



LISBON
SCHOOL OF
ECONOMICS &
MANAGEMENT
UNIVERSIDADE DE LISBOA

MESTRADO EM CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO

**OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE
EM MOÇAMBIQUE – ESTUDO DO PROJETO SIFPO2 DA PSI -
POPULATION SERVICES INTERNATIONAL**

MADALENA FERREIRA

NOVEMBRO – 2020

MESTRADO EM
CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE
EM MOÇAMBIQUE – ESTUDO DO PROJETO SIFPO2 DA PSI -
POPULATION SERVICES INTERNATIONAL

MADALENA FERREIRA

ORIENTAÇÃO:
PROFESSOR DOUTOR PEDRO VERGA MATOS

NOVEMBRO – 2020

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo documentar um projeto feito no âmbito da área da saúde em Moçambique, o projeto *SIFPO2*, promovido pela Organização Não Governamental PSI (*Population Services International*) e pela USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) e levado a cabo pela empresa de estudos de mercado IPSOS Moçambique e uma equipa de consultores externos. O projeto consistia em ter uma melhor perceção do setor privado da saúde em três regiões moçambicanas, Maputo, Matola e Nampula, e tinha como objetivos o mapeamento dos agentes privados a atuar nestas cidades, a identificação de constrangimentos e oportunidades dentro do setor da saúde e ainda a elaboração de recomendações e potenciais sinergias entre diversos agentes de forma a melhorar os serviços de saúde prestados à população moçambicana.

Com este estudo pretende-se compreender melhor o papel que as ONGs podem ter na prossecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, identificar algumas ferramentas adaptadas do *Design Thinking* que podem ajudar a organizar informação e transformá-la em conhecimento – sobretudo quando se trata de informação referente a processos feitos e desenhados por pessoas e para pessoas – e explorar algumas formas de colaboração entre setores públicos e privados, na área da saúde, de forma a que se consigam atingir melhores resultados na implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Palavras-chave: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; ONGs; Design Thinking; Cuidados de Saúde; Moçambique

ABSTRACT

This study aims to document a project regarding the healthcare service in Mozambique, the *SIFPO2* project, promoted by the Non-Governmental Organization PSI (Population Services International) and USAID (United States Agency for International Development) and carried out by the market research firm IPSOS Mozambique and a team of external consultants. The project consisted of having a better perception of the private healthcare sector in three Mozambican regions, Maputo, Matola and Nampula, and aimed to map the private agents working in these cities, to identify constraints and opportunities within the healthcare sector and the elaboration of recommendations and potential synergies between different agents in order to improve the healthcare services provided to the Mozambican population.

This study aims to better understand the role that NGOs can play in the pursuit of the Sustainable Development Goals, to identify some tools adapted from Design Thinking that can help organize information and transform it into knowledge - especially when it comes to referring information to processes made and designed by people and for people - and to explore some forms of collaboration between public and private sectors, in the area of healthcare, in order to achieve better results in the implementation of the Sustainable Development Goals.

Keywords: Sustainable Development Goals; NGOs; Design Thinking; Healthcare; Mozambique

ÍNDICE

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÍNDICE.....	iii
LISTA DE FIGURAS.....	iv
LISTA DE TABELAS.....	v
GLOSSÁRIO DE TERMOS E ABREVIATURAS	vi
AGRADECIMENTOS	vii
1. Introdução	1
2. Revisão de literatura	2
2.1. Desenvolvimento Sustentável.....	2
2.2. Design Thinking.....	6
2.2.1. Personas	7
2.2.2. Mapas de Empatia.....	9
2.2.3. Customer Journey	10
2.3. Moçambique	11
3. Metodologia	13
4. Caso – O projeto SIFPO2 em Moçambique	14
4.1. PSI – Population Services International	14
4.2. Descrição do Projeto SIFPO2	15
4.3. Metodologia utilizada	17
4.4. Resultados	21
4.4.1. Mapeamento dos atores.....	21
4.4.2. Oportunidades e Constrangimentos	22
4.4.3. Sinergias, Complementaridades e Recomendações	24
5. Conclusões, limitações e trabalhos futuros.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável.....	5
Figura 2 - Localização geográfica de Moçambique no Continente Africano.....	11
Figura 3 - Comparação do valor de IDH entre Moçambique, Portugal e Noruega entre 1990 e 2018.....	13
Figura 4 - Oferta: Entrevistas individuais aprofundadas realizadas com stakeholders.	18
Figura 5 - Oferta: Unidades privadas de saúde questionadas.	19
Figura 6 - Localização geográfica das unidades privadas de saúde em Maputo (vermelho) e Matola (azul).....	21
Figura 7 - Distritos urbanos de Maputo.	21
Figura 8 - Densidade populacional na cidade da Matola em 2015, por bairro - habitantes por Km2.....	22
Figura 9 - Localização geográfica das unidades privadas de saúde em Nampula.	22
Figura 10 - Divisão administrativa da cidade de Nampula.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procura: Focus groups e entrevistas individuais aprofundadas realizadas. 20

GLOSSÁRIO DE TERMOS E ABREVIATURAS

CPN – Cuidados Pré-Natais

DIU – Dispositivo Intrauterino

GPS – Global Positioning System

HCD – Human Centered Design

HDR – Human Development Report

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IRC – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas

MISAU – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONG – Organização Não Governamental

PF – Planeamento Familiar

PIB – Produto Interno Bruto

PNB – Produto Nacional Bruto

PSI – Population Services International

SI – Saúde Infantil

SIFPO – Support for International Family Planning Organizations

UNDP – United Nations Development Program

USAID - United States Agency for International Development (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, em português)

USD – United States Dollar

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AGRADECIMENTOS

Nesta secção agradeço àqueles que fizeram parte do meu percurso académico e que foram de extrema importância para a realização deste trabalho final de mestrado.

Em primeiro lugar, gostaria de deixar um sincero agradecimento ao Professor Doutor Pedro Verga Matos por todo o apoio e disponibilidade, sem os quais não teria sido possível terminar este trabalho. À PSI, por ter disponibilizado todo o material necessário para a elaboração deste estudo. E à minha família, que sempre me incentivou à conclusão deste ciclo e apoiou em todos os momentos.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

1. Introdução

Nos últimos anos o mundo de forma global tem estado mais preocupado com os temas da sustentabilidade e do desenvolvimento sustentável. Vários ramos da ciência documentaram grandes e preocupantes mudanças nos sistemas do planeta, desde as alterações climáticas e perda de biodiversidade até mudanças nos ciclos hidrológicos e esgotamento dos recursos naturais. Todas estas mudanças globais afetam negativamente o planeta e têm consequências graves para o futuro bem estar dos seres humanos ao mesmo tempo que levantam questões sobre o consumo dos recursos que fazemos enquanto população: estão os seres humanos num caminho sustentável ou a consumir demasiado e a esgotar o capital natural essencial (Polasky *et al.*, 2019). Assim, em 2015, as Nações Unidas apresentaram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), descritos como “um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade” (<https://sustainabledevelopment.un.org>, 2015). No total existem 17 ODS que demonstram uma visão do futuro ambiciosa, sendo que estes objetivos abrangem uma ampla variedade de temas (ambientais, sociais e económicos), incluindo as alterações climáticas, energia, abastecimento de água, conservação marinha, biodiversidade, pobreza, distribuição de comida, produção e consumo sustentáveis, cuidados de saúde, educação, questões de género, igualdade, paz e crescimento económico. As Nações Unidas apelaram a todos os Governos para desenvolverem estratégias nacionais para cumprirem com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ao mesmo tempo que enfatizaram a importância do papel do tecido empresarial para se conseguir atingir estes objetivos (Jones *et al.*, 2017).

As Organizações Não Governamentais (ONG) estão cada vez mais cientes dos ODS e começaram a tomar medidas específicas que contribuem para que se atinjam os mesmos. Por outro lado, as ONGs desempenham um papel crucial na relação com os Governos, encorajando a criação de novas políticas em defesa dos direitos humanos, ao mesmo tempo que legitimam denúncias e pedidos de responsabilização (Hege & Demailly, 2017). A *Population Services International* (PSI) é uma ONG americana que trabalha em diversos países sobretudo com temas ligados à saúde e comunicação da saúde.

O presente trabalho pretende documentar um projeto, realizado por um conjunto de intervenientes dos quais a autora fez parte, para a PSI Moçambique (*SIFPO2*), que tinha como objetivo obter um melhor entendimento sobre o setor privado da saúde em Moçambique e ao mesmo tempo perceber de que formas setores públicos e privados poderiam trabalhar em conjunto de forma a prestar melhores serviços à população moçambicana.

2. Revisão de literatura

2.1. *Desenvolvimento Sustentável*

Michael Redclift (1987) explora os conceitos de desenvolvimento e desenvolvimento sustentável. Começa por explicar que o termo desenvolvimento é normalmente definido num âmbito de crescimento económico: à medida que os países vão crescendo a sua capacidade produtiva cresce também, e os países “desenvolvem-se”. Uma vez que a maioria dos países tem experienciado um aumento da população, torna-se difícil conceber um desenvolvimento que não obrigue a um crescimento económico que possa acompanhar as necessidades de uma maior população. Mas ao explorar o conceito de desenvolvimento sustentável é preciso considerar três pilares fundamentais: capital, trabalho e recursos naturais. O desenvolvimento sustentável, se for visto como uma alternativa a um desenvolvimento insustentável, deve implicar uma rutura com o modelo linear de crescimento, que é um modelo que enfraquece os sistemas de vida no planeta Terra (Redclift, 1987).

Mensah (2019), explica a necessidade de se concretizar o conceito de desenvolvimento sustentável, correndo-se o risco de, não o fazendo, acabarmos por esvaziar o conceito e continuar a ser sempre algo com pouca definição (Mensah, 2019). É assim imprescindível que se esclareçam algumas das questões menos óbvias sobre desenvolvimento sustentável, até para que decisores e outros agentes possam ter mais e melhor informação sobre as ligações entre os pilares e princípios do desenvolvimento sustentável e as implicações destas nas ações que se podem tomar em prol do desenvolvimento humano (Hylton, 2005; Abubakar, 2017). Os autores apresentam diferentes visões do que significa “desenvolvimento”. Foi definido como um processo evolucionário no qual a capacidade humana aumenta na medida em que consegue iniciar novas estruturas, lidar com problemas, adaptar-se a mudanças contínuas e fazer um esforço propositado e criativo para atingir novos objetivos (Peet & Hartwick, 1999). De acordo com (Reyes, 2001) “desenvolvimento” é entendido como uma condição social dentro duma nação, na qual as necessidades da sua população são satisfeitas através da utilização racional e sustentável dos recursos naturais e sistemas. Todaro e Smith também definem “desenvolvimento” como um processo multidimensional que envolve grandes mudanças nas estruturas sociais, atitudes e instituições, assim como crescimento económico, redução das desigualdades e erradicação da pobreza extrema (Todaro & Smith, 2006).

Já relativamente ao termo “sustentabilidade” alguns autores avançam que o seu significado literal é a capacidade de manter uma entidade, resultado ou processo ao longo do

tempo (Basiago, 1998). No entanto, a literatura, vários académicos, investigadores e profissionais (Milne & Gray, 2013; Thomas, 2015; Tjarve & Zemite, 2016; Mensah & Enukwesi, 2019) têm aplicado o conceito com a conotação de desenvolver e sustentar um sistema económico, ecológico e social saudável para o desenvolvimento humano. Stoddart (2011) define “sustentabilidade” como a distribuição eficiente e equitativa dos recursos, de forma intra e inter-geracional com as operações das atividades económicas e sociais dentro dos limites dum ecossistema finito (Stoddart, 2011). Ben-Eli (2015) vê a sustentabilidade como um equilíbrio dinâmico no processo de interação entre a população e a capacidade do respetivo ambiente, de tal forma que a população se desenvolva de forma a atingir o seu máximo potencial sem produzir efeitos adversos irreversíveis no ambiente do qual depende (Ben-Eli, 2015). Thomas (2015) parte deste ponto e avança que a sustentabilidade põe o foco nas atividades humanas e na sua capacidade de satisfazer as suas necessidades e vontades sem esgotar ou levar à exaustão os recursos produtivos à sua disposição (Thomas, 2015). O Departamento das Nações Unidas responsável pelos assuntos económicos e sociais (*Department of Economic and Social Affairs – United Nations*) (2018) postula que o objetivo último do conceito de sustentabilidade é assegurar um alinhamento e equilíbrio apropriados entre sociedade, economia e ambiente, em termos da capacidade regenerativa dos ecossistemas do planeta (*The Sustainable Development Goals Report*, 2017). Na visão de Gosling-Goldsmith (2018) é este alinhamento dinâmico e equilíbrio que devem ser o foco de uma definição significativa de sustentabilidade (Gosling-Goldsmith, 2018).

Depois de analisados os diferentes significados e visões associadas aos termos “desenvolvimento” e “sustentabilidade” podemos partir para as aceções em que o conceito “desenvolvimento sustentável” surge. Se analisado de forma literal seria o desenvolvimento que pode ser continuado indefinidamente ou por um determinado período de tempo (Lélé, 1991; Dernbach, 1998, 2003; Bottero *et al.*, 2011). No entanto este conceito tem sido analisado por diferentes perspetivas, derivando num vasto leque de possíveis definições. Ainda assim, aquela que é mais vezes citada é a definição proposta pelo Relatório Brundtland. Este relatório, elaborado pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, também conhecido como o documento O Nosso Futuro Comum, publicado em 1987, define “desenvolvimento sustentável” como “o desenvolvimento que satisfaz as necessidades presentes, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades” (*Our Common Future*, 1987). Este relatório apontava para a incompatibilidade entre este conceito de desenvolvimento sustentável e os padrões de produção e consumo

geralmente adotados pelos países industrializados e muitas vezes reproduzidos pelos países em desenvolvimento.

Se olharmos para o “desenvolvimento sustentável” como uma abordagem podemos descrevê-lo como sendo uma abordagem ao desenvolvimento que utiliza recursos de maneira a que estes possam continuar a existir para outras pessoas (Mohieldin, 2017). Evers (2018) relaciona este conceito com o princípio organizacional necessário para que se atinjam os objetivos de desenvolvimento humano enquanto ao mesmo tempo se sustenta a capacidade natural dos sistemas de fornecer os recursos naturais e dos ecossistemas dos quais dependem a economia e a sociedade (Evers, 2018). Visto sob este ângulo, o desenvolvimento sustentável visa alcançar o progresso social, equilíbrio ambiental e crescimento económico (Gosling-Goldsmith, 2018; Zhai & Chang, 2018). Poderá assim argumentar-se que a urgência dum desenvolvimento sustentável é cada vez maior, uma vez que a população mundial continua a aumentar, ao contrário dos recursos naturais disponíveis para a satisfação das necessidades humanas.

No seguimento da importância de garantir um desenvolvimento sustentável surgem os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável. Os ODS, também conhecidos como Objetivos Globais (Global Goals), nasceram na Conferência para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas no Rio de Janeiro em 2012, tendo sido apresentados com as suas metas e objetivos e adotados por todos os Estados-membro das Nações Unidas em Setembro de 2015. De acordo com a página oficial do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/background/>, 2020), o objetivo desta conferência era produzir um conjunto de objetivos globais que abordassem os desafios ambientais, políticos e económicos que o mundo enfrenta de forma urgente, tentando construir ações para erradicar a pobreza, proteger o planeta e assegurar que todas as pessoas podem desfrutar de paz e prosperidade até ao ano 2030 .



Figura 1 - Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável.

