



Estudo 2

Impacto dos modelos de financiamento na equidade no acesso, qualidade dos cuidados e garantia do direito universal à saúde em Moçambique

Autores

Elis Borde, Elias Sete Manjate, Nicholas Soyombo, Gabrielle Lima Silva,
Eliana Martínez-Herrera, Mariana Gutiérrez-Zamora Navarro, Janet Dulá,
Policarpo Ribeiro, Ivan Zahinos, Joan Benach

Apoio técnico:



Financiamento:



Esta pesquisa foi realizada com o apoio financeiro da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), no âmbito do Convénio 18-CO1-1096 «*Melhorar a saúde da população, com incidência nos seus Determinantes Sociais e especial enfoque na nutrição, através do fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários como a melhor estratégia para garantir o Direito à Saúde e a colaboração da sociedade civil, das instituições de pesquisa e do SNS*». O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não reflecte necessariamente a opinião da AECID.

Junho de 2023

Sumário

1. Introdução	3
2. Métodos do estudo.....	6
2.1 Revisão de escopo.....	6
2.1.1 Critérios de elegibilidade dos estudos.....	7
2.1.2 Estratégias de busca e seleção dos estudos	8
2.1.3 Seleção de fontes de evidência.....	8
2.1.4 Extração e análise dos dados	9
2.2 Entrevistas com informantes-chave	10
3. Resultados	12
3.1 Resultados da revisão de escopo.....	12
3.1.1 Características dos autores de artigos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique.....	12
3.1.2 Anos de publicação e língua.....	13
3.1.3 Delineamento metodológico dos estudos e abrangência territorial	14
3.1.4 Resultados dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique	16
3.1.4.1 Síntese dos resultados dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique publicados entre 1993 e 2023	18
3.2 Resultados da análise temática das entrevistas com informantes-chave	20
4. Discussão	26
4.1 Desigualdades sociais em saúde em Moçambique: o que sabemos e não sabemos.....	26
4.1.1 Novos desafios: mudanças climáticas e desastres, sindemias e pandemias	29
4.1.2 O sistema de saúde como determinante social das desigualdades em saúde	30
4.2 Oportunidades: participação social, agentes polivalentes e APS.....	33
5. Conclusões	35
Referências bibliográficas.....	36
ANEXO.....	40

1. Introdução

O financiamento do sistema de saúde de Moçambique é marcado pela fragmentação decorrente da arquitetura da Assistência ao Desenvolvimento, pelo subfinanciamento crônico e por uma estrutura centralizada, que espelha as desigualdades sociais no país (Pfeiffer et al, 2017). O sector de saúde moçambicano registrou importantes avanços que se refletem, por exemplo, na redução da mortalidade infantil e mortalidade materna (Paes-Sousa, Chavane, Coelho, 2019). No entanto, essa redução não se distribui de forma homogênea, e persistem desigualdades sociais em saúde assim como importantes desafios na garantia do direito universal à saúde em Moçambique (Llop-Girones & Jones, 2020; Llop-Gironés et al., 2018).

Ainda existem poucos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique, e há uma escassez de análises sobre os impactos da organização e do financiamento do setor de saúde nas desigualdades sociais em saúde e a efetivação do direito à saúde no país (Borde et al., 2022; Pfeiffer & Chapman, 2019). De forma geral, se reconhecem desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde mediados por determinantes geográficas, socioeconômicas, de gênero e linguístico-culturais que geram barreiras materiais e práticas de discriminação com importantes repercussões para o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento (Llop-Gironés et al., 2018). Tais determinantes refletem iniquidades historicamente consolidadas no país, mas a efetivação do direito à saúde também é fundamentalmente marcada pelas características do sistema de saúde e do financiamento. O alcance que o sistema de saúde tem na redução das desigualdades em saúde e na garantia do direito à saúde da população depende de marcos legais e normativos, da institucionalização das políticas voltadas para a inclusão social e a estruturação do sistema de saúde assim como do ambiente macroeconômico. No caso de Moçambique, a arquitetura da assistência ao desenvolvimento também é estruturante na medida em que define os fluxos dos recursos financeiros destinados ao sistema de saúde e pauta as prioridades (Namburete, 2018).

