



“EU VIM PARA QUE TODOS TENHAM VIDA EM ABUNDÂNCIA”
(Jo 10,10)

**UMA REFLEXÃO
A PARTIR DAS CHAMADAS
“DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS”**

UMA REFLEXÃO
A PARTIR DAS CHAMADAS
“DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS”
DTS

Este documento foi elaborado pelo Grupo de Reflexão Interdiocesana (GRI) assessor da Comissão Nacional de Justiça e Paz:

Coordenadora: Ir. Pilar de la Puerta

Arquidiocese de Maputo: Thomas Selemane

Arquidiocese de Beira: P. Fidel Salazar

Arquidiocese de Nampula: Tipito Assane

Diocese de Pemba: Albino Macuacua

Diocese de Tete: P. Elton Laisone

Com o apoio de

MISEREOR
IHR HILFSWERK

Katholische Zentralstelle
für Entwicklungshilfe e.V.

Índice

SIGLAS.....	ii
RESUMO.....	iii
1. CONHECENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS.....	1
2. LUZES E SOMBRAS NO COMBATE ÀS DTN	5
a) O direito a receber cuidados médicos.....	5
b) Dívida Social versus Dívida Externa.....	6
c) Doenças negligenciadas versus doentes negligenciados.....	7
d) Atenção ao doente versus atenção aos doadores	8
3. O PAPEL DA IGREJA	9
a) Uma Pastoral da Saúde	10
b) Uma pesquisa de campo sobre a situação da saúde dos nossos irmãos mais vulneráveis	11
BIBLIOGRAFIA	13

SIGLAS

DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
GS	Gaudium et Spes
EV	Evangelium Vitae
HIV	Virus de Imunodeficiência Humano
LS	Laudato SI
MISAU	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-governamentais
SNS	Sistema Nacional de Saúde

RESUMO

As doenças tropicais negligenciadas é um conjunto de doenças endémicas em algumas zonas do Planeta, sobre tudo ai onde escasseia o saneamento do meio e a água potável, e para as quais as indústrias farmacêuticas não tinham prestado nenhum interesse. O sofrimento destas doenças afecta física, laboral e moralmente à própria autoestima do doente e o seu sentido de dignidade. É preciso abordar a questão desde a missão que a Igreja tem de anunciar o Evangelho de vida e desde a espiritualidade de cuidado da vida.

1. CONHECENDO AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Falar de doenças tropicais negligenciadas (DTN) é falar de algo desconhecido como o próprio nome sugere. Contudo constitui preocupação e um problema de Saúde pública. A Igreja Católica de Moçambique, através da Comissão Nacional de Justiça e Paz decidiu abordar esta temática para trazer à luz uma outra parte da realidade da sociedade Moçambicana, que está em situação de vulnerabilidade, seja pela falta de conhecimento da existência de determinadas doenças, seja pela incapacidade de aceder ao sistema nacional de saúde para receber o diagnóstico e tratamento adequado.

“Doenças Negligenciadas” é o termo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) dá a uma série de doenças que até pouco tempo não têm merecido a devida atenção no que concerne a prevenção, controlo, diagnóstico, tratamento e notificação. São doenças tratáveis e curáveis que afectam, principalmente, populações com poucos recursos financeiros que, justamente por isso, não despertam o interesse da indústria farmacêutica. Por outra parte, o próprio doente acaba não dando a importância aos sintomas, considerando normal o que lhe acontece e suportando a dor e as consequências. Pode se fazer presente a uma unidade sanitária para se queixar de febre, mas vai relacionar com a malária, tuberculose outras doenças. Ocorrem o mais frequentemente nos países em vias de desenvolvimento que sofrem do saneamento deficiente, da falta da água potável e do acesso deficiente dos cuidados médicos. A população que vivem nas zonas rurais carregam o maior peso destas doenças.

São doenças que desfiguram e incapacitam, que impedem as crianças de frequentar a escola e os pais de trabalhar, limitando assim o seu potencial e deixando as famílias e comunidades atoladas na pobreza. Causam a saúde precária crônica, a incapacidade de trabalhar e a desfiguração. Isto pode variar do pé elefantino da filariose às lesões faciais do leishmaniasis.