Fonte: UNDP – Sustainable Development Goals

Os 17 objetivos estão interconectados, o que significa que é reconhecido que as ações levadas a cabo numa determinada área irão impactar os resultados de outras. Os ODS estão também assentes nos três pilares do Desenvolvimento Sustentável: progresso social, crescimento económico e proteção ambiental (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>, 2020).

Nilsson, Griggs e Visbeck (2016) escrevem sobre a interconectividade dos ODS, explicando que na lógica segundo a qual os mesmos foram construídos e apresentados está implícito que cada objetivo se liga e é dependente dos outros, apesar de não ter sido especificado exatamente de que forma isso se poderá concretizar (Nilsson, Griggs & Visbeck, 2016). Os autores referem ainda que se os países ignorarem as sobreposições que existem entre os diferentes ODS e se focarem apenas na concretização de um a um individualmente, como independentes uns dos outros, estão a arriscar resultados pervertidos, que não correspondem ao desejado e esperado. Por exemplo, se se utilizar certas fontes energéticas, como o carvão, de modo a melhorar o acesso à energia (objetivo 7) em países asiáticos, isto poderá acelerar as alterações climáticas e ter um impacto negativo nos oceanos (o que irá por em causa os objetivos 13 e 14), assim como exacerbar outros problemas, tais como problemas de saúde causados pela poluição do ar (comprometendo o objetivo 3). Se, por outro lado, forem adotadas ações de reforço mútuo que minimizem os compromissos e cedências poder-se-á atingir o propósito dos ODS. Por exemplo, direcionar esforços para a educação de raparigas jovens (objetivo 4) nos países do sul de África poderá por sua vez melhorar a saúde materna (parte do objetivo 3), contribuir para a erradicação da pobreza (objetivo 1), para a igualdade de género (objetivo 5) e para o crescimento económico (objetivo 8) local.

Asma et al. (2020) referem que dos 17 ODS, 12 foram identificados como ODS relacionados com a área da saúde, ou seja, dizem respeito a resultados na área da saúde, serviços de saúde e riscos ambientais, ocupacionais, comportamentais e metabólicos devidamente estabelecidos (Asma *et al.*, 2020). A área da saúde ocupa um espaço muito maior nos ODS do que ocupava nos Objetivos do Milénio (ODM), mostrando assim a importância deste setor na prossecução dum desenvolvimento sustentável.

Os ODS são únicos na medida em que abrangem problemas e desafios que afetam toda a população. Reafirmam o compromisso internacional para erradicar a pobreza, nas suas diversas vertentes, de forma permanente em todo o mundo. São ambiciosos por quererem garantir que ninguém é deixado para trás e, mais importante, envolvem e convidam todos a fazer parte da construção de um mundo mais sustentável, seguro e próspero para toda a humanidade.

2.2. *Design Thinking*

O design de produtos e serviços é hoje uma parte crítica dum negócio competitivo (Dunne, Martin & Rotman, 2006). Mas para além do design de produtos e serviços, o *design thinking* pode ter importantes implicações na gestão, uma perspetiva que tem vindo a ganhar reconhecimento tanto na literatura académica como na imprensa específica de gestão. Herbert Simon (1996) defende o estabelecimento dum corpo rigoroso de conhecimento sobre o processo de design como meio de abordar os problemas de gestão (Simon, 1996). Boland & Collopy (2004) recolhem opiniões de diversos especialistas nas áreas do design e da gestão que comentam os paralelismos entre estes dois domínios e exploram os fundamentos intelectuais que permitem abordar gestão como design (Boland & Collopy, 2004). Para Roger Martin (2006) *design thinking* é a forma como um designer pensa, o processo mental que usa para desenhar objetos, serviços ou sistemas, diferentes dos produtos úteis que acabam por ser o resultado final (Dunne, Martin & Rotman, 2006). Ao contrário dos gestores, cujo trabalho se foca em torno de tarefas prolongadas no tempo e de carácter contínuo, os designers trabalham tendo por base projetos, que têm um prazo específico, e uma vez concluído o projeto este é posto de parte (Martin, 2005). Para Tim Brown, o Executive Chair da IDEO, o *design thinking* é uma abordagem centrada no ser humano (*Human-Centered*) para a inovação que se baseia no conjunto de ferramentas do designer para integrar as necessidades das pessoas, as possibilidades da tecnologia e os requisitos para o sucesso do negócio (<https://designthinking.ideo.com/>, 2020).

Esta definição leva-nos ao conceito de *Human Centered Design*, no âmbito do *design thinking*. A promessa trazida pelo *Human Centered Design* (HCD) é a da criação de produtos/serviços que estão perfeitamente alinhados com as necessidades e desejos do consumidor, uma vez que tiveram o utilizador no centro do seu processo de construção. É um caminho totalmente conduzido pela tentativa de compreensão do utilizador (Koponen, 2017). Por outro lado, o HCD implica um ponto de vista sociotécnico (Emery & Trist, 1960) que deve equilibrar os requisitos de dois sistemas competidores (Hedberg & Mumford, 1975; Heller, 1989): o sistema social de interação de atividades humanas, objetivos múltiplos e implícitos (e que por vezes entram em conflito entre si), compreensão humana, contexto do negócio e culturas e práticas específicas; e o sistema técnico de procedimentos e tecnologias formais e reguladas, gerido por indicadores de performance, que fornece uma solução técnica para os problemas do utilizador.

O HCD implica, na sua aplicação, alguns pressupostos: incluir os utilizadores no processo de criação, para que as equipas responsáveis pelo desenvolvimento do produto/serviço possam ouvir os comentários, necessidades e desejos dos utilizadores e incorporar os mesmos nesse desenvolvimento; fazer processos iterativos de teste do produto/serviço junto dos utilizadores e incorporação do feedback dado por estes nas próximas fases; uma equipa de desenvolvimento do produto/serviço multidisciplinar, que consiga apresentar e trazer para a discussão diferentes perspetivas e opiniões, evitando o risco de, tendo uma equipa muito homogénea, não ser possível apresentar soluções novas, ficando o grupo preso a uma mesma visão e, conseqüentemente, a um mesmo produto/serviço que não se desenvolve (Koponen, 2017).

Em seguida apresentamos um conjunto de ferramentas de *Human-Centered Design* utilizadas no projeto sobre o qual incide este estudo de caso, nomeadamente *personas*, mapas de empatia e *customer journeys*.

2.2.1. *Personas*

Uma *persona* é um arquétipo hipotético dum utilizador real que descreve os objetivos, interesses e capacidades desse mesmo utilizador. Para descrever uma *persona* é útil que algumas das suas características sejam identificadas, tais como nome, imagem, ocupação, família, amigos, idade, sexo, etnia, educação, nível socioeconómico, história de vida, objetivos e rotinas diárias. Há várias formas de apresentar uma *persona*, a mais comum costuma ser através dum texto descritivo que utiliza uma imagem de apoio (Ferreira, Barbosa & Conte,

2016). Li et al. (2016) definem *persona* como uma personagem que um agente representa durante certas interações (Li et al., 2016). Uma *persona* pode ser vista como um conjunto de elementos de identidade (factos passados ou perfil enquanto consumidor), tipo de linguagem utilizada e estilo de interação. Uma *persona* é também adaptável, no sentido em que o agente que apresenta a *persona* pode precisar de apresentar diferentes facetas desta *persona* a diferentes interlocutores, dependendo da interação pretendida. As *personas* são criadas de forma a se construir uma narrativa que pode ser sobre um produto, serviço, marca. O conceito aparece pelas primeiras vezes associado à indústria de softwares, pelo autor Alan Cooper (1999) no seu livro The Inmates Are Running the Asylum (Cooper, 1999). Neste caso, apesar do produto apresentado ser de qualidade (software), a sua construção não teve em consideração o manuseamento por parte dos utilizadores, não utilizando este conceito de *persona*. Percebeu-se depois que este conceito poderia também ser aplicado a outras áreas como marketing e vendas. Desta forma, profissionais destas áreas começaram a trabalhar na construção de *personas* tendo por base o modelo desenvolvido por Cooper. No entanto, este modelo tinha sido pensado para o desenvolvimento de softwares e assim sendo a utilidade da *persona* seria narrar a vida do utilizador comum e como o produto poderia ser utilizado por este. Esta *persona* não considera o porquê do utilizador precisar deste produto nem a razão pela qual o compra. Também não tem em conta quais são os *triggers* que impactam o utilizador entre o momento em que sente a necessidade de adquirir um produto/serviço e o momento da compra do mesmo, assim como os fatores que tornaram final a decisão da compra. Ainda assim, estas *personas* têm alguns componentes básicos que podem e devem ser aplicados a todas as outras áreas: tentam ser familiares, facilmente reconhecíveis e criar um laço emocional que articule as características e personalidade dos utilizadores que a *persona* representa. No fundo o pretendido é compreender de uma forma mais holística e empática o mercado *target* a que se pretende fazer chegar um determinado produto/serviço. Esta metodologia é particularmente útil e importante no momento de envolvimento da equipa de design no processo, sobretudo se pensarmos numa perspetiva de “*human-centered design*” (Koponen, 2017). As *personas* criadas e apresentadas num processo de HCD e marketing não são exatamente iguais. As primeiras tentam explicar de que forma o utilizador se comporta aquando da utilização do produto/serviço. No campo do marketing é importante que estas *personas* representem o potencial consumidor, sendo necessário não apenas perceber a relação de utilização que este vai desenvolver com o produto/serviço, mas também as suas necessidades e os fatores que o vão influenciar no momento de decisão de compra.

2.2.2. Mapas de Empatia

De acordo com Gray (2010), Scott Matthews, enquanto gestor de equipas de design na consultora de inovação XPLANE, foi o criador do jogo do mapa de empatia (Gray, Brown & Macanufo, 2010). O principal objetivo dos mapas de empatia é criar uma forma de entender melhor o ambiente em que determinado consumidor ou conjunto de consumidores está inserido. Esta técnica permite explorar o pensamento, aspirações, preocupações e outros fatores que, de forma muitas vezes inconsciente, podem impactar as ações, escolhas e decisões do consumidor (Ferreira *et al.*, 2015). É uma abordagem centrada no utilizador, uma vez que o foco está em compreender melhor o indivíduo tentando ver o mundo através das suas lentes (Bratsberg, 2012).

Um mapa de empatia é uma ferramenta bastante utilizada pelo *design thinking*, uma vez que permite obter *insights* sobre o mercado *target* dum determinado produto/serviço. Uma vez que nos apresenta a visão e as motivações dum determinado consumidor-tipo pode também revelar que oportunidades existem para uma certa marca ou produto se relacionar com esse mesmo consumidor. Gray (2010) destaca alguns pontos importantes a observar no consumidor quando se pretende fazer um mapa de empatia do mesmo, nomeadamente: o que a pessoa quer, quais as forças que a motivam, o que podemos fazer por esta pessoa e o que é desejável que esta pessoa pense (Gray, Brown & Macanufo, 2010). Scott Matthews propôs seis áreas a abordar num mapa de empatia; mais tarde Bland (2016) acrescentou também a importância das áreas “dores” e “ganhos” (<https://www.solutionsiq.com/resource/blog-post/what-is-an-empathy-map/>, 2020). Assim sendo, um mapa de empatia, por norma, tende a explorar os 8 ou os primeiros 6 tópicos abaixo:

- Ver – O que é que a pessoa vê? Das várias coisas que a rodeiam quais são aquelas em que repara e descreve?
- Ouvir – O que está a pessoa a ouvir? Quais os sons ou palavras que mais se destacaram na experiência desta pessoa?
- Falar – O que é que esta pessoa diz durante as interações que tem? Quais as expressões ou palavras específicas que esta pessoa usa de forma repetida?
- Fazer – O que é que esta pessoa faz? Quais as atividades de que gosta? Quais aquelas que fazem parte duma rotina diária?

- Pensar – O que é que esta pessoa pensa? Os seus pensamentos são coincidentes com as suas ações?
- Sentir – O que é que esta pessoa sente? De que forma é que os seus sentimentos são impactados pelo ambiente que a rodeia? Como é que a pessoa lida com aquilo que está a sentir?
- Dores/Desafios – Quais são as adversidades que esta pessoa enfrenta? Há alguma etapa que seja desafiante?
- Ganhos – O que é que a pessoa pretende alcançar? O que é para ela sucesso?

2.2.3. *Customer Journey*

A *customer journey* refere-se aos vários pontos de contacto que existem entre uma marca/produto/serviço e o seu consumidor em toda a atividade que se desenrola no âmbito da compra (Zomerdijk & Voss, 2010). Eades et al. (2014) afirmam que 50% da decisão do consumidor de adquirir determinado produto/serviço se passa antes de contactar com as vendas desse mesmo produto/serviço (Eades & Sullivan, 2014) e Revella indica que esta percentagem é ainda maior, 60% a 85% (Revella, 2015). Isto significa que grande parte do processo que leva o consumidor a realmente adquirir algo se passa antes de haver um contacto direto (vendas) entre este e a marca/produto/serviço (Koponen, 2017), tendo o foco dos esforços vindo a mudar da área das vendas para a do marketing. Com a identificação das *personas* e mapas de empatia torna-se mais fácil perceber qual o comportamento do mercado alvo, o que o influencia e impacta e perceber em que momentos é mais crucial criar um ponto de contacto entre este e a marca/produto/serviço.

Existem algumas formas de organizar as diferentes fases numa *customer journey*, como dividir esta em pré-compra, compra e pós-compra (Lemon & Verhoef, 2016). Santana et al. (2020) dividem a *customer journey* em quatro momentos: reconhecimento da necessidade, procura de informação e avaliação da mesma, compra e pós-compra (Santana, Thomas & Morwitz, 2020). A forma de dividir ou segmentar uma *customer journey* não tem de ser exatamente a mesma para todas as áreas, mas deve antes refletir da forma mais útil para a equipa que a desenvolve as diferentes etapas pelas quais o consumidor passa num processo de compra, que fatores ou variáveis o influenciam em cada uma dessas etapas e quais os pontos de contacto já existentes em cada uma delas, assim como possíveis pontos de contacto futuros.

2.3. Moçambique

A República de Moçambique é um país africano situado na costa Sudeste, que faz fronteira com a Tanzânia a Norte, Malawi e Zâmbia a Noroeste, Zimbabwe a Oeste, Suazilândia e África e do Sul a Sudoeste e a Este é banhado pelo Oceano Índico. A cidade capital é Maputo, situada na zona sul do país. O sistema político vigente é a Democracia Multipartidária, sendo o atual Presidente Filipe Jacinto Nyusi (eleito em 2014 e reeleito em 2019) e o Primeiro-Ministro Carlos Agostinho do Rosário.



Figura 2 - Localização geográfica de Moçambique no Continente Africano.

Fonte: Pinterest

De acordo com dados do World Bank, Moçambique tinha, em 2019, 30.366.036 habitantes (<https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=MZ>, 2020), sendo o 14º país mais populoso em África. De acordo com o último censo do país (2017), 52% da população eram mulheres e 48% homens. De acordo com os mesmos dados foi apurado que por cada mil habitantes nascem cerca de 38 crianças, cada mulher tem em média 5,2 filhos e por cada mil habitantes morrem cerca de 12 pessoas. A taxa de mortalidade infantil apurada em 2017 foi de 67,3 (número de óbitos de menores de um ano por cada 1.000 nados vivos) e a esperança média de vida é de 53,7 anos. 46,7% da população tem idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, 38,5% entre os 15 e 40 anos e apenas 4,7% da população tem 60 anos ou mais. A maior parte da população vive em zonas rurais (66,6%) e menos de metade em zonas urbanas (33,4%). Moçambique conta com 11 províncias, sendo as mais populosas Nampula e Zambézia que, combinadas, alojam 39% da população total. A taxa de analfabetismo apurada

é de 39% (percentagem de pessoas com 15 anos ou mais que não sabe ler nem escrever), tendo as mulheres um peso relativo maior do que os homens (49,4% vs. 27,2%); 38,6% das crianças entre os 6 e os 17 anos estão fora da escola e 57,6% da população é economicamente ativa. 32,2% dos agregados familiares ainda têm como principal fonte de água para beber água de poço não protegido sendo a percentagem de agregados familiares com água canalizada dentro de casa apenas de 4,7%. Somente 26,4% da população possui um telemóvel, sendo maior a percentagem de homens do que mulheres; o mesmo se verifica no acesso à internet, à qual 6,6% da população tem acesso. Apenas 9,3% da população tem conta bancária sendo que a percentagem de homens é quase o dobro da de mulheres (12,2% vs. 6,6%). O PIB per capita registado foi de 453 USD.