Internacionalmente, há consenso no reconhecimento de que um financiamento adequado dos sistemas de saúde é pré-requisito para um sistema de saúde que possa promover a garantia do direito à saúde e a promoção da equidade em saúde. Todavia, essa relação não se restringe ao volume de financiamento e não é linear. Desta forma, além das repercussões diretas de um financiamento inadequado, que incluem a piora da qualidade dos cuidados e a

falta de recursos de infraestrutura, recursos humanos e equipamentos; há debates sobre o desenho dos sistemas de saúde que, por sua vez, implicam uma discussão sobre a interpretação do direito à saúde, e partem do reconhecimento de que o financiamento do sistema de saúde não pode ser pensado de forma isolada e separada do sistema de saúde (Massuda, 2020).

Tais debates se cristalizam, por exemplo, na diferenciação entre “cobertura universal em saúde” e sistemas universais de saúde (Giovanella et al., 2018). Os defensores da cobertura universal em saúde defendem a promoção da proteção financeira contra os riscos do adoecimento, enquanto defensores de sistemas universais de saúde destacam a necessidade de ir além da proteção financeira de indivíduos e advogam por sistemas universais de saúde com financiamento integral, equitativo e acesso universal assim como redes de atenção territorializadas para sistemas de saúde capazes de atender as necessidades em saúde e reduzir as desigualdades sociais em saúde.

Outro elemento é destacado por Massuda (2020) que, neste sentido, aponta que “a análise comparativa entre países demonstra que aqueles com maiores percentuais de financiamento público e de alocação de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais¹²” (p. 1182). O caso dos Estados Unidos é exemplar, na medida em que o gasto comparativamente alto não se traduz em melhores resultados em saúde na comparação com outros países socioeconomicamente semelhantes, especialmente no que diz respeito aos indicadores de equidade em saúde.

O papel de uma APS bem estruturada e capilar tem sido discutido com destaque e há um reconhecimento das limitações da provisão de serviços de saúde na lógica de “silos” fragmentados e desarticulados que se contrapõe à lógica de sistemas integrados (Giovanella et al. 2019).

Mais recentemente e especialmente no contexto da pandemia de COVID-19, ainda há uma consideração maior do que vem sendo discutido como “sistemas de saúde resilientes”, capazes de se adaptar, resistir e se recuperar de adversidades e choques. Em termos gerais, a resiliência se assemelha ao que tradicionalmente associamos a um sistema de saúde de qualidade, garantindo acessibilidade, equidade, integralidade, sustentabilidade financeira e qualidade na provisão de serviços, mas traz o elemento da adaptabilidade e de forma mais

estrutural, o elemento da independência ou não-dependência por exemplo na produção de medicamentos e nas cadeias de produção e distribuição.

Os desafios são complexos, abarcam o volume de financiamento do sistema de saúde, mas também a alocação. Envolvem processos de coordenação, priorização e participação, dependendo de marcos legais e institucionais, de estruturas e processos políticos. Diante de um contexto no qual o sistema de saúde moçambicano “atende a uma variedade de interesses diferentes, respondendo a diversos parceiros e outros atores bilaterais e multilaterais que têm algum tipo de interesse circunstancial e contextual” (Namburete, 2018¹) muitas vezes conflitantes e não necessariamente alinhados às necessidades em saúde no país, existe o risco de aprofundar as desigualdades em saúde existentes no país e, mais preocupante ainda, de transmutar o exercício do direito à saúde em favorecimento ou “flexibilizar” o direito à saúde.

Este estudo pretende avançar na compreensão das relações entre financiamento do sistema de saúde e desigualdades sociais em saúde em Moçambique. Ele parte de duas análises: em primeiro lugar, uma sistematização do conhecimento a respeito das desigualdades sociais no acesso, na qualidade dos cuidados e na garantia do direito universal à saúde em Moçambique a partir de uma revisão de escopo [*scoping review*]; em segundo lugar, uma análise temática de entrevistas com informantes-chave nacionais e internacionais, que busca identificar possíveis efeitos dos diferentes modelos de financiamento do sector da saúde (públicos e privados) na configuração das desigualdades sociais em saúde.

¹ Tradução livre do inglês para o português

2. Métodos do estudo

O estudo se constrói a partir de uma revisão de escopo e uma análise temática de entrevistas com informantes-chave.