Estes por sua vez reduzem a capacidade do paciente para ganhar uma renda constante, intensificam o ostracismo e promovem a pobreza.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece 17 doenças tropicais negligenciadas: dengue; raiva; tracoma; úlcera de Buruli; boubá; hanseníase; doença de Chagas; doença do sono; leishmaniose; teníase e neuro cisticercose; dracunculose; equinococose; trematodíases de origem alimentar; filariose linfática; oncocercose (cegueira dos rios); schistosomose; e helmintíases transmitidas pelo solo. Em Moçambique as atenções estão viradas para a Filariose linfática, Schistosomíase, Helmintíases, Tracoma, Oncocercose, Raiva e Lepra.

O recente mapeamento epidemiológico de schistosomíase e helmintíase transmitida por solo revela que estas doenças ocorrem em todo o país. A filariose linfática é também endémica em Moçambique, em particular nas províncias do norte e centro do país com uma taxa até 82% em alguns distritos da província de Nampula. O tracoma apresentou uma prevalência até 32% em alguns distritos da província de Niassa. A ocorrência de oncocercose foi descrita pela primeira vez em 1997 na província central da Zambézia. O mapeamento epidemiológico rápido para oncocercose realizado em 2001 confirmou a existência desta doença e resultados similares foram obtidos em 2007 no segundo mapeamento.

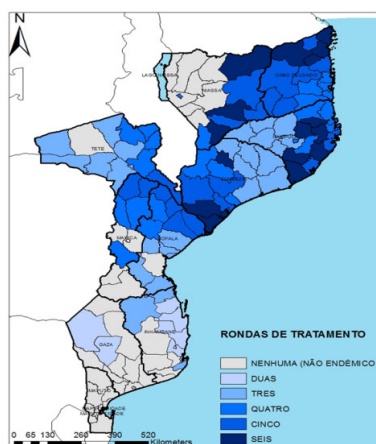
Moçambique atingiu em 2008 a meta de eliminação da lepra a nível nacional, com uma taxa de prevalência nacional de 1 caso/10.000 habitantes. No entanto, nem todos os distritos seguem a mesma tendência. Existem ainda 24 distritos que têm a taxa de prevalência superior a 1 caso por 10.000 habitantes. As novas infecções significam um retrocesso para Moçambique no que diz respeito à luta contra esta enfermidade.

A seguinte tabela e mapa mostra-nos as Províncias mais afectadas por estas doenças. Nela podemos perceber que as Províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia, são zonas endémicas. É dizer, toda a população está

em risco de contrair uma das chamadas “DTN”. Quanto mais ao sul do País, menos condições e possibilidades de contrair alguma das DTN.

Província	Total de Distritos	Distritos endémicos	# Distritos com 5 ou mais rondas	
			Cinco	Seis
Cabo Delgado	17	17	6	4
Niassa	16	8	3	4
Nampula	23	23	2	8
Zambézia	22	22	6	4
Tete	15	14	2	0
Sofala	13	12	3	0
Manica	12	5	2	0
Inhambane	14	10	0	0
Gaza	12	2	0	0
Maputo Província	8	0	---	---
Cidade de Maputo	7	0	---	---
Total	159	113	24	20

Fonte : MISAU 13/12/2018



Fonte : MISAU 13/12/2018

De seguida, apresentamos um resumo das cinco principais DTN em Moçambique:



Filariase linfática

É uma doença transmitida por mosquitos, causada por vermes parasitas que danificam partes do sistema imunológico. É uma doença dolorosa e pode resultar em desfiguração.



Oncocercose

Causada por uma infeção por vermes parasitas transmitida por moscas negras, que crescem em riachos e rios de caudal rápido. A doença pode causar prurido debilitante, problemas de pele desfiguradores e perda de visão.



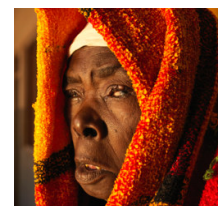
Esquistossomose

Desenvolve-se quando as pessoas entram em contacto com água contaminada por determinados caracóis portadores dos parasitas causadores da doença, que penetram a pele e circulam pelo corpo. A infeção afeta principalmente o sistema urinário ou intestinal, causando problemas de saúde crónicos e, em alguns casos, a morte.



Helmintos transmitidos pelo solo

Os helmintos transmitidos pelo solo abrangem um grupo de parasitas intestinais que medram em locais com más condições de saneamento e em que o solo é quente e húmido. A infeção reduz a capacidade do corpo para absorver nutrientes e vitaminas.