É ainda relevante referir o valor do Índice de Desenvolvimento Humano em Moçambique. Em 1990 o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP – United Nations Development Program) publicou o seu primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano (HDR – Human Development Report) que introduziu o conceito de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). De acordo com Adrogué e Crespo (2010) o IDH adotou alguns indicadores para medir três áreas específicas: saúde, educação e nível de vida (Adrogué & Crespo, 2010). Desta maneira, o IDH permite avaliar o grau de desenvolvimento humano de cada país (de acordo com esta metodologia) ou monitorizar o mesmo durante determinados períodos de tempo. Mahbub ul Haq foi o economista paquistanês responsável pelo projeto do IDH, e acreditava ser necessário uma nova medida de bem estar, que fosse similar ao PNB na medida em que deveria ser apenas um número, mas uma medida que refletisse melhor os aspetos sociais das vidas humanas do que o PNB (United Nations Development Programme, 1999). Moçambique encontra-se na posição 180 entre os 189 países que constam no ranking do IDH (<http://hdr.undp.org/en/content/2019-human-development-index-ranking>, 2020), com um valor de 0,446 (Portugal encontra-se na quadragésima posição com um valor de 0,850 e a Noruega na primeira posição com um valor de 0,954). De acordo com este valor Moçambique entra na categoria de países com IDH baixo. Dos 53 países listados no continente Africano para o IDH, Moçambique encontra-se na quadragésima quarta posição.

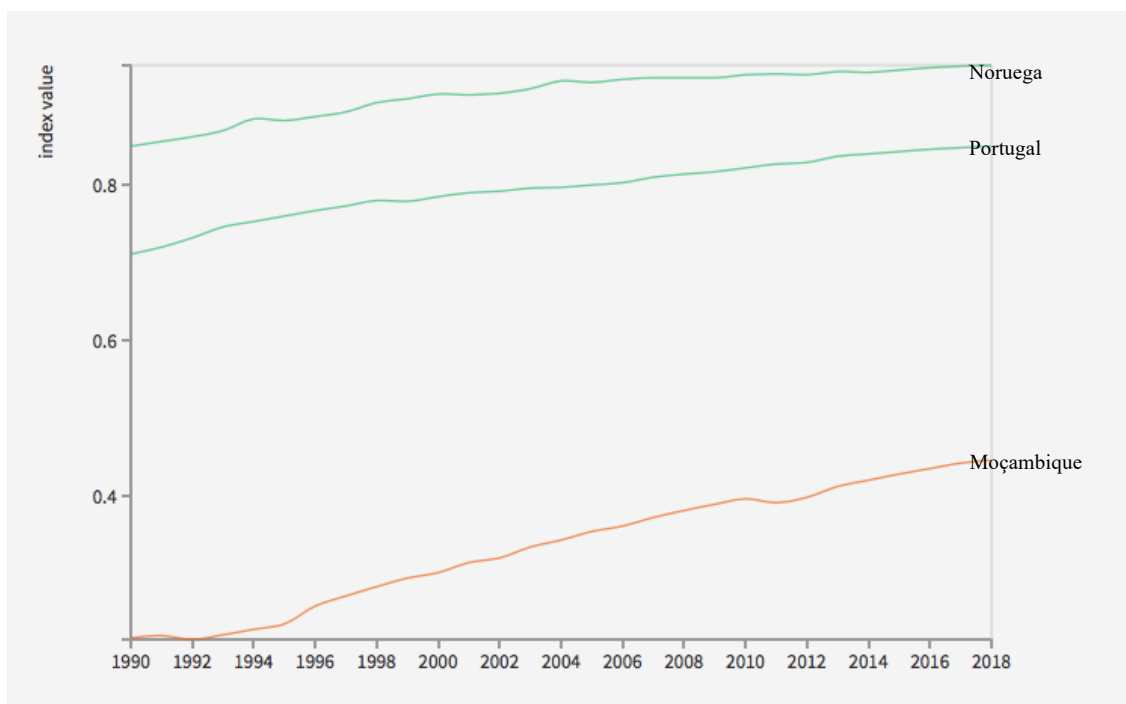


Figura 3 - Comparação do valor de IDH entre Moçambique, Portugal e Noruega entre 1990 e 2018.

Fonte: UNDP – Human Development Reports

3. Metodologia

A metodologia é uma abordagem geral ao estudo de um fenómeno (Saldanha & O'Brien, 2014). Enquanto os métodos se referem a ferramentas práticas que tentam dar sentido à realidade empírica, a metodologia refere-se a um conjunto mais amplo de ferramentas mas também a um compromisso filosófico e político, com uma abordagem específica de pesquisa (Saukko, 2003).

Neste trabalho foi utilizada a metodologia qualitativa. As metodologias qualitativas enfatizam a compreensão interpretativa da ação social a partir do relato da vida quotidiana (Coulon, 1995), a valorização da componente subjetiva do comportamento social (Bogdan & Biklen, 1994) e a explicação da interação social e dos factos sociais tendo em consideração os contextos culturais da sua produção (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990). Onwuegbuzie e Mallette (2011) afirmam ainda que a metodologia qualitativa permite entender a unidade no sistema a que pertence, perceber a perspetiva do sujeito interno; captar a experiência vivida de um ou mais indivíduos e identificar a estrutura dessa mesma experiência; compreender o significado de fenómenos psicológicos e diferentes relações entre variáveis que ocorrem naturalmente, assim como o papel que a cultura (etnicidade, género, idade) tem no âmbito do fenómeno; perceber processos psicológicos que se refletem na linguagem, pensamentos e

comportamentos da perspetiva dos próprios participantes (Onwuegbuzie & Mallette, 2011). No entanto, é também de referir que as metodologias qualitativas baseiam-se tipicamente em amostras pequenas e não aleatórias, o que significa que os resultados produzidos por estas são muitas vezes não generalizáveis para além dos participantes envolvidos na pesquisa (Johnson & Christensen, 2008).

Uma das formas das metodologias qualitativas é o estudo de caso. Yin (2014) define estudo de caso como uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo (o caso) em profundidade e no seu contexto no mundo real (Yin, 2014). Já Robert Stake (1995) definiu estudo de caso como o estudo da particularidade e singularidade dum único caso, com o intuito de entender a sua atividade no âmbito de determinadas circunstâncias (Stake, 1995). Na perspetiva de Merriam (1988) estudo de caso é um desenho de pesquisa descritivo e não experimental. É uma descrição e análise holística e intensiva de uma única entidade, fenómeno ou unidade social (Merriam, 1988). Uma pesquisa através dum estudo de caso deve ser utilizada quando se pretende compreender um caso do mundo real e se tem a noção de que esse entendimento envolve as condições contextuais do próprio caso. Este processo é linear mas iterativo e considera que a pesquisa através do estudo de caso tem por base seis elementos: plano, design, preparação, recolha de dados, análise e relatório (Yin, 2014).

A recolha de dados foi feita através de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. A primeira foi utilizada na revisão de literatura, através da leitura e análise de artigos científicos, livros e relatórios; o estudo de caso escolhido foi o projeto *SIFPO2 (Support for International Family Planning Organizations 2 (SIFPO2): Sustainable Networks Project)*, em Moçambique. Com este estudo de caso pretendeu-se analisar o setor privado da saúde em Moçambique, em 3 áreas específicas, e apresentar as sinergias possíveis e desejáveis entre setor privado, público e ONGs, na área da saúde, para uma melhoria dos serviços prestados à população moçambicana.

4. Caso – O projeto SIFPO2 em Moçambique

4.1. PSI – Population Services International

A *Population Services International (PSI)* é uma Organização Não Governamental fundada em 1970. Trabalha na área da saúde e tem como objetivo melhorar a saúde das pessoas que vivem em países em desenvolvimento. Alguns dos seus principais objetivos são o combate à falta de planeamento familiar, ao VIH/SIDA, às barreiras à saúde materna e aos principais desafios relativamente à saúde infantil, nomeadamente malária, diarreia, pneumonia e

malnutrição. Uma das grandes marcas da PSI é o seu compromisso com a crença de que os serviços e produtos relacionados com a saúde têm maior eficácia quando acompanhados de medidas de comunicação e distribuição que ajudem a promover uma maior aceitação e uso correto dos mesmos. A PSI trabalha em parceria com governos, ministérios da saúde e outras organizações locais construindo soluções duradouras na área da saúde (<https://www.devex.com/organizations/population-services-international-psi-21256>, 2020).

A sua sede localiza-se em Washington D.C. e a ONG está presente em mais de 60 países. A sua missão é tornar mais fácil para todas as pessoas viverem vidas saudáveis e planearem as famílias que desejam. A sua abordagem assenta em quatro pilares fundamentais: 1) transferir mais cuidados e controlo para as mãos dos consumidores, 2) revolucionar a forma como jovens e adolescentes têm acesso a métodos contraceptivos, 3) melhorar o acesso a redes de cuidados primários públicas e privadas e 4) desbloquear formas de financiamento nos países em desenvolvimento. A PSI atua tendo por base os seus valores de pragmatismo, honestidade, colaboração e confiança, e ainda considerando os seus diversos compromissos: igualdade de género; diversidade e inclusão; tolerância zero para discriminação e assédio; ação afirmativa e oportunidades iguais de emprego; alinhamento com o pacto global das Nações Unidas; tolerância zero para a escravatura dos dias modernos e tráfico humano; intervenção e envolvimento significativos da população jovem (<https://www.psi.org/about/>, 2020).

A PSI estabeleceu-se em Moçambique em 1995. Em parceria com o Governo de Moçambique e parceiros internacionais como a Embaixada dos Países Baixos, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, a Fundação do Fundo de Investimento para Crianças e outras fundações privadas a PSI Moçambique implementou campanhas de comunicação de *social marketing* e mudança comportamental de forma a entregar produtos e serviços de tratamento e prevenção de diversas áreas, incluindo saúde sexual e reprodutiva, VIH/SIDA, malária e cancro do colo do útero, entre outros (<https://www.psi.org/country/mozambique/>, 2020).

4.2. Descrição do Projeto SIFPO2

Os parágrafos abaixo sobre o Projeto SIFPO2 têm como fonte a proposta elaborada pela IPSOS Moçambique e consultores externos, que foi vencedora do concurso lançado pela PSI. Os seguintes subcapítulos (metodologia e resultados) têm como fonte o relatório final elaborado pela IPSOS Moçambique e consultores externos e entregue à PSI como resultado final do

projeto. O envolvimento da aluna no projeto prende-se com a sua participação na equipa de consultores externos.

A PSI implementou uma iniciativa a 5 anos chamada *Support for International Family Planning Organizations 2 (SIFPO2): Sustainable Networks Project*, financiada pela USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Intrenacional). A iniciativa *SIFPO2* pretende reforçar programas de planeamento familiar voluntário e outros serviços de saúde, com um foco no fortalecimento dos canais do setor privado. A PSI Moçambique pretendia documentar e desenvolver uma imagem mais abrangente das atividades do setor privado dentro do sistema de saúde de Moçambique. Tal objetivo envolvia explorar e analisar os lados da oferta e da procura, de modo a que se conseguisse criar um maior envolvimento com os serviços e produtos do setor privado de forma a melhorar os resultados atingidos na área da saúde em Moçambique. Era ainda esperado que este trabalho de investigação e análise potenciase áreas de colaboração e sinergias entre o setor privado e o MISAU (Ministério da Saúde) e USAID de forma a que fosse possível traçar objetivos estratégicos.

Os objetivos específicos deste projeto eram:

- Mapear os atores locais do setor privado, percebendo de que forma eles providenciam serviços de Planeamento Familiar;
- Identificar oportunidades e constrangimentos existentes tanto do lado da oferta como do lado da procura;
- Recomendar e priorizar potenciais sinergias ou complementaridades entre o setor privado e o sistema nacional de saúde, entregando um conjunto de recomendações à PSI sobre a forma de entidades como a USAID Moçambique, MISAU e outros *stakeholders* poderem fortalecer um futuro envolvimento nos cuidados de saúde primários e objetivos de planeamento familiar.

A IPSOS Moçambique, empresa de estudos de mercado, em conjunto com um grupo de consultores externos, apresentou a sua proposta para desenvolver o projeto acima mencionado, tendo a PSI Moçambique adjudicado o mesmo a esta equipa (IPSOS + Consultores externos). O projeto teria essencialmente duas vertentes, uma quantitativa e outra qualitativa, desenvolvendo-se em 3 regiões moçambicanas: Maputo, Matola e Nampula. A primeira vertente (quantitativa) foi utilizada para mapear as instituições privadas de saúde (perceber quantas unidades de saúde existiam em cada cidade e onde estavam localizadas) e perceber que serviços ofereciam, assim como para caracterizar a operação do universo das unidades privadas

de saúde. Este trabalho foi desenvolvido pela IPSOS Moçambique. Aos consultores externos caberia o desenvolvimento da vertente qualitativa. Era pretendido fazer entrevistas individuais aprofundadas e *focus groups* com mulheres que fossem utentes das unidades privadas de saúde (lado da procura) e entrevistas individuais aprofundadas com médicos, gestores de unidades de saúde, seguradoras, importadores/grossistas e distribuidores/transportadores (lado da oferta). Dentro do âmbito da saúde sexual e reprodutiva foram escolhidas três áreas de análise: planeamento familiar (PF), cuidados pré-natais e parto (CPN&Parto) e saúde infantil (SI). Devido à natureza das três áreas de estudo decidiu-se entrevistar apenas mulheres (do lado da procura), uma vez que são estas quem de mais perto lida com estes serviços, enquanto utentes. Foram entrevistadas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos, tendo também sido analisado um grupo de mulheres para cada área específica da saúde (PF, CPN&Parto e SI) com idades compreendidas entre os 36 e os 49 anos.

4.3. Metodologia utilizada

Neste projeto utilizou-se como metodologia a pesquisa exploratória, com recurso a inquéritos e entrevistas (dados quantitativos e qualitativos), uma vez que era escassa a informação disponível sobre a forma de atuação do setor privado da saúde em Moçambique. O objetivo não era testar hipóteses já elaboradas, mas antes recolher informação diretamente dos *players* envolvidos no setor privado da saúde (utentes, médicos, gestores das unidades de saúde, seguradoras, importadores/grossistas e distribuidores/transportadores).

Do lado da oferta (1) o principal objetivo era recolher informação sobre os serviços fornecidos pelos prestadores privados de cuidados de saúde e perceber quais os principais constrangimentos nesta oferta. Ao mesmo tempo era importante identificar quais as oportunidades de melhoria e crescimento. Para tal foi necessário conduzir várias entrevistas aos diversos *players* existentes ao longo da *supply chain*. Do lado da procura (2) a pesquisa estava focada em perceber o que levava as mulheres a procurarem cuidados de saúde em instituições privadas e quais as principais barreiras a este acesso.