2.1 Revisão de escopo

Com o objetivo de explorar e sistematizar o conhecimento a respeito das desigualdades sociais no acesso, na qualidade dos cuidados e na garantia do direito universal à saúde em Moçambique, desenvolveu-se uma revisão de escopo [scoping review], que é indicada para mapear a produção científica existente em termos de natureza, características e volume além de identificar lacunas de pesquisa. A revisão foi desenvolvida com base nas recomendações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) e pelo método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI).

Tomou-se como questão geradora da busca a seguinte pergunta:

como se apresenta a produção científica sobre desigualdades sociais no acesso, na qualidade dos cuidados e na garantia do direito universal à saúde em Moçambique?

Desta forma buscou-se, por um lado, sumarizar a evidência e, por outro lado, caracterizar a produção científica em termos de quantidade, origem e abordagem metodológico-conceitual; para além de obter um perfil temático e analisar as colaborações acadêmicas nacionais e internacionais sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique. A revisão de escopo teve como ponto de partida o acrônimo PCC (**p**opulação: população moçambicana; **c**onceito: produção científica nacional e internacional; e **c**ontexto: desigualdades em saúde) e visou orientar, por um lado, a discussão das desigualdades sociais em saúde à luz das características dos sistemas (de financiamento do sistema) de saúde em Moçambique. Por outro lado, buscou identificar pontos de entrada (*entry points*) estratégicos para fortalecer o sistema de saúde e reduzir as desigualdades em saúde em Moçambique.

2.1.1 Critérios de elegibilidade dos estudos

Foram incluídos na revisão estudos primários quantitativos ou qualitativos, estudos de dados secundários e estudos de revisão incluindo ensaios teóricos sobre a temática publicados em inglês e português nos últimos 30 anos, isso é, no período entre 1993 e 2023. Os descritores foram definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e incluíram os seguintes e suas respectivas traduções:

1. Equidade em Saúde
2. Fatores Socioeconômicos
3. Moçambique
4. Sistemas de Saúde
5. Saúde
6. Vulnerabilidade social

As associações com os operadores booleanos foram o “AND” e o “OR”, sem necessidade do operador “NOT”. Desta forma definimos as seguintes entradas com as respectivas traduções para o português:

(Mozambique AND (Health Inequality OR Health Inequity OR Access to Care OR Health Services Accessibility OR Health Equity OR Right to Health OR Universal Health Care OR Health Care Disparities)) AND (Equity in health OR socioeconomic factors OR social vulnerability OR evaluation studies OR quality management OR health systems OR Pharmaceutical services OR Medicines)

Os critérios de inclusão foram: (a) artigos em língua portuguesa ou inglesa; (b) artigos publicados entre os anos 1993 e 2023; c) artigos listados nas bases de dados PubMed, OVID, Lilacs e Scielo; d) artigos que versaram acerca de desigualdades sociais em quaisquer temáticas de saúde referentes à população moçambicana residente em Moçambique.

Os critérios de exclusão foram: (a) estudos realizados fora do período delimitado e/ou com foco em eventos anteriores ao período estudado; (b) publicações referentes a relatos de experiências e artigos de opinião; (c) artigos com enfoque em questões biológicas de doenças específicas e não relacionados aos temas abordados no trabalho. Excluíram-se ainda (d) publicações que não abordaram Moçambique, e) monografias, dissertações e teses e f)

relatórios oriundos de simpósios ou conferências e g) manuais técnicos. Por fim, excluímos h) artigos cujos resumos foram inacessíveis para a equipe de pesquisa e i) artigos publicados em idiomas diferentes dos acima citados.

2.1.2 Estratégias de busca e seleção dos estudos

As buscas foram realizadas entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023 e concentraram-se nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), LILACS (via Portal BVS), Scielo e OVID. Adicionalmente, as referências dos artigos selecionados foram verificadas para identificar novas publicações não localizadas nas buscas anteriores (*cross-referencing*), observando os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

2.1.3 Seleção de fontes de evidência

Dois revisores fizeram a triagem independente dos estudos e os selecionaram com base nos títulos e resumo, levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão definidos. Posteriormente, os duplicados foram removidos e os revisores leram independentemente na íntegra os artigos pré-selecionados, identificando a sua relevância para a pesquisa e verificando se os critérios de inclusão foram contemplados. Divergências foram resolvidas por consenso.