Tracoma

É causado por uma infeção bacteriana contagiosa do olho. Propaga-se normalmente através do contacto com mãos ou vestuário contaminados e por moscas que entram em contacto com os olhos ou o nariz de uma pessoa. Pode causar cicatrizações do interior da pálpebra e, em alguns casos, cegueira irreversível.

A nível mundial tem-se colocado como meta global eliminar as DTN até 2020. Em 2013 realizou-se a Sexta Conferência dos Ministros de Saúde da União Africana, em Adis Abeba organizando uma Plataforma Continental para o controlo e a eliminação das doenças tropicais negligenciadas até 2020.

Desde de 2008 Moçambique tem um programa de Controlo de Doenças Tropicais Negligenciadas. Em 2009 iniciou a campanha de tratamento massivo em 18 distritos e expandiu-se nos anos seguintes para 90 distritos. Organizam-se campanhas, rondas de tratamento nas quais distribuem-se e administram-se os medicamentos oferecidos por alguns laboratórios farmacêuticos.

2. LUZES E SOMBRAS NO COMBATE ÀS DTN

a) O direito a receber cuidados médicos

A Dignidade humana é o alicerce de toda reflexão da Igreja sobre qualquer realidade social, política ou económica. Ela é, também, o fundamento dos Direitos Fundamentais Humanos. O direito à saúde é um direito humano subjectivo. Isto é, uma pessoa pode renunciar a uma melhor saúde por opções pessoais de prazer ou altruístas. Porém, o Direito a receber cuidados médicos é um direito fundamental e universal. É este direito que está consagrado na Constituição da República de Moçambique no artigo 89 estabelecendo que *“Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”*. É dizer, este direito dá legitimidade aos cidadãos de criarem medidas seguras ou iniciativas de modo a evitarem as doenças negligenciadas.

Ainda mais, toda pessoa tem direito às condições externas da vida social que permitam um desenvolvimento humano pleno, em todas as suas dimensões: o Bem Comum. E se este é também um bem pelo qual cada um é responsável, não é menos certo que o fim e sentido do governo

político é a procura do Bem Comum. Sendo assim, é obrigação do Estado em geral e do Governo em particular desenvolver políticas públicas para combater as doenças negligenciadas, assim como promover políticas preventivas que garantem o acesso ao tratamento. Assim, devemos afirmar que as condições do meio e saneamento, condições necessárias para ter acesso à saúde, fazem parte da dívida social que o Estado, e de maneira particular o Governo tem para como os cidadãos. O Papa Francisco apela, cada vez com mais veemência, pelo direito à água potável como um direito fundamental e universal porque determina a sobrevivência das pessoas e, portanto, é condição para o exercício dos outros direitos humanos (LS 30).

b) Dívida Social versus Dívida Externa

“Este mundo –continua o Papa- tem uma grave dívida social para com os pobres que não têm acesso à água potável, porque isto é negar-lhes o direito à vida radicado na sua dignidade inalienável” (LS 30). Faz parte da Dívida Social tudo aquilo que o Estado deveria por a disposição das populações por direito próprio e que não pode por porque os fundos que deveriam ser aí aplicados estão invertidos em outros assuntos e/ou negócios.

É importante e não pode ser negado o esforço da OMS em melhorar a vida e bem-estar das comunidades. É de louvar o empenho feito no nosso País para erradicar doenças ligadas à pobreza. Mas é importante também poder questionar a lentidão do SNS para oferecer aos cidadãos a atenção médica e medicamentosa à qual têm direito e a dependência de ajudas e donativos dos laboratórios farmacêuticos assim como das diferentes agências de cooperação e desenvolvimento de outros países cujas políticas em saúde prevalecem e são impostas no nosso País.