A recolha de informação foi feita da seguinte forma:

- 1) Oferta
 - Mapear as unidades privadas de saúde (hospitais, clínicas com e sem farmácia, farmácias e outros estabelecimentos) através dum exercício de campo no qual equipas de duas pessoas percorreram todas as ruas da área estabelecida, listando as unidades de

saúde encontradas e categorizando as mesmas de acordo com o tipo de unidade e serviços prestados.

- Recolher informação diretamente dos *players* envolvidos na *supply chain* através de uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa):
 - Entrevistas individuais aprofundadas com *stakeholders* relevantes para ter um conhecimento mais aprofundado das variáveis que impactam os serviços de saúde no setor privado;

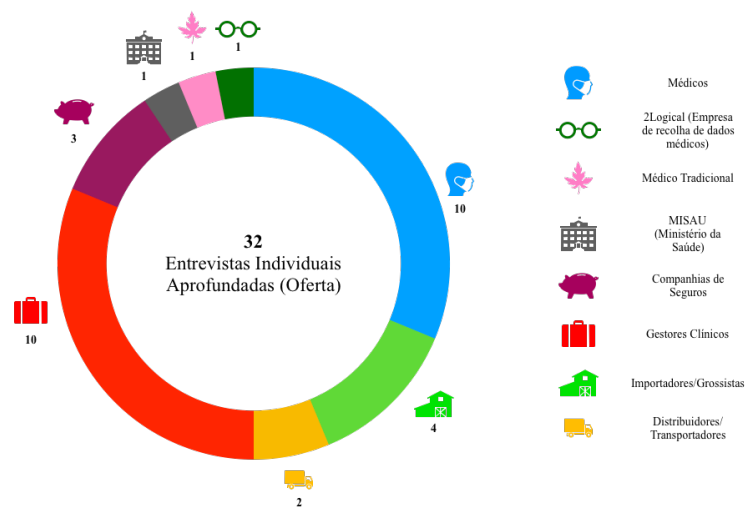


Figura 4 - Oferta: Entrevistas individuais aprofundadas realizadas com stakeholders.

Fonte: Elaboração própria

- Entrevistas presenciais que seguem um questionário estruturado aplicadas a uma amostra da oferta de forma a caracterizar a operação do universo das unidades privadas de saúde e explorar temas como a capacidade financeira, o contexto regulador e identificar oportunidades e constrangimentos ao desenvolvimento do setor.

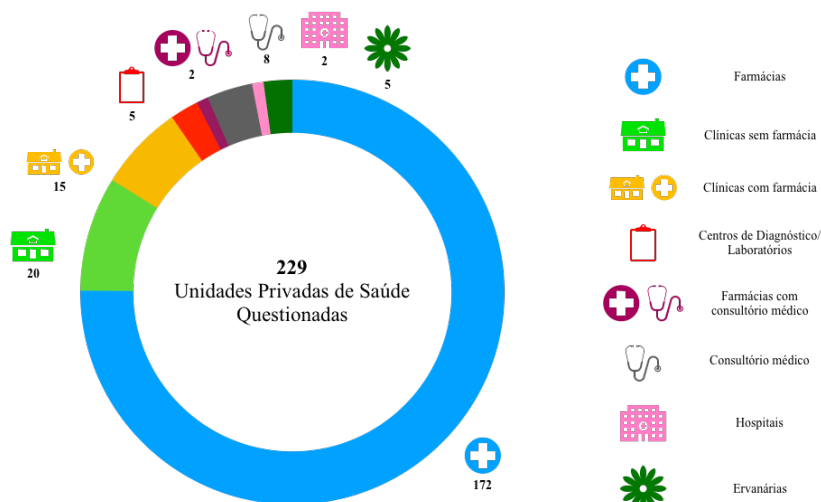


Figura 5 - Oferta: Unidades privadas de saúde questionadas.

Fonte: Elaboração própria

2) Procura

- Foram feitos 24 *focus groups*, oito dos quais sobre PF, oito sobre CPN&Parto e oito sobre SI, com mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos, residentes em Maputo, Matola e Nampula. Cada *focus group* contava com um conjunto entre 6 a 8 mulheres, tinha uma duração média de duas horas e meia, e todas as entrevistas foram gravadas depois de recolhido o devido consentimento por parte das participantes. Estes *focus groups* realizaram-se durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020.
- Realizaram-se ainda três *focus groups* adicionais em Maputo com mulheres com idades entre os 36 e os 49 anos, um para cada uma das áreas específicas analisadas (PF, CPN&Parto e SI).
- Foram feitas também 36 entrevistas individuais aprofundadas com mulheres com idades entre os 20 e os 35 anos, utentes recentes de unidades privadas de saúde – 12 sobre o tema de PF, 12 sobre CPN&Parto e 12 sobre SI) – em Maputo, Matola e Nampula. Estas entrevistas tinham duração média de uma hora, tendo também sido gravadas com o devido consentimento das participantes. Estas entrevistas realizaram-se durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020.

		Planeamento Familiar			Cuidados Pré-Natais & Parto			Saúde Infantil			Total
		Maputo/ Matola	Nampula	Total	Maputo/ Matola	Nampula	Total	Maputo/ Matola	Nampula	Total	
Focus Group	Idades 20-35	6	2	9	6	2	9	6	2	9	27
	Idades 36-49	1	0		1	0		1	0		
Entrevistas Individuais Aprofundadas	Idades 20-35	10	2	12	10	2	12	10	2	12	36

Tabela 1 - Procura: Focus groups e entrevistas individuais aprofundadas realizadas.

Fonte: Elaboração própria

Para testar os guiões dos *focus groups* e das entrevistas individuais aprofundadas utilizados para recolha de informação do lado da procura foi feito um piloto: os guiões construídos para as três áreas específicas de saúde a serem analisadas foram testados com um primeiro grupo (dos nove feitos para cada área de saúde específica) e pequenas correções foram feitas aos mesmos para os focus groups e entrevistas seguintes¹. No anexo 1 encontra-se um dos exemplos de guião de entrevista individual aprofundada, neste caso o utilizado para as entrevistas sobre Planeamento Familiar.

Após realizadas as entrevistas, a informação recolhida foi agrupada e estudada com recurso a metodologias adaptadas do *design thinking*, já descritas anteriormente: *personas*, mapas de empatia e *customer journeys*. Depois de terem sido entrevistadas 250 mulheres foram construídas duas *personas*, uma representativa das utentes de unidades privadas de saúde em Maputo/Matola (Maria) (anexo 2) e outra das utentes da região de Nampula (Fátima). Foi também criado um mapa de empatia para cada uma das áreas específicas da saúde analisadas (Planeamento Familiar, Cuidados Pré-Natais & Parto e Saúde Infantil). O exercício consistia em agrupar o que era comum a várias das mulheres entrevistadas relativamente àquilo que viam, ouviam, sentiam, pensavam, diziam e faziam aquando das suas interações com unidades privadas de saúde e perceber também quais as exceções ou casos isolados que, pela sua não representatividade, deveriam ser excluídos (o mapa de empatia de Planeamento Familiar pode ser consultado no anexo 3). Foi ainda desenvolvida uma *customer journey* composta por sete fases: tomada de conhecimento, *trigger*, motivação, consideração, compra, manutenção e

¹ Os guiões utilizados para os *focus groups* e para as entrevistas individuais aprofundadas eram em quase tudo semelhantes, pelo que as alterações foram iguais para ambos os casos.

recomendação para cada uma das três áreas específicas de saúde analisadas (a *customer journey* na área do Planeamento Familiar pode ser consultada no anexo 4).

4.4. Resultados

4.4.1. Mapeamento dos atores

O exercício de mapeamento das unidades privadas de saúde existentes foi conduzido pela IPSOS Moçambique nas cidades de Maputo, Matola e Nampula entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020.

A maioria das unidades privadas de saúde estão localizadas nos centros das cidades, sobretudo em Maputo e Nampula. Em Maputo a maioria destas unidades está localizada nos distritos de KaMpfumo (1), Nhamakulo (2) e KaMaxaquene (3), como pode ser observado nas figuras 6 e 7. O distrito de de KaMpfumo é o mais central em Maputo e é onde se encontra o centro económico da cidade (mais conhecido como “Baixa”), a zona de Polana cimento e de Sommerchield, alguns dos bairros mais ricos da cidade de acordo com o censo de 2017.

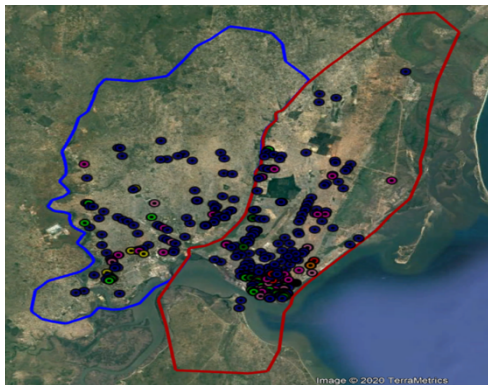


Figura 6 - Localização geográfica das unidades privadas de saúde em Maputo (vermelho) e Matola (azul).

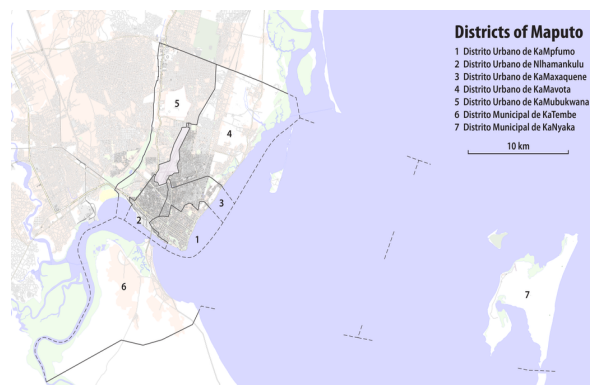


Figura 7 - Distritos urbanos de Maputo.

Fonte: Google Earth Pro

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/88/Map_Districts_of_Maputo.png

Na Matola as unidades privadas de saúde estão mais dispersas, como se pode ver na figura 6 (área marcada a azul). A figura 8 mostra a densidade populacional estimada em 2015 nesta cidade. Se a compararmos com a figura 6 podemos perceber que a maior concentração de unidades privadas de saúde existe perto da fronteira com Maputo e na região sul, as duas áreas com maior número de habitantes por km².

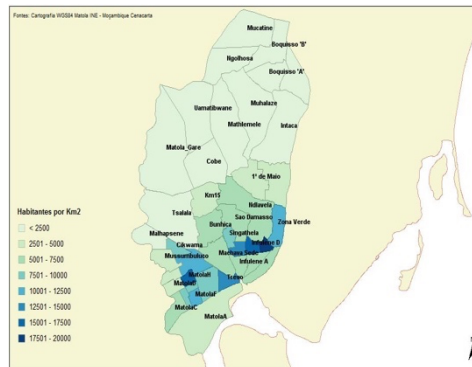


Figura 8 - Densidade populacional na cidade da Matola em 2015, por bairro - habitantes por Km2.

Fonte: Cartografia WGS84 Matola INE – Moçambique Cenacarta

Já em Nampula podemos observar, nas figuras 9 e 10, novamente uma tendência de concentração das unidades privadas de saúde na zona central, que corresponde ao centro urbano geográfico, económico e administrativo (também conhecido como cidade de cimento).

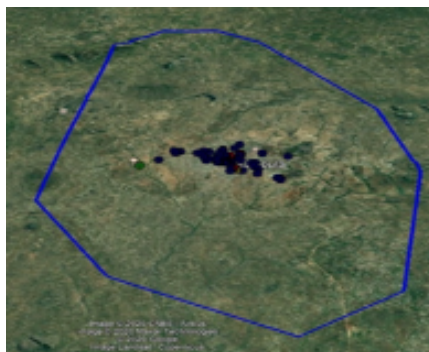


Figura 9 - Localização geográfica das unidades privadas de saúde em Nampula.



Figura 10 - Divisão administrativa da cidade de Nampula.

Fonte: Google Earth Pro

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/88/Map_Districts_of_Maputo.png

4.4.2. Oportunidades e Constrangimentos

Após terem sido realizados os *focus groups* e entrevistas individuais aprofundadas com o lado da procura e as entrevistas e questionários com o lado da oferta, a informação recolhida foi tratada e analisada com recurso às metodologias de *design thinking* acima descritas. Depois de tratada a informação foi possível fazer um levantamento das principais oportunidades e constrangimentos identificados no setor privado da saúde, explorados nos parágrafos abaixo.²

² Inúmeros constrangimentos e oportunidades foram levantados, tanto relativamente ao mercado, como ao lado da oferta e da procura especificamente, assim como relativamente às 3 áreas da saúde aprofundadas no projeto

Através das entrevistas realizadas às empresas responsáveis pela distribuição e transporte de mercadorias e medicamentos ficou claro que inúmeros desafios surgem no desenvolvimento desta atividade: há poucas áreas com grande densidade populacional, as rotas de transporte fazem-se quase exclusivamente no sentido sul-norte, é muito difícil cumprir com as normas para o transporte refrigerado e a regulamentação que existe sobre o transporte de mercadorias tem impacto sobre toda a cadeia logística.

Por outro lado, os regulamentos e protocolos vigentes que regulam a atividade do setor privado da saúde tornam a atuação deste mais difícil do que o desejado e têm consequências negativas para toda a cadeia de valor. Os longos e burocráticos processos de licenciamento, a falta de fiscalização e regulamentação desatualizada ou demasiado punitiva são alguns dos principais constrangimentos ao bom funcionamento do setor.

O mercado segurador em Moçambique enfrenta também sérias dificuldades: a maioria da população não tem meios financeiros para poder ter um seguro privado de saúde, existe um enorme desconhecimento por parte da população relativamente a este mercado e para além disso Seguradoras e Companhia de Planos de Saúde são reguladas e percebidas como sendo o mesmo tipo de empresa, apesar das últimas não terem o mesmo nível de responsabilização perante os clientes do que as primeiras. Por último, a relação entre seguradoras e unidades privadas de saúde é extremamente difícil, principalmente porque estas raramente conseguem ter disponibilidade financeira que lhes permita aceitar os termos de pagamento das primeiras (pagamentos diferidos).

Outras questões prendem-se com as características do mercado da saúde em Moçambique. A maioria das famílias não tem disponibilidade financeira que lhes permita aceder a cuidados privados de saúde, o que faz com que este mercado também não consiga crescer. A oferta é escassa e com grandes fragilidades ao nível de infraestruturas, trabalhadores, serviços prestados e sobretudo ao nível financeiro.

Relativamente a este último aspeto (financeiro), os desafios são vários: há muita dificuldade em obter financiamento, o Governo não oferece qualquer tipo de incentivos aos agentes envolvidos na cadeia logística e as margens de lucro deste setor são muito baixas. Todas estas questões agravam as fragilidades do setor, impedindo o mesmo de se modernizar e investir em melhorias.

(PF, CPN&Parto e SI). No entanto foram destacados os considerados mais importantes e urgentes e são esses que se encontram apresentados neste estudo.

Existem também grandes dificuldades relativamente aos recursos humanos envolvidos na área da saúde, nomeadamente a falta de profissionais de saúde e ainda mais de profissionais especializados, disparidades no acesso a formações entre setor privado e público e a alta rotatividade dos colaboradores das unidades de saúde.

Por fim, há inúmeros obstáculos na gestão operacional destas unidades privadas. As ruturas de stock são algo frequente, as tarefas administrativas são demasiado burocráticas o que leva a que haja mais erros no tratamento dessas questões e a relação entre setor público e privado é difícil, o que tem impacto nos recursos humanos que trabalham nos dois, assim como nos serviços que são prestados ao utente.