Os dados extraídos incluíram detalhes sobre a autoria, ano das publicações, tipo (artigo, capítulo e documentos governamentais), local, abordagem metodológico-conceitual (tipo de estudo, marco teórico etc.), e as principais descobertas relevantes para o objetivo desta revisão. Estatística descritiva foi utilizada para analisar os resultados, por meio de frequência absoluta e relativa. Os resultados ainda foram analisados em termos temáticos.

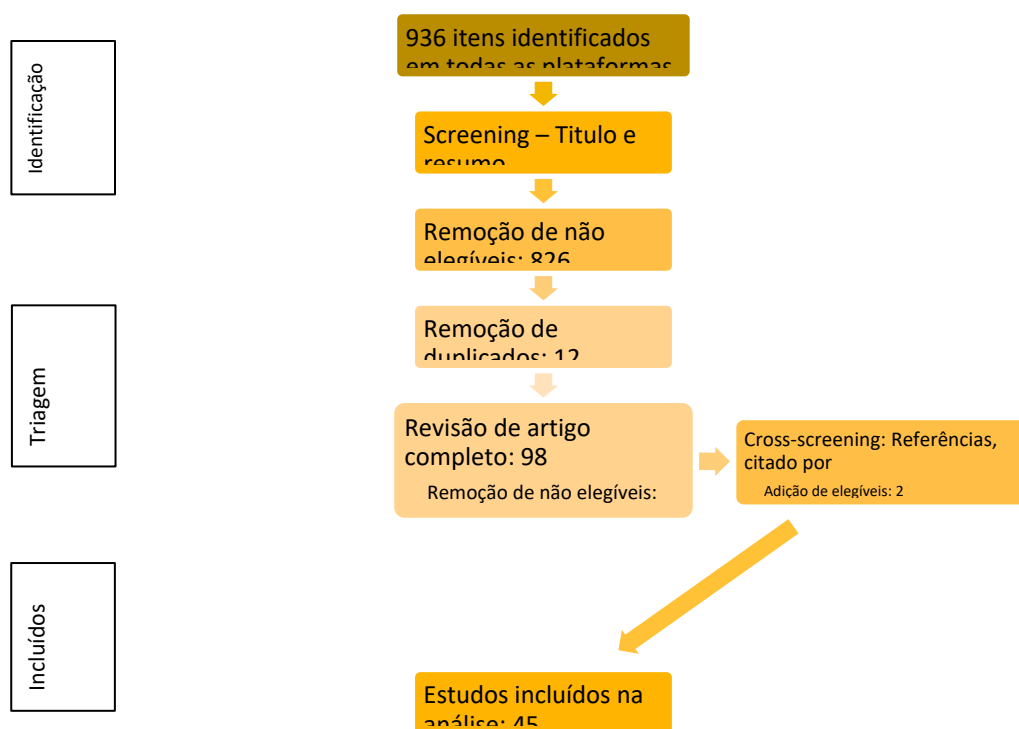
As buscas geram os seguintes resultados:

Plataforma	Resultados	Resultados após revisão de títulos e resumo
LILACS	185	23
SCIELO	209	14
OVID	95	18
PUBMED	447	55
Total	936	110

Após remoção de 12 duplicatas, um total de 98 artigos foi revisado na íntegra por três revisores com experiência na temática. 55 artigos foram removidos por serem julgados não elegíveis considerando os critérios de inclusão e exclusão. Divergências foram resolvidas por consenso.

Um total de 43 estudos foram incluídos na revisão de escopo. A lista dos estudos incluídos é apresentada no Anexo.