Ainda esta reflexão é ocasião para dizer “NÃO” ao pagamento da dívida ilegal e oculta e “NÃO” a sacrificar os benefícios procedentes da venda de Gás para pagar essa dívida enquanto o Governo tem uma grande dívida

social com o povo moçambicano. É necessário, moral e ético que o Estado seja bom credor e pague ao povo a dívida social que está a lhe dever. E esta dívida paga-se oferecendo condições de saneamento, acesso a água potável e aproximando a saúde do cidadão sem depender da “generosidade” dos laboratórios farmacêuticos para organizar campanhas e/ou rondas uma vez por ano.

c) **Doenças negligenciadas versus doentes negligenciados**

A OMS define o que e quais são doenças negligenciadas. Mas, por quê? São as doenças que são negligenciadas ou são os pacientes com essas doenças quem são negligenciados? Negligenciados por quem? Com que critérios são definidas e escolhidas as chamadas DTN? Olhando para a realidade moçambicana vemos que existem várias outras doenças negligenciadas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Por exemplo, do ponto de vista de sustentabilidade da estratégia do seu combate, a malária em Moçambique pode ser considerada ainda uma doença negligenciada, na medida em que todos os esforços visando o seu combate visam apenas atenuá-la e não eliminá-la: promoção do uso de redes mosquiteiras e campanhas de pulverização intra-domiciliária, ao invés de pulverização extra-domiciliária que eliminaria o mosquito causador da malária em todo o ambiente residencial. De facto perguntamo-nos aonde ficou a famosa vacina contra a malária? É evidente que mesmo no caso das doenças “não negligenciadas” o SNS em linha com a OMS procuram não perturbar os interesses empresariais que vivem da perpetuação dessas doenças, oferecendo apenas soluções paliativas.

Ainda podemos nos perguntar onde ficam, por exemplo, as doenças psíquicas? Nas ruas das nossas cidades, vilas e aldeias encontramos cada vez mais frequentemente pessoas incapazes de se inserir na convivência social e preferem viver na margem de todo hábito e norma social, completamente negligenciados pelas famílias, os cidadãos e o SNS. Como refere Weimer (2012) no seu estudo “*Sáude para o povo? Para um*

entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique”, a saúde cada vez menos é considerada um serviço público essencial e basicamente gratuito fornecido pelo Estado, a que o público tem direito (mesmo quando paga taxas e encargos para o usar), e sim uma actividade económica e forma de ganhar dinheiro e obter rendimentos. Uma vez mais questionamos e reclamamos que as políticas devem estar orientadas para o bem comum e que utilizar as populações para interesses próprios, sejam políticos, sejam económicos, é uma das maneiras de violar a sua dignidade.

d) **Atenção ao doente versus atenção aos doadores**

O sector da saúde em Moçambique caracteriza-se por ser um campo bastante desigual de actuação de múltiplos actores com capital financeiro, técnico e político com capacidade de definir e estruturar os rumos e opções de provisão de serviços de saúde em Moçambique. Em função de interesses particulares, diferentes doadores desdobram-se na escolha e investimento em Programas de saúde específicos, com destacada preferência em programas de HIV, Tuberculose, Malária, Saúde da Mulher e da Criança e outras, nos quais definem toda a linha dorsal de intervenção, desde a estimativa da magnitude das epidemias, definição de prioridades, e metas a serem alcançadas.

Através de abordagens electivas e seletivas, os doadores estabelecem ilhas de “excelência” que são apropriadas e institucionalizadas no Ministério da Saúde, onde o sistema de gestão pública de serviços de saúde abre alas para a inserção de unidades específicas com a função de dinamizar a implementação de programas específicos, criando assim “ilhas de provisão de serviços” institucionalizados em programas específicos desenhados para cada doença. Além do investimento na institucionalização vertical de linhas programáticas e temáticas de intervenção, o campo da saúde é povoado por uma legião de ONGs e instituições afins, atreladas a doadores específicos e até países, com a função, aparentemente superficial e de

tempos limitados, de provisão de assistência técnica, em todas as áreas (clínica, recursos humanos, procurement, logística, monitoria e avaliação, financeira entre outras).

Na prática, estas ONGs internacionais acabam sendo o braço executor e implementador da maior parte dos recursos canalizados pelos doadores, funcionando como mediadores entre os doadores, os gestores do Ministério da Saúde (MISAU) e os provedores de serviços nas Unidades Sanitárias.

Como nos lembra o Papa Francisco na sua Carta Encíclica “Laudato Si’”: *“A política não deve submeter-se à economia, e esta não deve submeter-se aos ditames e ao paradigma eficientista da tecnocracia. Pensando no bem comum, hoje precisamos imperiosamente que a política e a economia, em diálogo, se coloquem decididamente ao serviço da vida, especialmente da vida humana”* (LS 189). É preciso um diálogo franco, transparente, sério e honesto que afronte estes problemas intimamente ligados à cultura do descarte negligenciando seres humanos que se convertem rapidamente em lixo.