Com base nestes constrangimentos foi elaborado um conjunto de 6 oportunidades a explorar para um melhor funcionamento do setor:

- 1) Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequados para toda a cadeia de valor.
- 2) Melhorar a aplicação e fiscalização de políticas e regulamentos adequados.
- 3) Desenvolver políticas para garantir o acesso de todos os moçambicanos a cuidados de saúde primários, fazendo um uso eficiente dos recursos.
- 4) Aumentar a capacidade de acesso a financiamento, serviços e produtos.
- 5) Aumentar o número de pessoas qualificadas para fazer face às necessidades da prestação de serviços de cuidados de saúde primários.
- 6) Melhorar a relação entre setor público e privado e facilitar o acesso à informação para toda a cadeia logística.

Estas oportunidades são desenvolvidas no capítulo seguinte, sendo que para cada uma delas foi proposto um conjunto de recomendações, tendo por base as sinergias e complementaridades possíveis entre os diversos intervenientes no setor da saúde. O anexo 5 apresenta um conjunto de tabelas que aprofundam os constrangimentos expostos neste capítulo.

4.4.3. *Sinergias, Complementaridades e Recomendações*

Um dos objetivos do projeto *SIFPO2* era elaborar um conjunto de recomendações de sinergias e complementaridades entre setor público e privado e ainda sobre potenciais intervenções da USAID, MISAU e outros *stakeholders* para se alcançar uma melhor prestação de cuidados de saúde à população moçambicana. Partindo das oportunidades enunciadas no capítulo anterior foi desenvolvido um conjunto de medidas considerado necessário para um desenvolvimento positivo do setor privado da saúde em Moçambique.

1. Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequados para toda a cadeia de valor.

Foi considerado necessário rever as taxas de licenciamento aplicadas a novos medicamentos, produtos e equipamento médico de forma a incentivar a importação dos mesmos. Neste momento o alto valor aplicado leva a que as grandes indústrias farmacêuticas tenham que pagar um preço muito alto para poderem comercializar estes bens num mercado relativamente pequeno, o que torna este investimento muito pouco atrativo. Para além disso, o facto de existir esta barreira faz com que haja menos medicamentos disponíveis o que leva a uma maior percentagem de ruturas de stock.

Foi recomendado também que, em conjunto, fossem revistas as regulamentações sobre preços fixos dos medicamentos e equipamentos de modo a que os importadores/grossistas tenham algum incentivo a fazer chegar estes produtos a áreas mais remotas. Deste modo retira-se o peso das unidades de saúde de ficarem encarregues pelo custo dos transportes para zonas mais longínquas ao mesmo tempo que se reduz a tendência para práticas ilegais dos retalhistas (que muitas vezes aumentam o preço dos produtos que vendem por forma a fazer face ao custo de os obter, o que é neste momento ilegal). Por outro lado seria também importante criar benefícios fiscais para os diversos intervenientes na cadeia logística da área da saúde, sobretudo para os agentes que operam nas operações logísticas ligadas ao fornecimento de medicamentos, produtos e equipamentos a unidades de saúde em zonas rurais e mais remotas, que os incentive a fazer este transporte e alivie o custo do mesmo (muitas vezes suportado pelas unidades de saúde ou até mesmo pelo consumidor final no preço que paga pelos serviços prestados).

Foi já referido que em algumas localidades as farmácias são a unidade privada de saúde visitada por excelência, muitas vezes por serem a única existente, outras por terem um preço mais acessível (os utentes costumam ser população com baixa capacidade financeira). Neste sentido considerou-se relevante formar os farmacêuticos na realização de cuidados primários de saúde e aconselhamento sobre determinados produtos. Foi sugerido que se simplificasse o processo de licenciamento para as farmácias poderem fazer um maior número de testes e procedimentos básicos de forma a que, sobretudo em zonas onde há muito pouca oferta de serviços de saúde e o principal prestador de cuidados de saúde são as farmácias, estas consigam oferecer aos seus utentes (sobretudo população de baixo rendimento) mais serviços.

Adaptar, simplificar e modernizar o processo de partilha de informação com o MISAU é também uma prioridade, uma vez que uma nova forma de reporte pode reduzir os custos dos

diversos agentes da cadeia logística, muitas vezes associados a uma utilização dos recursos pouco eficiente devido aos trâmites específicos que são exigidos hoje em dia. Por outro lado seria importante adaptar estes requisitos aos diferentes tipos de unidade de saúde existentes: hospitais de consultas de especialidade não deveriam ter um formato de reporte exatamente igual ao das unidades de saúde de cuidados primários.

2. Melhorar a aplicação e fiscalização de políticas e regulamentos adequados.

É importante rever as políticas e regulamentos relativos à venda de medicamentos por parte das farmácias internas e dispensários existentes nas unidades de saúde de forma a garantir a adequação dos serviços oferecidos: um hospital com consultas de especialidade precisa de ter disponíveis na sua farmácia medicamentos que podem não ser adequados aos dispensários de clínicas de cuidados primários; para além disso como há muita escassez de medicamentos nas unidades públicas, é comum as unidades privadas venderem medicamentos a preços inflacionados, por saberem que há muita procura e pouca oferta.

É também importante rever a regulamentação em vigor relativamente às companhias de planos de saúde, sobretudo no que diz respeito aos padrões de qualidade, risco e responsabilidade. Estas empresas devem ser mais reguladas e fiscalizadas de modo a que as unidades de saúde tenham um menor risco de não serem pagas e dessa forma aumentar a probabilidade das mesmas quererem trabalhar com seguros de saúde ou planos de saúde. Isto levará também a que mais clientes possam ter acesso a cuidados de saúde, que atualmente lhes podem ser negados pelas unidades de saúde que frequentam se o seu meio de pagamento for através de um seguro/plano de saúde. Por outro lado, as companhias de planos de saúde são percebidas como parte do mercado segurador, apesar de seguradoras e companhias de planos de saúde terem neste momento métodos de operação diferentes assim como diferentes níveis de responsabilização. Assim sendo, a má reputação das companhias de planos de saúde afeta em larga escala o mercado segurador e impede o mesmo de crescer.

É necessário definir protocolos de inspeção às unidades de saúde que sejam realistas e com obrigações que sejam exequíveis pelas mesmas. Ao mesmo tempo é necessário rever a periodicidade com que se efetuam estas inspeções, não só para que seja um processo mais justo, mas também para dar tempo às unidades de saúde de solucionarem as questões levantadas na última inspeção. Considerou-se também necessário desenvolver incentivos que promovam o registo e licenciamento das unidades de saúde, de forma a tornar o processo menos longo e complexo.

Por último, é de extrema urgência criar órgãos responsáveis pela fiscalização das normas existentes no mercado, verificando a atividade das diferentes unidades de saúde, com o intuito de diminuir os níveis de corrupção e dar mais segurança a potenciais agentes que queiram entrar no mercado.

3. Desenvolver políticas para garantir o acesso de todos os moçambicanos a cuidados de saúde primários, fazendo um uso eficiente dos recursos.

Os agentes intervenientes na área da saúde, tanto do setor público como privado, devem reunir-se de forma a conseguirem delinear estratégias que permitam aumentar o número de pessoas que tem acesso a cuidados de saúde primários (e.g. vouchers, grupos de poupança para serviços do setor privado).

Recomendou-se também que se trabalhasse em conjunto com as Seguradoras e Companhias de planos de saúde para se apostar no setor dos microsseguros (com coberturas específicas relativas a Planeamento Familiar, Cuidados pré-natais e Parto e Saúde Infantil e que tenham um prémio de valor reduzido) e para desenvolverem formas de pagamento que permitissem às unidades de saúde serem pagas de imediato pelo próprio cliente (através de voucher, por exemplo).

De forma a alavancar as unidades privadas de saúde mais pequenas, que muitas vezes não conseguem crescer, foi proposto que se criassem incentivos fiscais para as unidades de saúde que oferecessem serviços gratuitos à população. Uma outra solução proposta foi a de criar incentivos fiscais para o investimento nos negócios próprios. A maioria dos negócios na área da saúde em Moçambique é financiada através do capital próprio do proprietário, e se este não tiver nenhum incentivo fiscal para o fazer é muito provável que haja muito pouco ou nenhum investimento feito nestas unidades de saúde, comprometendo a qualidade dos seus serviços.

Por último, é de extrema importância educar as pessoas relativamente ao funcionamento dos seguros de saúde. Só desta maneira mais pessoas poderão ver a vantagem de terem um seguro pessoal (no caso de não terem nem estarem abrangidas por um seguro profissional) e só assim podem fazer um uso melhor e mais eficiente dos serviços de saúde incluídos no seu seguro.

4. Aumentar a capacidade de acesso a financiamento, serviços e produtos.

Uma das grandes dificuldades das unidades de saúde é a falta de acesso a capital para se expandirem e melhorarem. Torna-se assim necessário que haja mais incentivos e uma maior

facilidade em aceder a capital de forma a que estas unidades consigam investir em novos equipamentos, melhoria de infraestruturas que permita ter mais serviços disponíveis ou até mesmo na formação dos profissionais de saúde, habilitando-os a realizar um maior número de intervenções. O mesmo racional se aplica para a abertura de novas unidades privadas de saúde.

De forma a se conseguir assegurar uma maior disponibilidade de recursos por parte das diferentes unidades de saúde foi sugerido que estas partilhem recursos entre si, como por exemplo ambulâncias e equipamentos. Esta partilha pode ser feita através dum investimento conjunto de várias unidades de saúde que depois consigam ter um sistema de rotação de utilização dos equipamentos.

Uma outra medida indicada como sendo relevante seria o desenvolvimento duma plataforma a partir da qual fosse possível fazer consultas on-line ou pelo menos ter acesso a falar com profissionais de saúde. Desta forma poderíamos combater as distâncias geográficas que muitas vezes impedem que certos utentes tenham acesso a cuidados de saúde. Ainda com este objetivo sugerimos também a criação de clínicas móveis, que possam levar profissionais de saúde até zonas mais remotas onde há muito pouca oferta de unidades de saúde.

5. Aumentar o número de pessoas qualificadas para fazer face às necessidades da prestação de serviços de cuidados primários de saúde.

Em primeiro lugar é importante mapear as necessidades e as falhas que neste momento existem a nível de recursos humanos. Seria importante verificar o número de pessoas a trabalhar numa unidade de saúde vs o número ideal de recursos humanos nessa mesma unidade; que formações específicas os profissionais têm neste momento e em que áreas seria importante formar por haver procura por parte dos utentes; perceber necessidades a nível geográfico de certas especialidades ou serviços. Por outro lado é também relevante perceber quais as causas que levam à situação geral de escassez de recursos humanos na área da saúde, de forma a que se possam combater essas mesmas razões, seja através de incentivos aos profissionais, melhoria das infraestruturas das escolas ou ajudas e apoios relativamente aos custos associados a estudar na área da saúde.

Para ultrapassar a falta de formação que existe nas unidades privadas de saúde foi sugerida a criação de protocolos de cooperação que permitissem aos profissionais de saúde do setor privado terem acesso às formações muitas vezes realizadas nas unidades públicas de saúde, dadas pelas mesmas ou também por ONGs.

Uma outra forma de melhorar o acesso ao treino dos profissionais de saúde seria criar parcerias entre unidades privadas e faculdades de medicina de forma a que alunos em fase de estágio pudessem realizar os mesmos nestas unidades privadas, sendo que os serviços prestados no âmbito destes estágios seriam gratuitos para os utentes. Desta forma os estudantes conseguem ter mais horas de aprendizagem prática ao mesmo tempo que seria possível distribuir mais eficientemente a grande procura que existe por serviços de saúde nas unidades públicas.

Foi sugerido o desenvolvimento duma plataforma de e-learning para médicos onde fosse possível aceder a conteúdos formativos como novas terapêuticas ou procedimentos.

Por último, é preciso aumentar o número de recursos humanos a trabalhar na área administrativa dentro das unidades de saúde e sobretudo tentar reduzir a rotatividade dos mesmos, seja através de maior segurança laboral, uma diferente cultura profissional ou uma maior valorização das pessoas. Estes recursos podem fazer muita diferença na qualidade do serviço prestado para além de que a sua saída implica um custo para a instituição: em tempo, dinheiro ou ambos - no caso de se formar uma outra pessoa - ou numa perda de conhecimento e potencialmente de alguns serviços no caso de não se formar outra pessoa nessas competências.

6. Melhorar a relação entre setor público e privado e facilitar o acesso à informação por toda a cadeia logística.

Considerou-se de extrema importância apoiar e incentivar o MISAU a partilhar as informações que tem sobre o mercado da saúde com os diferentes intervenientes. Para isto seria necessário organizar reuniões com os diferentes atores de todos os setores envolvidos de forma a se conseguir identificar quais as maiores falhas de informação, definir que tipo de conteúdos devem ser partilhados com cada setor e qual a melhor forma de se fazer essa partilha, ao mesmo tempo que se tenha em consideração potenciais constrangimentos institucionais que possam surgir dessa partilha de informação e formas de os combater. Por outro lado, a própria recolha de dados feita pelo MISAU, que é o que depois permite que haja informação pertinente para partilhar, poderia ser feita duma forma mais eficiente. Assim sendo recomendou-se que houvesse um apoio ao MISAU no sentido de criar uma plataforma digital que facilite todo o processo de recolha e partilha de dados.

É necessário agilizar a relação entre setor público e privado e mudar a mentalidade segundo a qual muitos agentes operam em que um é inimigo do outro. Ambos os setores se devem ver como complementares, sendo que o setor privado pode servir para aliviar a grande sobrecarga

que existe de momento no sistema nacional de saúde e este pode contribuir para um melhor desenvolvimento do setor privado, seja assumindo um carácter menos punitivo na sua relação com o mesmo, seja partilhando conhecimento entre os recursos humanos ou até mesmo fazendo por diminuir os altíssimos níveis de corrupção que neste momento existem na área da saúde.

Por último, considerou-se ainda necessário haver um maior envolvimento do setor privado na definição dos requisitos operacionais a cumprir pelas unidades privadas de saúde assim como nas sanções aplicadas em caso de incumprimento. Desta forma o setor privado pode contribuir com medidas que sejam adequadas ao funcionamento destas instituições assim como repensar certos procedimentos que neste momento se mostrem desadequados e pouco eficientes. Para além disso esta medida visa ainda que haja mais equidade na forma como entidades públicas e privadas são fiscalizadas.

5. Conclusões, limitações e trabalhos futuros

Dos 17 ODS criados para a prossecução dum Desenvolvimento Sustentável, 12 foram identificados como estando relacionados com cuidados de saúde (Asma *et al.*, 2020), o que demonstra a importância deste tema. Se pensarmos no desenvolvimento sustentável como aquele que satisfaz as necessidades presentes sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades, percebemos que o acesso a cuidados de saúde é fundamental, sobretudo o acesso a cuidados de saúde materno-infantis, uma vez que estes garantem o próspero desenvolvimento das gerações futuras.