No diagrama PRISMA a busca se visibiliza da seguinte forma:



2.1.4 Extração e análise dos dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos inicialmente para uma planilha excel, contendo título, ano e periódico em que foram publicados e nomes dos(as) autores(as) e coautores(as). Ainda incluímos gênero do autor principal; país da instituição do autor principal; palavras-chave; e informações sobre colaborações entre pesquisadores, isso é, autores de um único país ou de múltiplos (single ou multiple country) e autores em colaboração Norte-Sul; Sul-Norte ou Sul-Sul. Posteriormente foram extraídos os seguintes dados dos resumos e textos completos: i) delineamento do estudo, ii) abrangência do estudo (nacional ou internacional), iii) tema central estudo e suas abordagens, iv) área/doença de

referência; v) população ou localidade do estudo e vi) resultados em relação às desigualdades sociais em saúde. Finalmente categorizamos os artigos por vii) categoria temática, diferenciando: Determinantes macrosociais e macroeconômicas da saúde e do acesso aos serviços de saúde; Determinantes sociais da saúde; características dos serviços de saúde e do sistema; Educação em saúde, conhecimento e crenças e suas interferências no atendimento à saúde; Barreiras de acesso aos serviços de saúde; atenção à saúde e saúde de populações vulnerabilizadas.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos não foi avaliada, uma vez que isso não fez parte dos critérios de exclusão. A extração dos dados foi conduzida individualmente por dois revisores, de forma complementar, e checada por um terceiro revisor.

2.2 Entrevistas com informantes-chave

Com a finalidade de obter informações profundas, *insights* e explicações complementares sobre o tema, conduzimos entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. No caso da presente pesquisa, informantes-chave são especialistas de diferentes áreas de atuação, vinculados a universidades, ONGs e órgãos governamentais. Desta forma, a atribuição “especialista” é concedida de acordo com o objetivo do estudo e não necessariamente em razão do cargo ocupado pelo entrevistado, buscando incluir uma multiplicidade de vozes de especialistas e desafiando noções rígidas sobre o conhecimento “especialista” (Lokot, 2021).

O roteiro da entrevista contemplou uma parte introdutória, perguntas principais sobre as temáticas centrais do estudo, perguntas investigadoras (*probing questions*) e perguntas de encerramento. As perguntas principais buscaram explorar os desafios do sistema de saúde, os desafios do financiamento do sistema de saúde e as desigualdades sociais em saúde em Moçambique. A depender do perfil do entrevistado, as perguntas foram adaptadas, ampliadas ou omitidas.

A amostragem de entrevistados para as entrevistas qualitativas foi proposital, com o objetivo de garantir uma perspectiva ampla. Foram utilizados três métodos para identificar especialistas a serem entrevistados como informantes-chave: 1) mapeamento de contatos dos pesquisadores envolvidos no estudo, 2) identificação de autores de artigos relevantes sobre financiamento do sistema de saúde e desigualdades sociais em saúde em Moçambique

a partir de uma revisão narrativa da literatura e, 3) aplicação do método da bola de neve a partir das entrevistas realizadas. Desta forma, realizamos 8 entrevistas com apoio em software de videoconferência com duração média de 45 minutos cada. Todas as entrevistas foram realizadas em português.

Dos 8 entrevistados, 7 eram masculinos, 6 eram moçambicanos e 5 atualmente residem e trabalham em Moçambique. 4 informantes-chave eram vinculados a ONGs nacionais e/ou internacionais e os outros 4 a universidades e/ou órgãos governamentais.

As entrevistas não foram gravadas. Desta forma, a análise foi realizada a partir das anotações da entrevistadora usando uma abordagem qualitativa descritiva, indicada para análises com baixo nível de interpretação, ou seja, mais focadas na extração de informações. Adotamos uma abordagem mista com procedimentos dedutivos, utilizando códigos pré-definidos oriundos da revisão de escopo, e procedimentos indutivos, conhecidos como “open coding”, que permite identificar temas e padrões *emergentes* a partir das entrevistas. Como o foco das entrevistas era exploratório, a análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2021) que utilizamos para orientar a análise, teve uma ênfase indutiva.

Seguindo Braun e Clarke, iniciamos a análise com um estudo cuidadoso de todas as anotações a fim de obter uma visão geral e dar sentido aos dados. Posteriormente, as respostas foram codificadas. Logo, os códigos foram categorizados e vinculados em grupos de respostas relativamente semelhantes (temas/ *themes* e subtemas) que representam questões-chave dos desafios do sistema de saúde, do financiamento do sistema de saúde e das desigualdades sociais em saúde em Moçambique e analisadas.

3. Resultados

Os resultados são apresentados em duas partes. A primeira foca nos resultados da revisão de escopo, a segunda, na análise de contexto e na análise temática das entrevistas.