3. O PAPEL DA IGREJA

A Igreja em Moçambique está presente em todos os Distritos onde aparecem estas doenças e todas as outras também negligenciadas. Como afirmou o Concílio Vaticano II: *“As alegrias e as esperanças, as tristezas e as angústias dos homens de hoje, sobretudo dos pobres e de todos aqueles que sofrem, são também as alegrias e as esperanças, as tristezas e as angústias dos discípulos de Cristo; e não há realidade alguma verdadeiramente humana que não encontre eco no seu coração”* (GS 1).

O Evangelho da vida está no centro da mensagem de Jesus. Acolhido cada dia pela Igreja, há-de ser fiel e corajosamente anunciado como boa nova aos homens de todos os tempos e culturas. Este Evangelho de vida, consiste na participação da própria vida de Deus e manifesta a grandeza e

o valor precioso da vida humana, inclusive já na sua fase temporal. Com efeito, a vida temporal é condição basilar, momento inicial e parte integrante do processo global e unitário da existência humana. Já o Papa João Paulo II lembra na sua Carta Encíclica “Evangelium Vitae”: *“O Evangelho do amor de Deus pelo homem, o Evangelho da dignidade da pessoa e o Evangelho da vida são um único e indivisível Evangelho”* (EV 2). Por isso, a Igreja não pode se desentender dos problemas de saúde das pessoas como se algo alheio à sua missão isso fosse. É necessário fazer chegar o Evangelho da vida ao coração de todo o homem e mulher, e inseri-lo nas pregas mais íntimas do tecido da sociedade inteira (EV 80).

Mas, como fazê-lo? Colocamos aqui alguns pontos que podem ajudar outros grupos e comissões a continuar o trabalho de aprofundamento e aplicação à realidade do Evangelho de Vida.

a) Uma Pastoral da Saúde

Pensar e organizar uma Pastoral da Saúde ao nível nacional, nas Dioceses e nas paróquias. Uma Pastoral da saúde em três dimensões: Solidária, Comunitária e Político-institucional: Solidária, porque o sofrimento do irmão é o próprio sofrimento; Comunitária, porque é na comunidade inteira que deve ser trabalhada a saúde. A saúde não é um assunto unicamente pessoal e/ou privado; Político-institucional, porque atenção médica é um direito que devemos receber quando o necessitar, não quando o Governo decidir.

Reflectir e planificar uma pastoral humanizadora e evangelizadora que faz presente os gestos e as palavras de Jesus misericordioso e infunde conforto e esperança para aqueles que sofrem; uma pastoral que anuncia o Deus da vida e que promove a justiça e a defesa dos direitos dos mais fracos, os doentes; que compromete a comunidade cristã num trabalho organizado e estruturado dentro duma pastoral de conjunto. Precisamos aprofundar na espiritualidade do cuidado da vida (de toda vida). A Carta

Encíclica “Laudato Si” pode, entre outros, ajudar a perceber como todas as coisas e realidades da vida estão integradas.

Esta pastoral deve trabalhar ao mesmo tempo a saúde e a educação. Trata-se de motivar a mudança de hábitos e comportamentos ao mesmo tempo que a promoção do saneamento do meio. Deve ajudar as pessoas a perceberem a grandeza da sua vida e dignidade e, em consequência, motivar para o autocuidado e higiene. Deve ajudar a procurar ajuda e atenção médica quando precisar, sem demora e promover, ao mesmo tempo, os elementos da natureza que ajudam a prevenir e curar das doenças.

b) Uma pesquisa de campo sobre a situação da saúde dos nossos irmãos mais vulneráveis

O que é a saúde? O que é a doença? Quem está sadio e quem está doente? Qual é a relação que há entre o ambiente no qual vivemos, o ambiente familiar, social, político e as doenças? Até onde está presente a corrupção no mundo da saúde? Quais são os factores que favorecem que uma profissão voltada ao cuidado da vida se torne em “abusadora da vida”? São perguntas cuja resposta poderiam ajudar os cristãos a se comprometer com maior clareza numa pastoral da saúde.