As ONGs têm vindo a desempenhar um papel fundamental na prossecução destes objetivos, e a PSI não é exceção, trabalhando sobretudo na área da saúde, mais predominantemente nos cuidados de saúde primários e saúde sexual e reprodutiva. Organizações como a PSI têm tido um impacto real nas populações com quem trabalham, aumentando o conhecimento das mesmas sobre métodos de planeamento familiar, tornando estes mais acessíveis para todos, sobretudo para as camadas mais jovens, e continuando a investir na consciencialização sobre este tema. O projeto *SIFPO2* incidiu sobretudo nos canais privados de saúde, tentando perceber a forma como o mercado privado operava e de que forma este poderia funcionar melhor, influenciando assim de forma positiva a prestação de cuidados de saúde. A grande maioria dos constrangimentos e oportunidades encontrados prendiam-se com o próprio funcionamento do mercado, cadeia logística, gestão de operações e de recursos humanos e relação com o setor

público, nomeadamente unidades públicas de saúde mas sobretudo Governo e MISAU. As unidades privadas de saúde desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde, sendo procuradas para as três áreas específicas de saúde analisadas no projeto *SIFPO2* - PF, CPN&Parto e SI. No entanto ficou perceptível no projeto que a maioria das pessoas, apesar de preferir ser atendida numa unidade privada de saúde do que numa pública, enfrenta grandes dificuldades no acesso às primeiras: não têm capacidade financeira que lhes permita recorrer a serviços privados, há zonas onde praticamente não existem estas unidades e mesmo nas localizações onde a oferta é maior, muitas vezes os serviços prestados são escassos. Percebendo que estas fragilidades do setor privado impactam a prestação de cuidados de saúde à população moçambicana, elaborou-se um conjunto de recomendações que visam, sobretudo, fortalecer este setor, torná-lo mais atrativo e conceder-lhe incentivos que permitam um melhor desenvolvimento do mesmo. Neste sentido, a maioria das recomendações prende-se com a atualização de políticas desatualizadas ou desadequadas à realidade em que este setor opera.

Para se conseguir determinar os principais constrangimentos e oportunidades foi de extrema importância a utilização das metodologias trazidas do *design thinking*. Como foi descrito na metodologia do projeto, foram realizadas 32 entrevistas individuais aprofundadas do lado da oferta, 229 questionários às unidades de saúde e foram ainda ouvidas 250 mulheres do lado da procura. A equipa de consultores externos responsável pela análise desta informação utilizou as *personas* de forma a compreender melhor o tipo de utentes das unidades privadas de saúde; através dos mapas de empatia conseguiram perceber o ambiente em que os utentes destas unidades vivem, mas também aquele que é experienciado aquando duma visita a uma unidade privada de saúde; as *costumer journeys* permitiram identificar momentos chave para interações com as utentes e principais influenciadores em diferentes momentos. Muitas das informações recolhidas sobre o lado da oferta, sobre o qual incidem a maioria das recomendações apresentadas, foram obtidas a partir das entrevistas individuais aprofundadas com mulheres (lado da procura), para além das realizadas com os intervenientes do lado da oferta. Assim sendo estas ferramentas demonstraram ser extremamente úteis: permitem refletir de forma simples e perceptível um conjunto muito amplo de informação e sobretudo apresentam os dados e resultados da perspetiva do consumidor. Isto permite que na fase de elaboração de recomendações seja possível criar medidas alinhadas com as necessidades e desejos reais dos consumidores, uma vez que estes estiveram no centro de todo o processo (*Human Centered Design*).

Ainda assim alguns fatores surgiram como limitações ao desenvolvimento deste trabalho.

Relativamente à recolha de informação do lado da oferta, nas entrevistas presenciais que seguiam um questionário estruturado, nem sempre foi possível marcar essa entrevista com o responsável pela unidade de saúde, que seria o entrevistado ideal. Após três tentativas de marcação de entrevista recolhiam-se os dados possíveis (coordenadas GPS, horário de funcionamento, serviços prestados e preço) de forma a poderem ser mapeadas como unidades privadas de saúde, mas não se fazia a entrevista, diminuindo o tamanho da amostra à qual foi feito o questionário. Por outro lado, nas entrevistas individuais aprofundadas feitas aos *stakeholders* relevantes do lado da oferta houve, por vezes, questões relacionadas com o cargo e nível de conhecimento do respondente. Alguns dos responsáveis ou gerentes das unidades privadas de saúde não tinham informação sobre questões específicas sobretudo ligadas a políticas e regulamentos que afetavam o negócio. Por último, nas entrevistas feitas aos médicos a principal dificuldade foi manter a cadência das mesmas, visto que estas por vezes tinham que ser interrompidas devido a alguma urgência médica.

Relativamente a trabalhos futuros seria interessante fazer um acompanhamento das medidas sugeridas neste projeto no capítulo *Sinergias, Complementaridades e Recomendações*. Este trabalho seria extremamente útil para se verificar quantas das medidas foram implementadas com sucesso, quais as principais dificuldades e obstáculos na sua implementação e quais os resultados obtidos com a execução das mesmas. Por outro lado seria também interessante continuar a fazer um exercício de mapeamento das unidades privadas de saúde ao longo do tempo, de forma a se conseguir perceber qual a evolução a nível de número destas unidades. Pode ainda ser relevante fazer este exercício não só nas cidades de Maputo, Matola e Nampula mas também noutras cidades, para que se consiga ter um conhecimento mais amplo geograficamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubakar, I. R. (2017) ‘Access to Sanitation Facilities among Nigerian Households: Determinants and Sustainability Implications’, *Sustainability*. MDPI AG, 9(4), p. 547.
- Adrogué, C. & Crespo, R. (2010) ‘Implicit Assumptions when Measuring in Economics : The Human Development Index (HDI) as a Case Study’, *Revista Cultura Económica*, XXVIII(79), pp. 33–42.
- Asma, S., Chatterji, S., Dandona, L., Marinho, M. Fátima, Minghui, R., Misganaw, A., Murray, C. J. L., Ryan, M., Swaminathan, S., Varavikova, E. & Yamamoto, N. (2020) ‘Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement’, *The Lancet*. Lancet Publishing Group, 395(10219), pp. 240–246.
- Basiago, A. D. (1998) ‘Economic, social, and environmental sustainability in development theory and urban planning practice’, *Environmentalist*. Springer Netherlands, 19(2), pp. 145–161.
- Ben-Eli, M. (2015) ‘Sustainability: Definition and Five Core Principles A New Framework’. The Sustainability Laboratory.
- Bogdan, R.C. & Biklen, S. K. (1994) ‘Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos’. Porto Editora.
- Boland, R. J. & Collopy, F. (2004) ‘Managing as Designing’. 13th edn. Edited by R. J. Boland and F. Collopy. Stanford, California: Stanford Business Books, Stanford University Press.
- Bottero, M., Cornforth, J., Dodds, F., Langan, J., Schneeberger, K., Shaw, A., Smith, N., Strachan, J. & White, R. (2011) ‘A Pocket Guide to Sustainable Development Governance’. 2nd edn. Edited by E. W. Cruickshank, K. Schneeberger, and N. Smith. Commonwealth Secretariat Stakeholder Forum.
- Bratsberg, H. M. (2012) ‘Empathy Maps of the FourSight Preferences’. Buffalo State College, State University of New York.
- Cooper, A. (1999) ‘The Inmates are Running the Asylum’. 1st edn. Sams - Pearson Education.
- Coulon, A. (1995) ‘Etnometodologia e educação’. 1st edn. Vozes.
- Dernbach, J. C. (1998) ‘Sustainable Development as a Framework for National Governance’, *Case Western Reserve Law Review*, 49.
- Dernbach, J. C. (2003) ‘Achieving Sustainable Development: The Centrality and

Multiple Facets of Integrated Decisionmaking’, *Indiana Journal of Global Legal Studies*. Indiana University Press, 10(1), p. 247.

Dunne, D., Martin, R. & Rotman, J. L. (2006) ‘Design Thinking and How It Will Change Management Education: An Interview and Discussion’, *Academy of Management Learning & Education*, 5(4), pp. 512–523.

Eades, K. M. & Sullivan, T. T. (2014) ‘The Collaborative Sale: Solution Selling in a Buyer Driven World’. 1st edn. Wiley.

Emery, F. E. & Trist, E. L. (1960) ‘Socio-technical systems’, in Churchman, C. W. and Verhulst, M. (eds) *Management Sciences - Models and Techniques*. London: Pergamon, pp. 83–97.

Evers, B. A. (2018) ‘Why adopt the Sustainable Development Goals? The case of multinationals in the Colombian coffee and extractive sector’. Erasmus University Rotterdam, Faculty of Social Sciences.

Ferreira, B. M., Silva, W., Oliveira, E & Conte, T. (2015) ‘Designing Personas with Empathy Map’. Manaus, AM - Brasil: USES Research Group, Instituto de Computação - IComp, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Ferreira, B. M., Barbosa, S. D. J. & Conte, T. (2016) ‘Pathy: Using empathy with personas to design applications that meet the users’ needs’, *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*. Springer International Publishing Switzerland, pp. 153–165.

Gosling-Goldsmith, J. (2018) ‘Sustainable Development Goals and Uncertainty Visualization’. Faculty of Geo-Information Science and Earth Observation of the University of Twente.

Gray, D., Brown, S. & Macanuso, J. (2010) ‘Gamestorming: A Playbook for Innovators, Rulebreakers, and Changemakers’. 1st edn. O’Reilly Media, Inc.

Hedberg, B. & Mumford, E. (1975) ‘The design of computer systems: man’s vision of man as an integral part of the system design process’, *Human choice and computers*, 31.

Hege, E. & Demailly, D. (2017) ‘How do NGOs mobilize around the SDGs and what are the ways forward? A French-German comparison’.

Heller, F. (1989) ‘Human Resource Management And The Socio-Technical Approach in New Technology’, in Bamber, G. J. and Lansbury, R. D. (eds) *New Technology: International Perspectives On Human Resources And Industrial Relations*. London: Unwin Hyman Ltd.

- Hylton, K. N. (2005) ‘When Should We Prefer Tort Law to Environmental Regulation?’, *Working Paper Series, Law And Economics*. 01–11.
- Johnson, B. & Christensen, L. (2008) *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. SAGE Publications.
- Jones, P., Wynn, M., Hillier, D. & Comfort, D. (2017) ‘The Sustainable Development Goals and Information and Communication Technologies’, *Indonesian Journal of Sustainability Accounting and Management*, 2017(1), pp. 1–15.
- Koponen, M. (2017) ‘Developing Marketing Personas With Machine Learning For Educational Program Finder’. Tampere University of Technology.
- Lélé, S. M. (1991) ‘Sustainable development: A critical review’, *World Development*. Pergamon, 19(6), pp. 607–621.
- Lemon, K. N. & Verhoef, P. C. (2016) ‘Understanding customer experience throughout the customer journey’, *Journal of Marketing*. American Marketing Association, 80(6), pp. 69–96.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990) *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Instituto Piaget.
- Li, J., Galley, M., Brockett, C., Spithourakis, G. P., Gao, J. & Dolan, B. (2016) ‘A Persona-Based Neural Conversation Model’, in *Proceedings of the 54th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics (Volume 1: Long Papers)*. Berlin, Germany: Association for Computational Linguistics, pp. 994–1003.
- Martin, R. (2005) ‘Embedding Design into Business’, *BusinessWeek Online*.
- Mensah, J. (2019) ‘Sustainable development: Meaning, history, principles, pillars, and implications for human action: Literature review’, *Cogent Social Sciences*. Edited by S. Ricart Casadevall. Cogent OA, 5(1).
- Mensah, J. & Enu-Kwesi, F. (2019) ‘Implications of environmental sanitation management for sustainable livelihoods in the catchment area of Benya Lagoon in Ghana’, *Journal of Integrative Environmental Sciences*. Taylor and Francis Ltd., 16(1), pp. 23–43.
- Merriam, S. B. (1988) *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass (The Jossey-Bass education series, The Jossey-Bass higher education series and The Jossey-Bass social and behavioral science series.).
- Milne, M. J. & Gray, R. (2013) ‘W(h)ither Ecology? The Triple Bottom Line, the Global Reporting Initiative, and Corporate Sustainability Reporting’, *Journal of Business Ethics*. Springer, 118(1), pp. 13–29.

- Mohieldin, M. (2017) *The Sustainable Development Goals and Private Sector Opportunities*. Medellin, Colombia.
- Nilsson, M., Griggs, D. & Visbeck, M. (2016) 'Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals', *Nature*. Nature Publishing Group, pp. 320–322.
- Onwuegbuzie, A. J. & Mallette, M. H. (2011) 'Mixed Research Techniques in Literacy Research', in Duke, N. K. and Mallette, M. H. (eds) *Literacy Research Methodologies*. 9th edn. New York: The Guilford Press, pp. 331–352.
- Our Common Future* (1987). World Commission on Environment and Development.
- Peet, R. & Hartwick, E. R. (1999) *Theories of Development*. New York : Guilford Press.
- Polasky, S., Kling, C.L., Levin, S.A., Carpenter, S.R., Daily, G.C., Ehrlich, P.R., Heal, G.M. & Lubchenco, J. (2019) 'Role of economics in analyzing the environment and sustainable development', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(12).
- Redclift, M. (1987) *Sustainable Development: Exploring the Contradictions*. 1st edn. Routledge.
- Revella, A. (2015) *Buyer Personas: How to Gain Insight into your Customer's Expectations, Align your Marketing Strategies, and Win More Business*. 10th edn. Wiley.
- Reyes, G. E. (2001) 'Four Main Theories of Development: Modernization, Dependency, World-System, and Globalization', *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 04(2).
- Saldanha, G. & O'Brien, S. (2014) *Research Methodologies in Translation Studies*. Routledge.
- Santana, S., Thomas, M. & Morwitz, V. G. (2020) 'The Role of Numbers in the Customer Journey', *Journal of Retailing*. Elsevier Ltd, 96(1), pp. 138–154.
- Saukko, P. (2003) *Doing Research in Cultural Studies: An Introduction to Classical and New Methodological Approaches*. SAGE Publications.
- Simon, H. A. (1996) *The Sciences of the Artificial*. 3rd edn. MIT Press.
- Stake, R. E. (1995) *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.
- Stoddart, H. (2011) 'Guide to Sustainable Development Governance', *Stakeholder Forum*, p. 135.
- The Sustainable Development Goals Report* (2017). New York: United Nations.
- Thomas, C. F. (2015) *Naturalizing Sustainability Discourse: Paradigm, Practices and*

Pedagogy of Thoreau, Leopold, Carsol and Wilson. Arizona State University.

Tjarve, B. & Zemite, I. (2016) ‘The role of cultural activities in community development’, *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. Mendel University of Agriculture and Forestry, Brno, 64(6), pp. 2151–2160.

Todaro, M. P. & Smith, S. C. (2006) *Economic Deevlopment*. Addison-Wesley.

United Nations Development Programme (1999) *United Nations Development Report*. Oxford University Press.

Yin, R. K. (2014) *Case Study Research - Design and Methods*. 5th edn. SAGE Publications.

Zhai, T. & Chang, Y. C. (2018) ‘Standing of environmental public-interest litigants in China: Evolution, obstacles and solutions’, *Journal of Environmental Law*. Oxford University Press, 30(3), pp. 369–397.

Zomerdijk, L. G. & Voss, C. A. (2010) ‘Service Design for Experience-Centric Services’, *Journal of Service Research*. SAGE Publications, 13(1), pp. 67–82.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA PARA PLANEAMENTO FAMILIAR

CONTEXTO

Descontrair a participante e introduzi-la ao tema. Explicar as regras de uma reunião de pesquisa de mercado.

Obrigada por participar hoje. Para que nos conheçamos melhor, vou começar por lhe pedir que se apresente a si e à sua família...

Pode falar-me da sua família? (explorar tamanho da família, filhos, idade dos filhos, marido...) E o seu marido? Que idade tem, qual é a sua profissão?

Como são tomadas as decisões na sua família? (explorar decisões sobre os problemas de saúde, gastos domésticos, problemas domésticos, etc.) Que tipo de decisões são tomadas pelo seu marido? Que tipo de decisões são tomadas por si? Que tipo de decisões tomam juntos? (explorar decisões relacionadas com questões de saúde).

Com quem discute sobre assuntos pessoais ou sensíveis? Em quem confia? (explorar amigos, ou pessoas fora das famílias nucleares importantes na vida dela).

