int/reproductive-health/publications
- (2005) *Health action in crises: Moçambique*, accessed 25 June 2009 online at: http://www.who.int/hac/crises/moz/background/Moçambique_Sept05.pdf
 - (2006) *Country health system fact sheet 2006: Moçambique*, accessed 5 Sept 2009 online at: http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/Moçambique.pdf
 - (2007) *Working together for health: The world health report 2006*, WHO, Geneva.
 - (2008) *World health statistics 2008*, WHO: France, accessed 9 June 2008 online at: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>

- (2008b) *Health and human rights: Country fact sheet Moçambique: April 2008*, accessed 25 August 2009 online at: http://www.who.int/countries/moz/publications/fact_sheet_r2h_moz.pdf.
 - (2008c) *Towards universal access: Scaling up prior HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report 2008*, accessed 5 September 2009 online at: <http://www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/en/>
 - (2009) *Core health indicators*, accessed 25 June 2009 online at: http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#
 - (2009b) *Weekly emergency situation update*, Vol. 2.22 1 June 2009, accessed 1 September 2009 online at: http://www.who.int/hac/crises/afro_weekly_report_1jun2009.pdf.
 - (2009c) *Moçambique responds to its health workforce crisis*, accessed 25 June 2009 online at: <http://www.who.int/countries/moz/events/29102008/en/index.html>
 - (2009d) *World health statistics 2009*, WHO, France, accessed 5 September 2009 online at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
 - (2009e) *Essential medicines list*, accessed 10 October 2009 online at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/en/index.html>.
 - (2009f) *Moçambique: Essential drugs and medicine: situational analysis*, accessed 10 October 2009 online at: http://www.who.int/countries/moz/areas/essential_medicines/en/index.html.
 - (2010) *World health statistics, 2010*, Available at <http://www.who.int/gho/database/WHS2010> (accessed 1 August 2010).
- WHO/UNICEF (OMS/UNICEF)(2004) *Meeting the water and sanitation target – A mid-term assessment of progress*, accessed online at: www.un-ngls.org/MDG/unation.htm
- World Trade Organization (WTO)(OMC) (2001) *Moçambique: January 2001*, press release accessed 1 July 2009 at: http://www.wto.org/english/tratop_e/tp154_e.htm
- Yates R. and N. Zorzi (1999) *Health expenditure review: Moçambique*, Moçambique Ministry of Health and Management Sciences for Health, Maputo.

OBSERVATÓRIO DA EQUIDADE

Equidade na saúde implica olhar para as diferenças no estado de saúde que são desnecessárias, evitáveis e injustas. A equidade é atingível através da distribuição dos recursos sociais da saúde através de acções realizadas pelo sector saúde. Todos os países na “África Oriental e Austral estão comprometidos politicamente com a equidade assim como as organizações regionais, a Comunidade para o Desenvolvimento da Saúde dos Países da África Oriental, Central e Austral. Em Fevereiro de 2010 os Ministros de Saúde da Comunidade dos Países da África Oriental, Central e Austral, decidiram fazer o seguimento e relatar a evidência da equidade na saúde e os progressos alcançados face as iniquidades existente na saúde. EQUINET está a trabalhar com os países e com as organizações regionais para implementar a observação da equidade, monitorar a equidade na saúde através da compilação, organização, análise, apresentação e discussão da evidência da equidade na saúde ao nível nacional e regional.

O presente relatório sobre a Observação da Equidade foi produzido pelo Ministério da Saúde em colaboração com a EQUINET através do Training and Research Support Centre. A tabela resumo abaixo mostra os progressos alcançados e as tendências; o verde indica progresso positivo (melhor), vermelho indica tendência a piorar e o amarelo incerteza ou tendências mistas. O relatório providencia evidência científica sobre as tendências e propõe áreas de actuação.

INDICADOR DE PROGRESSO	TENDÊNCIAS
PROMOVENDO A EQUIDADE NA SAÚDE	
Reconhecimento formal da equidade e direito universal à saúde	
Reduzir para metade o número de pessoas vivendo com IUS \$ por dia	
Redução do coeficiente Gini	
Eliminação das diferenças na mortalidade materna, das crianças e taxas sub-nutrição	
Eliminando as diferenças no acesso à vacinação e nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto por trabalhador qualificado	
Acesso universal à prevenção da transmissão vertical, preservativos e tratamento anti-retroviral	
ACESSO DOS AGREGADOS FAMILIARES AOS RECURSOS PARA A SAÚDE	
Eliminação das disparidades do género no acesso ao ensino	
Reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável	
Aumento do rácio salários – PIB	
Provisão adequada de trabalhadores da saúde e de medicamentos aos níveis primário e distrital	
Abolição da taxa dos utilizadores nos sistemas de saúde,	
Ultrapassar as barreiras no acesso e uso dos serviços de saúde	
SISTEMAS DE SAÚDE REDISTRIBUTIVOS	
Alcance dos compromissos de Abuja	
Alcance de 60US\$ per capita nas despesas do sector da saúde	
Incremento financiamento fiscal e reduzir o financiamento por pagamentos directos em saúde	
Harmonização dos vários mecanismos de financiamento em saúde num quadro de abrangência universal	
Estabelecer e garantir um conjunto claro de direitos de cuidados de saúde	
Alocação de pelo menos 50% das despesas do Governo em saúde aos sistemas de saúde distritais e 25% em cuidados de saúde primários	
Implementação de incentivos não financeiros para os profissionais de saúde	
Reconhecimento e disponibilização de mecanismos de participação pública no sistema de saúde	
UM RETORNO JUSTO DA ECONOMIA GLOBAL	
Redução da dívida como um encargo na saúde	
Alocação de recursos orçamentais para a agricultura, e para as mulheres produtoras	
Garantir os objectivos da saúde no GATS e TRIPS	
Profissionais de saúde incluídos nas negociações do comércio	
Acordos bilaterais e multilaterais para financiar a formação e retenção dos profissionais de saúde	