Faltam estudos sérios ao respeito em Moçambique. Somente contamos com dados estatísticos da OMS e/ou o MISAU. Mas as pessoas doentes não são números. Tem rosto próprio, são os nossos irmãos... Precisamos estudos sérios que nos aproximem da realidade com rosto humano e desde um olhar humanizador e misericordioso.

BIBLIOGRAFIA

AHO&WHO. *Analytical summary - Neglected tropical diseases*. Em: http://www.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Analytical_summary_-_Neglected_tropical_diseases/pt. Acesso em 02/12/18.

CEPSA (2015). *Uma análise de economia política dos cuidados de saúde em Moçambique para informar a Fundação MASC*. MASC: Maputo.

CELAM, Departamento de Justicia y Solidaridad (2004). *Discípulos Misioneros en el Mundo de la salud*. Misión Continental. CELAM: Bogotá.

Concílio Vaticano II (1965). *Gaudium et Spes*. BAC: Madrid

Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro.

Dicastério para o Serviço do Desenvolvimento Humano Integral (2018). *Oeconomicae et pecuniariae quaestiones. Considerações para um discernimento ético sobre alguns aspectos do atual sistema econômico-financeiro*. 6 de janeiro de 2018.

Francisco (2015). *Laudato Si*. Vaticana: Vaticano

Gujral, L. e Gama Vaz R. (2000). “Prevalência, comportamentos de risco e níveis de informação sobre a esquistossomose urinária em escolares da Área de Saúde 1o de Junho, na Cidade de Maputo, Moçambique”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1):43-50, Jan-Mar, 2000.

Iniciativa da Pobreza e Meio Ambiente Moçambique. *Integração ambiental para redução da pobreza e desenvolvimento económico*. PDF.

João Paulo II (1995). *Evangelium Vitae*. Vaticana: Roma

Jornal Notícias On-line (2014). *Melhora controlo das doenças negligenciadas*. Em: <http://jornalnoticias.co.mz/index.php/sociedade/13812-melhora-controlo-das-doencas-negligenciadas.html>. Acesso em 26/11/18.

Manjate, E. Prince (2018). Direcção Nacional de Saúde Pública – Power Point de um pacote de formação para Campanha de tratamento massivo. Parte I, II e III.

Matsinhe P. *Doenças negligenciadas e crónicas. Males que castigam os moçambicanos*. Domingo, 23/09/18, pag 27.

Namburete, D. (2018). *Saúde à lá Torre de Babel – O caso de Moçambique*. IDS blog. N’weti – Comunicação para a Saúde.

O’Laughlin, B. (2010). “Questions of Health and Inequality in Mozambique”. *Cadernos IESE 04*: Maputo.

OMS. (2018). *Doença Negligenciada*. In https://pt.wikipedia.org/wiki/Doença_negligenciada

ONU News (2017). *Doenças podem ser associadas à masculinidade em Moçambique*. Em: <https://news.un.org/pt/story/2017/04/1583321-entrevista-doencas-podem-ser-associadas-masculinidade-em-mocambique>. Acesso em 26/11/18.

Pontifícia Academia para a Vida (2005). *Qualidade de vida e ética da saúde*. ASSEMBLEIA GERAL DA PONTIFÍCIA ACADEMIA PARA A VIDA (21-23 DE FEVEREIRO DE 2005).

RM (2018) *Constituição da República de Moçambique de 2004 alterada pela Lei nº 1/2018 de 12 de Junho – Lei de Revisão pontual da constituição da República de Moçambique*.

Sambo, E. (2017). *Moçambique declarado livre de lepra mas ainda com contaminações alarmantes*. Em:
<http://www.verdade.co.mz/nacional/60996-mocambique-declarado-liv>. Acesso em 26/11/18.

Turkson P K A (2018). *Mensaje para la LXV Jornada Mundial de Lucha contra la Lepra*, 28.01.2018. Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral.

UA (2013). *“Impacto das doenças não transmissíveis (DNT) e das doenças tropicais negligenciadas (DTN) no desenvolvimento de África”*. Sexta Conferência dos Ministros da saúde da União Africana 22-26 de Abril de 2013. Adis Abeba, Etiópia.

Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases (2016). *Moçambique e as doenças tropicais negligenciadas*. PDF.

Weimer, B. (2012). *“Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique”*. In Weimer (ed.) *Descentralizar o Centralismo*, IESE: Maputo.