Como é um dia normal na sua vida? Como começa e a que horas, o que faz a seguir e por aí fora até acabar... (explorar trabalho dentro e fora de casa, onde passa a maior parte do seu tempo, e quanto tempo passa com a família e amigos). Alguém a acompanha ou passa tempo consigo durante as suas atividades durante o dia? Quem? Que tipo de coisas faz nos seus tempos livres?

Gostaria agora que falássemos de desafios que enfrenta hoje... Quais são os problemas que a preocupam? Isto pode ser qualquer coisa - pessoal, familiar, profissional, económico, educacional, saúde... Como supera ou lida com esses desafios? O que poderia ajudá-la a gerir melhor estes desafios? (explorar)

Como gostaria que a sua vida fosse daqui a cinco anos? (explorar aspirações e objetivos). O que terá de alcançar ou superar para tornar as suas esperanças e aspirações realidade?

INTRODUÇÃO AO PLANEAMENTO FAMILIAR

Introduzir o tema planeamento familiar e explorar as fases de perceção de necessidade, planeamento, aquisição e manutenção.

Gostaria agora que falássemos sobre a sua experiência relacionada com serviços de planeamento familiar. Vou fazer-lhe perguntas que nos ajudarão a compreender a sua experiência ao procurar e receber cuidados de saúde nesta área...

Para participantes com filhos: Quanto tempo depois do casamento teve o seu primeiro filho? E queria ter um filho? A decisão foi sua? Se não, teria esperado? Quanto tempo teria esperado e porquê?

Para participantes sem filhos: Tem planos para filhos? Quando gostaria de ter o seu primeiro filho?

Para todas: Quantos filhos gostaria de ter? E o seu companheiro/marido? A sua opinião coincide com a do seu parceiro/marido? Difere? Se sim, porquê? (explorar preferência de género, normas sociais, razões religiosas). Na sua opinião, o que influencia as decisões sobre o tamanho da família? (explorar opinião do parceiro, desejo de ter mais meninos ou meninas, crenças religiosas, desejo de outros membros da família).

O que pode dizer-me sobre métodos de planeamento familiar? De que métodos já ouviu falar? (explorar métodos modernos e tradicionais, de curto e longo prazo). O que ouviu sobre esses métodos? São eficazes para prevenir a gravidez? Quais são os seus possíveis efeitos secundários? Sabe como usá-los? (explorar por cada método mencionado, incluindo mitos e equívocos associados ao seu uso).

Onde/como ouviu falar sobre esses métodos? (explorar fontes de informação: amigos, família, media, escola). Quando é que ouviu falar deles pela primeira vez?

Em quem mais confia para lhe fornecer informações sobre planeamento familiar? Porque confia neste meio/pessoa? (explorar).

NECESSIDADE

O que leva as mulheres como você a sentirem a necessidade de um método de pf? Alguma coisa em particular? Alguém a encoraja/encorajou a começar a usar um método pf? (explorar)

Tem preferência por um método específico de pf? Porque é que prefere esse método? (explorar)

Já deixou de usar um determinado método de planeamento familiar e passou a usar outro? Porque é que o fez? (explorar). Porque é que acha que as mulheres decidem interromper o método de pf que estão a usar? (explorar motivos de troca ou desistência dos métodos pf).

PLANEAMENTO

Agora, gostaria de lhe perguntar sobre as suas experiências na procura de serviços de pf... que passos é que dá/ deu desde o momento em que decidiu obter um método de pf até ao momento em que chega/chegou ao local para o obter? (explorar).

Falou ou discutiu com alguém durante o processo? Com quem? Que orientação/informação recebeu dessas pessoas? Essa orientação/informação influenciou a sua escolha do local onde se dirigiu para obter o seu método de planeamento familiar? Quanto tempo depois de decidir é que foi procurar o serviço ou produto? Porquê? (explorar).

Vamos agora falar sobre a escolha do local onde adquiriu ou lhe foi fornecido o seu método de planeamento familiar... como é que escolheu a clínica/farmácia ou posto de saúde onde se dirigiu? O que influenciou a sua escolha? (explorar se o método de pf determina o tipo de prestador, i.e., uma farmácia).

Na sua opinião, quais são as razões para escolher um determinado tipo de unidade de saúde (como uma farmácia, uma clínica, um posto de saúde)? E para não o escolher? Do seu ponto de vista, quais são as diferenças entre um local público e um privado - ou tradicional, caso o mencione? Porque escolheria um em vez do outro? (explorar)

Tem seguro de saúde? Individual? Ou de grupo? Está satisfeita com os serviços? (explorar para seguros individuais e de grupo)

No geral quais são os fatores que mais contribuem para a escolha do local onde vai buscar o seu método de planeamento familiar? É a opinião de amigas, do cônjuge, os profissionais de saúde, o preço, a distância, a disponibilidade de medicamentos – outros fatores – quais? Por que ordem de importância? – explorar. (se a mulher não escolhe o local onde adquire o método de pf, quem ou como é que esta decisão é tomada por ela?)

Costuma marcar/marcou uma consulta para obter o método ou aconselhamento sobre o método de planeamento familiar? Se sim, como é feita a marcação? Se não é feita uma marcação prévia, como é que decide quando ir? Nos locais onde normalmente vai fazer consultas formais?

AQUISIÇÃO

Gostaria de saber mais sobre a experiência de aquisição de serviços de pf... por favor conte-me a sua experiência ou uma experiência típica no local onde se dirige para obter o seu método de planeamento familiar... (para cada uma das perguntas seguintes explorar mobiliário/equipamento, iluminação, pessoal presente, limpeza, privacidade, tempo de espera, conforto).

Como é a área de receção e o que acontece lá? (explorar comportamento dos funcionários) e a área de espera? Quanto tempo espera antes de ser atendida? Pode descrever o consultório? (explorar).

Como são as conversas com os profissionais de saúde ou outros funcionários que a atendam? (verificar se lhe fornecem informações, respondem a perguntas, fornecem orientação/informação, ...) responderam às questões que colocou? As respostas deles satisfizeram as suas necessidades de orientação/informação/tratamento? (explorar se há alguma diferença entre privado e público, caso tenha usado ambos).

Já visitou um médico/uma enfermeira – um profissional de saúde – com o objetivo de obter um método de planeamento familiar? Como correu essa visita/consulta? (explorar).

Esse profissional de saúde fê-la sentir-se confortável, forneceu-lhe informação, respondeu a perguntas, deu-lhe orientações? As suas respostas satisfizeram a sua necessidade de orientação/informação? (explorar se há alguma diferença entre privado e público, caso tenha usado ambos). De que é que mais gosta/gostou no profissional de saúde que visitou? De que não gostou? O que gostaria que eles fizessem diferente?

A interação com esse profissional de saúde influenciou a sua escolha do método de pf? (explorar se a interação com o prestador ou a informação que lhe foi dada afetou de alguma forma a escolha do método).

Voltando ao local onde se dirige para obter o seu método de planeamento familiar... de que é que mais gosta/gostou? De que é que não gosta/gostou? O que mudaria na sua experiência de visita desse local?

Se já lá foi várias vezes, as visitas foram semelhantes de todas as vezes? O que foi semelhante e o que foi diferente? (explorar – interação com o profissional de saúde, frequência da visita, método utilizado, etc. Registrar como isso é diferente para cada uma das participantes e se o prestador é privado ou público).

Pode falar-me da sua experiência de pagamento da visita? Quanto é que normalmente paga pela sua visita? Difere por método? O que acha disso?

Como são normalmente comunicados os preços? Estão impressos ou afixados em algum lugar? Existem custos adicionais ou escondidos?

Como é que normalmente paga pelo serviço? Descreva-me o modo de pagamento e como o pagamento é processado. Alguma vez lhe ofereceram um plano de pagamento para ter custos reduzidos?

Já alguma vez lhe ofereceram a possibilidade de se inscrever num plano de seguro ou um pacote de serviços? (explorar se isso incluiria visitas relacionadas com pf ou outras experiências de serviços de saúde).

Vamos falar sobre quaisquer orientações que sejam dadas para acompanhamento...

Os profissionais de saúde normalmente pedem-lhe para voltar? Para que métodos? Recebeu alguma coisa como lembrete para voltar?

Os métodos de PF que sugerem estão disponíveis no mercado? Farmácia privada? Farmácia pública?

Sugeriram algum tratamento adicional (exames no laboratório ou prescrições)? Para que casos? Que recomendações fizeram? Seguiu essas recomendações? Se não, porquê?

Quanto tempo normalmente leva para uma mulher obter um método de pf? (explorar o tempo desde a identificação da necessidade até ao planeamento, desde o planeamento até à aquisição, tempo gasto em viagens, aconselhamento e finalmente obtenção do método).

MANUTENÇÃO

Para si é difícil ou fácil ter acesso a serviços de pf? (explorar)

Como é que se deslocaria para um centro de saúde? O transporte é um problema?

Quando o seu método atual de pf (pílulas/iud, etc.) Acabar, quanto tempo leva para renová-lo? O custo é uma barreira de alguma forma?

Que fatores tornariam para si mais fácil o uso de um método de pf? (explorar: comunicação entre cônjuges, apoio comunitário/doméstico, dinheiro, tamanho de família desejado, disponibilidade do método na farmácia pública ou privada).

O que torna difícil para si manter o uso dos produtos e serviços de pf? (explorar: dinheiro, tempo, distância, escolha, satisfação, questões de saúde, efeitos colaterais, fatores socioculturais, religiosos)

Se usa um método de curto prazo (pílulas, preservativos, injetáveis) consideraria usar um método de longo prazo (diu, implante)? Porquê ou porque não consideraria o uso de um método a longo prazo? (explorar).

SAÚDE EM GERAL

Onde vai o seu marido quando está doente? Que tipos de serviços de saúde procura? Quando procura? Só quando está doente ou também para exames de rotina? (explorar)

Existem serviços de saúde em que você ou o seu marido estejam interessados, mas que sejam muito caros? Quais? (explorar). Existem serviços em que estão interessados, mas não estão disponíveis? Quais? (explorar)

O seu marido acompanha-a quando vai fazer uma consulta? Por que razões é que ele a acompanha? (explorar razões de segurança, para certos eventos de saúde para mulheres, para certos eventos de saúde para crianças).

Quer acrescentar mais alguma coisa? Obrigada por partilhar as suas experiências connosco.

ANEXO 2 – PERSONA “MARIA”



Maria é uma moçambicana de Maputo. Tem 21 anos e não trabalha. O seu marido é mais velho do que ela (32) e trabalha num posto de gasolina. Têm um filho com 2 anos.

A Maria mora com o marido e a sua família (sogro, sogra e duas cunhadas) na casa deles. Ela morava com os pais e irmãos, mas quando descobriu que estava grávida, teve que se mudar. Vivem numa casa feita de cimento e tijolos que está situada num caminho de terra, não acessível a carros.

Acorda todas as manhãs por volta das 6h e aquece a água para o banho do marido. Depois prepara o pequeno-almoço (matabicho). Quando o marido sai para o trabalho, ajuda a sogra nas tarefas domésticas e cuida do filho; não costuma sair muito.

A Maria só terminou o ensino básico e gostaria de voltar à escola. O marido apoia-a, mas o dinheiro é apertado e criar um filho é muito caro - só o leite custa 350Mzn e dura apenas 5/6 dias... Costuma dizer a si mesma que ambos devem ser fortes e enfrentar os desafios da vida.

Quer continuar a estudar para ter mais qualificações e assim ser mais fácil arranjar um emprego e conseguir melhorar um pouco o nível de vida. Quer também poupar para construir uma casa própria e ganhar a liberdade que não tem neste momento. Neste momento da sua vida a maioria das decisões são tomadas por ela, seja pelo seu marido ou pelos seus sogros, desde os amigos que pode ter até às decisões domésticas. A falta de privacidade dentro de casa também compromete o relacionamento do casal.

Além de confiar no seu marido, confia também na irmã e na sogra, com quem costuma falar sobre questões delicadas. Por outro lado, não gosta de revelar à mãe os problemas que tem com o marido, para evitar comprometer o relacionamento deles.

A Maria sonha com um casamento adequado e com conseguir arranjar um emprego ou construir o seu negócio próprio para aumentar a renda do casal e, conseqüentemente, a sua autonomia.

ANEXO 3 – MAPA DE EMPATIA – PLANEAMENTO FAMILIAR

VÊ		
Setor Público	Setor Privado	Farmácia
<ul style="list-style-type: none"> - As agulhas já preparadas, ou seja, não as vêem a ser abertas ou esterilizadas. - Medicamentos fora de prazo a serem entregues. - Cheio de gente. - Muitas e longas filas de espera. - Médico a atender o telemóvel durante a consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa a trabalhar com foco nela. - Pessoas simpáticas. - Profissionais de qualidade. - Disponibilidade de medicamentos e dos métodos. - Espaço calmo, limpo, organizado e com privacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem uma sala onde está uma Dra.

OUVE		
Setor Público	Setor Privado	Médico Tradicional
<ul style="list-style-type: none"> - Se faz procedimentos no privado não é bem vinda.. - Vai pegar sida à enfermeira. - Deve ser abstinente. - Ralhar “Vais ficar sem transar agora!” - Indisponibilidade “Porque vieste cá em dia de festa?” - Médicos a queixarem-se (“murmuram”). 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de porem implante devem experimentar injeção para se poder ver os efeitos. - O que entende por PF? - Profissionais de saúde preocupados, que a tratam com cuidado e atenção. - Esclarecimentos. - Porque não quer ter filhos? - Explicações dos vários métodos. - Recomendação para usar sempre preservativo para além de outros métodos para prevenir doenças. - Enfermeiras tratam-na pelo nome e ligam para a sua médica se ela não está. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Enterras o penso quando não queres engravidar. Quando quiseres ter filhos, desenterras.”

DIZ	
Geral	Setor Privado
<ul style="list-style-type: none"> - Maridos querem ter mais filhos do que elas. - Só uso preservativo quando vejo que tenho o risco de engravidar. - Eu não queria ter o filho, mas sim abortar. - Querem pôr o implante porque é só uma vez. - “Não gosto do DIU. É um corpo estranho dentro de mim.” – relacionado com os mitos que ouvem. - “Não quero ter mais filhos.” - “Nao quero ter mais filhos por agora.” - Quero começar a fazer este método (um método específico). - Consideraria utilizar um método de longo prazo se tivesse menos efeitos colaterais (implante). 	<ul style="list-style-type: none"> - Queria marcar uma consulta. - Quero saber que método devo utilizar.

FAZ		
Setor Público	Setor Privado	Em casa
<ul style="list-style-type: none"> - Suborna para ter bom atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de colocar implante fez teste de HIV e Tuberculose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz método do calendário, após já ter utilizado outros métodos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Só volta ao profissional de saúde se não se der bem com o método. - Faz exames: sífilis, HIV. - Vão sozinhas. - Antes de ser prescrito qualquer método fazem teste de gravidez. - Esperam 10 min máximo. - Fazem exames e análises. - Sentam-se num sítio confortável e privado. - Falam com médicos. - Vão à farmácia ou à clínica comprar o método, dependendo do método. - Retiram o implante. 	
--	--	--

PENSA		
Setor Público	Setor Privado	Geral
<ul style="list-style-type: none"> - É grátis. - Sou mal tratada, mas porque o staff também não é tratado com carinho. - Vou ter mais informação sobre PF. - Não posso deixar de vir porque tenho que manter o vínculo, uma vez que é o porto seguro. - Talvez não consiga ter acesso aos medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vou ser bem tratada. - Tem disponibilidade de medicamentos. - Não vou perder tempo em filas de espera. - Serviço aqui é muito melhor do que no público. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns métodos são limitadores na sua decisão autónoma de ter filhos quando quiser. - Preferia ter planeado o 1º filho.

SENTE	
Setor Público	Setor Privado
<ul style="list-style-type: none"> - Sozinha. - Mal tratada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conforto - Reconhecida como pessoa. - Faz parte dum grupo pequeno de pessoas afortunadas que podem ir ao privado (seguro). - Conveniente - Constrangimento em colocar o DIU (estar em cima da marquesa de pernas abertas). - Segura: os médicos têm experiência e explicam bem e com paciência.

ANEXO 4 – COSTUMER JOURNEY – PLANEAMENTO FAMILIAR

ANEXO 5 – TABELAS DE CONSTRANGIMENTOS E OPORTUNIDADES

Transporte de mercadorias e medicamentos		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
Há poucas áreas com grande densidade populacional e estas estão espalhadas pelo país. A maioria das rotas de transporte são quase exclusivamente sul/norte.	<ul style="list-style-type: none"> a. Os custos de transporte são bastante elevados, o que é um impedimento às economias de escala e impacta o lucro. b. A grande concentração de unidades privadas de saúde em Maputo e em algumas outras cidades é um desincentivo a que importadores/grossistas desenvolvam infraestruturas de transporte que lhes permitam chegar a zonas mais remotas. 	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.
O transporte de mercadorias que impliquem refrigeração é um grande desafio.	<ul style="list-style-type: none"> a. Os aeroportos não têm infraestruturas que lhes permitam garantir a cadeia de frio antes do embarque e a bagagem dos passageiros tem prioridade sobre as mercadorias não acompanhadas, o que resulta muitas vezes em atrasos. b. A maioria dos veículos de transporte não é refrigerada. c. Cumprir com a regulamentação vigente para o transporte de mercadorias refrigerado é e será um desafio se as características do mercado se mantiverem (mercado de tamanho reduzido, poucas áreas com significativa população pelo país, cadeias logísticas exclusivamente a operar num sentido sul-norte). 	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.
A regulamentação dos preços das mercadorias afeta toda a cadeia logística.	<ul style="list-style-type: none"> a. O custo de transporte está incluído nas margens regulamentadas para distribuição interna independentemente da distância, mas os importadores/grossistas não distribuem nas áreas rurais devido às baixas margens de lucro. b. As unidades privadas de saúde e os retalhistas fora das capitais das províncias são forçados a acarretar com o custo de transporte para essas zonas mais distantes, mas não podem por lei aumentar o preço de venda de forma a fazer face a este aumento de custo de transporte. 	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.

	c. De forma a garantirem a rentabilidade os importadores/grossistas requerem uma quantidade mínima de encomendas.	
--	---	--

Regulamentos e Protocolos		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
O licenciamento de novos medicamentos é um processo longo e caro.	<p>a. A maioria dos medicamentos está desatualizada uma vez que o custo de licenciar novos medicamentos é bastante elevado e a dimensão reduzida do mercado não incentiva a que se substituam estes medicamentos por outros mais recentes.</p> <p>b. Os prazos de entrega destes medicamentos são muitas vezes adiados porque nos países exportadores estes medicamentos são já obsoletos pelo que não costumam existir em stock, o que compromete a capacidade de resposta em alturas em que haja um pico de procura.</p> <p>c. A vida útil dum medicamento é reduzida devido ao longo tempo que demora a importação.</p>	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.
A falta de fiscalização da regulamentação existente relativamente à venda de produtos instiga práticas ilegais e prejudica a atratividade do mercado.	<p>a. As farmácias cobram preços pelos produtos vendidos acima do limite regulamentado, vendem produtos importados ilegalmente e as unidades privadas de saúde vendem medicamentos a clientes externos, uma vez que estes muitas vezes não se encontram disponíveis nas farmácias hospitalares.</p> <p>b. O mercado moçambicano não é atrativo para a maioria das indústrias farmacêuticas internacionais devido à falta de aplicação da regulamentação existente (para além do tamanho reduzido do mercado).</p>	Melhorar a aplicação e fiscalização de políticas e regulamentos adequados.
A regulamentação atual impede que os colaboradores das farmácias realizem testes relativamente simples aos utentes, mas muitas vezes as farmácias são os únicos	<p>a. Os processos de licenciamento exigidos para que seja permitida a realização de testes simples em farmácias são muito longos e burocráticos.</p>	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.

<p>provedores de saúde existentes em certas regiões e os seus utentes são maioritariamente pessoas com baixos rendimentos.</p>	<p>b. População de baixo rendimento muito mais frequentemente utiliza as farmácias como provedor de saúde do que outras unidades privadas³.</p> <p>c. As farmácias frequentemente vendem métodos de Planeamento Familiar e fornecem aconselhamento nesta área, o que não é ilegal. No entanto, alguns métodos (implantes e DIU) não podem ser colocados em farmácias, o que faz com que esta prática aconteça de forma ilegal ou não aconteça por falta de formação dos farmacêuticos, prejudicando os utentes que acabam por não fazer nenhum método de PF.</p>	
--	---	--

Mercado Segurador		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
<p>Seguros particulares/Planos de saúde são demasiado caros para a maioria das famílias moçambicanas, ao mesmo tempo que existe uma grande falta de conhecimento sobre o conceito de “seguro” no geral e também sobre seguros de saúde.</p>	<p>a. São muito poucas as pessoas que conseguem, a nível particular, pagar um seguro de saúde – a maioria dos beneficiários de seguros de saúde são colaboradores de empresas a quem estas oferecem este benefício assim como às suas famílias.</p> <p>b. O alcance dos seguros de saúde é relativamente baixo (menos de 150.000 apólices para acidentes pessoais e de saúde combinados).</p> <p>c. Os beneficiários do seguro muitas vezes desconhecem as coberturas da sua apólice (o que está incluído no seguro e o que não está).</p> <p>d. As poucas pessoas que têm seguro de saúde não percebem porque é que não são reembolsadas do dinheiro que estava disponível no seguro e que não foi utilizado em despesas.</p>	<p>Desenvolver políticas para garantir a acessibilidade de todos os moçambicanos a cuidados de saúde primários, fazendo um uso eficiente dos recursos.</p>
<p>Atrasos nos pagamentos por parte das seguradoras/companhias de planos de saúde põe muita pressão a nível de disponibilidade de capital nas unidades de saúde.</p>	<p>a. Os termos de pagamento das seguradoras comprometem a capacidade das unidades de saúde e farmácias pagarem aos fornecedores e investirem.</p> <p>b. As necessidades imediatas de cash-flow e os altos custos de financiamento limitam a capacidade das unidades de saúde de terem parcerias com</p>	<p>Melhorar a aplicação e fiscalização de políticas e regulamentos adequados.</p>

³ População de baixo rendimento representa 43% dos clientes das farmácias vs. 19% nas outras unidades privadas de saúde.

	<p>seguradoras o que conseqüentemente limita a sua capacidade de crescimento.</p> <p>c. As seguradoras preferem trabalhar com grandes unidades de saúde e os seus termos de pagamento excluem as unidades de saúde mais pequenas, o que aumenta ainda mais as diferenças entres grandes e pequenos prestadores.</p>	
<p>A falta de regulamentação relativamente a companhias de planos de saúde prejudica as unidades de saúde (podem não receber), os utentes (podem ver alguns serviços serem-lhe negados) e as seguradoras (perdem oportunidades de negócio por causa da má reputação do setor).</p>	<p>a. O histórico de incumprimento de pagamentos por parte das companhias de planos de saúde manchou a reputação do mercado segurador e impacta a capacidade e as oportunidades de criar parcerias entre seguradoras e unidades de saúde.</p> <p>b. Muitas vezes as unidades de saúde têm “listas negras” de seguradoras e companhias de planos de saúde e negam serviços aos beneficiários destas.</p> <p>c. As unidades de saúde raramente atuam como um canal de promoção dos serviços oferecidos pelas seguradoras e companhias de planos de saúde.</p>	<p>Melhorar a aplicação e fiscalização de políticas e regulamentos adequados.</p>

Caracterização do mercado		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
<p>A maioria das famílias moçambicanas não tem disponibilidade financeira para aceder a serviços privados de saúde.</p>	<p>a. Os preços de consultas e outros serviços variam amplamente dependendo da unidade privada de saúde, mas mesmo assim a grande maioria das famílias moçambicanas não consegue ter recursos financeiros disponíveis para aceder a estes serviços a não ser que tenha um seguro de saúde. Assim sendo as famílias priorizam a ida a um serviço privado em caso de doença e abdicam do mesmo para processos de rotina, assim como priorizam os cuidados relacionados com os filhos.</p> <p>b. Em raros casos as unidades privadas de saúde permitem pagamentos faseados (verificou-se mais em Nampula), mas o risco de incumprimento por parte dos pacientes é muito alto o que desincentiva as unidades a oferecerem este tipo de plano de pagamentos aos seus utentes.</p>	<p>Desenvolver políticas para garantir a acessibilidade de todos os moçambicanos a cuidados de saúde primários, fazendo um uso eficiente dos recursos.</p>

<p>O mercado privado da saúde é pequeno, assim como a cobertura geográfica do mesmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Os importadores têm economias de escala reduzidas, uma vez que os seus clientes são sobretudo do mercado privado. b. Fora de Maputo a oferta de unidades privadas de saúde é muito reduzida, principalmente fora das capitais regionais. Na maioria das províncias esta oferta é limitada a 2-3 unidades, sendo que em alguns casos há apenas uma. c. Seguradoras e Empresas de Planos de saúde têm dificuldade em encontrar unidades privadas de saúde que cumpram com os requisitos mínimos de qualidade para potenciais parcerias, como qualidade de infraestruturas, espectro de serviços prestados e qualificação dos profissionais de saúde. d. Os pacientes têm assim uma oferta muito reduzida no setor privado por onde escolher. 	<p>Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.</p>
<p>A receita média anual da maioria das unidades de saúde, incluindo farmácias, é inferior a 1.5 Milhões de meticais, o que demonstra a fragilidade do setor privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. A receita média anual da maioria das unidades privadas de saúde é muito baixa. Dependem dos fluxos de caixa provenientes das operações diárias para sobreviver e são incapazes de suportar pagamentos diferidos (de seguradoras e companhias de planos de saúde) o que limita a sua capacidade de aumentar a oferta dos seus serviços. 	<p>Aumentar a disponibilidade e o acesso a serviços e produtos.</p>

Questões Financeiras		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
<p>O elevado custo de capital é uma barreira à entrada de novos players assim como um obstáculo ao crescimento dos intervenientes já existentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. As taxas de juro são muito altas, podendo chegar aos 30% para empréstimos sem garantia, pelo que a maioria dos agentes envolvidos nesta área conta apenas com os lucros gerados pelas unidades de saúde como capital. b. Com a dificuldade de financiamento que as unidades de saúde enfrentam, as mesmas acabam por não conseguir modernizar-se, adquirir melhores equipamentos, apostar na formação dos seus colaboradores ou expandir a gama de serviços disponíveis. 	<p>Aumentar a disponibilidade e o acesso a serviços e produtos.</p>

<p>Não há incentivos por parte do governo para que os agentes envolvidos na cadeia logística invistam o seu capital próprio para fazerem crescer as unidades privadas de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. As unidades privadas de saúde são taxadas como empresas privadas, exceto aquelas que são classificadas como entidades de utilidade pública e que beneficiam de redução de taxas a pagar. b. O imposto sobre o rendimento de pessoas coletivas (IRC) é 32%, os impostos são pagos antecipadamente e não há incentivos ao reinvestimento. c. Os produtos relacionados com a saúde estão isentos de impostos alfandegários, mas pagam custos relacionados com procedimentos alfandegários. d. As margens de lucro são muito reduzidas e as empresas enfrentam grandes desafios para se manterem rentáveis. 	<p>Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.</p>
---	---	---

Recursos Humanos		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
<p>A falta de profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) afeta os cuidados de saúde prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Existe uma grande falta de médicos (gerais e especialistas). b. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos dão prioridade a trabalhar no setor público, uma vez que preferem a segurança que este oferece, com um ordenado e emprego fixo. c. Esta falta de médicos especialistas implica que haja menos oferta no setor privado de serviços especializados, o que afeta os utentes destas unidades. 	<p>Aumentar o número de pessoas qualificadas para fazer face às necessidades da prestação de serviços de cuidados primários de saúde.</p>
<p>Médicos e enfermeiros que trabalham apenas no setor privado têm muito menos acesso a formações, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Os profissionais de saúde que trabalham exclusivamente no setor privado (sobretudo recém-licenciados e profissionais reformados do setor público) praticamente não têm acesso a formações médicas, uma vez que o setor privado não as oferece aos seus profissionais e que estes não se podem inscrever e participar nas que são fornecidas pelo setor público (seja pelas próprias unidades de saúde ou através de ONGs que têm parcerias com o setor público). 	<p>Aumentar o número de pessoas qualificadas para fazer face às necessidades da prestação de serviços de cuidados primários de saúde.</p>

	b. A falta de formação dos profissionais de saúde que trabalham exclusivamente no setor privado impacta a qualidade dos cuidados de saúde prestados por estes.	
--	--	--

Gestão Operacional		
Contexto	Constrangimentos	Oportunidades
As ruturas de stock impactam toda a cadeia de abastecimento e este impacto é maior nas unidades privadas de saúde mais pequenas e em zonas mais remotas, incluindo na disponibilidade de métodos de planeamento familiar (DIUs e implantes, sobretudo).	<p>a. Uma percentagem significativa das unidades privadas de saúde e farmácias constata que há recorrentes ruturas de stock em medicamentos e métodos de planeamento familiar.</p> <p>b. Para além disso são ainda obrigadas a fazer encomendas mínimas o que as força ou a encomendar mais quantidade do que a necessária o que tem o risco de não conseguirem escoar todo o stock ou a enfrentarem possíveis ruturas de stock.</p> <p>c. As roturas de stock são frequentes porque o maior risco para os importadores é não conseguirem escoar o stock de medicamentos.</p> <p>d. As ruturas de stock não acontecem apenas com medicamentos, mas também com equipamento médico e consumíveis (reagentes químicos, compressas, luvas, etc.).</p>	Desenvolver e atualizar protocolos e políticas de saúde adequadas para toda a cadeia de valor.
A falta de formação mas também a grande rotatividade dos profissionais do setor privado afetam o serviço prestado ao cliente.	<p>a. Muitas unidades privadas de saúde não têm capacidade administrativa e organizacional para gerir parceiras com seguradoras/companhias de planos de saúde. Problemas recorrentes passam por faturas enviadas tardiamente, erros no preenchimento de formulários e falta de sistemas informáticos que ajudem na gestão dos processos ou falta de capacidade e conhecimento para utilizar os mesmos.</p> <p>b. A alta rotatividade dos profissionais faz com que se percam os recursos humanos que têm formação específica sobre softwares ou formas de trabalhar com certos programas e o custo de estar constantemente a formar novas pessoas é muito</p>	Aumentar o número de pessoas qualificadas para fazer face às necessidades da prestação de serviços de cuidados primários de saúde.

	elevado. Tudo isto impacta o serviço que é prestado ao cliente.	
Rivalidades existentes entre unidades privadas e públicas de saúde afetam a oferta de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> a. As unidades públicas de saúde impõem restrições aos seus profissionais de saúde relativamente a trabalharem no setor privado. b. Nas unidades públicas negam serviços de saúde relacionados com Planeamento Familiar e Cuidados Pré-Natais aos utentes do setor privado. c. Funcionários públicos por vezes exercem o seu poder para atrasar ou impedir licenciamentos de certas unidades privadas de saúde. 	Melhorar a relação entre os setores público e privado e facilitar o acesso à informação por parte de toda a cadeia logística.