3.1 Resultados da revisão de escopo

A revisão de escopo buscou sumarizar a evidência sobre desigualdades sociais em saúde para avançar na compreensão das desigualdades sociais em saúde à luz das características dos sistemas (de financiamento do sistema) de saúde em Moçambique e mais especificamente, para identificar lacunas de evidência, desafios mais relevantes que podem ser relacionados com as características do sistema (de financiamento do sistema) de saúde e identificar pontos de entrada estratégicos para fortalecer os sistema de saúde e reduzir as desigualdades em saúde em Moçambique.

Por outro lado, a revisão teve o objetivo de caracterizar a produção científica sobre desigualdades sociais em saúde, propondo uma análise bibliométrica sobre as características da produção científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique. Mais especificamente, a análise bibliométrica gerou resultados sobre os principais autores na área das desigualdades sociais em saúde em Moçambique e sua origem assim como a caracterização temporal e temática da produção acadêmica.

3.1.1 Características dos autores de artigos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique

Dos 45 artigos incluídos na revisão, 44.4% tinham homens e outros 44.4% mulheres como primeiros autores. Em 11.1% dos casos não foi possível inferir o gênero do autor principal a partir do primeiro nome.

Os primeiros autores dos artigos revisados foram predominantemente vinculados a instituições moçambicanas (*Figura 1*), com 37.8% do total sendo atribuídos a uma instituição moçambicana. Autores vinculados a instituições dos Estados Unidos e Inglaterra (UK) corresponderam a 22.2% das publicações. 8.9% dos autores principais são vinculados a instituições brasileiras, 6.7% a instituições da África do Sul e Canadá, respectivamente.

A maioria dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique foram conduzidos por equipes multi-país, ou seja, com autores vinculados a instituições de diferentes países, correspondendo a 66.7% das publicações. Dos artigos com autores vinculados a instituições de diferentes países (33 de 45 artigos), 20 correspondem a colaborações Norte-Sul, 7 a colaborações Sul-Sul e 6 a colaborações Norte-Norte.

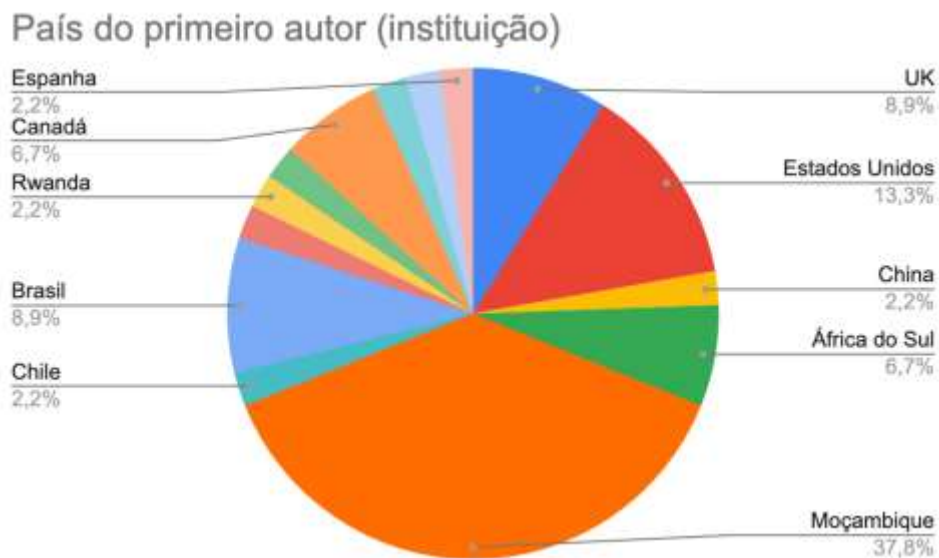


Figura 1 País instituição primeiro autor

3.1.2 Anos de publicação e língua

22.2% dos artigos foram publicados em português, 77.8% em inglês.

Os estudos incluídos na revisão foram publicados entre 1993 e 2023, compreendendo um período de 30 anos. Não identificamos artigos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique publicados entre 1993 e 1997. Há uma tendência crescente (*Figura 2*) com alguns anos (2016, 2020 e 2021) concentrando grande parte das publicações.

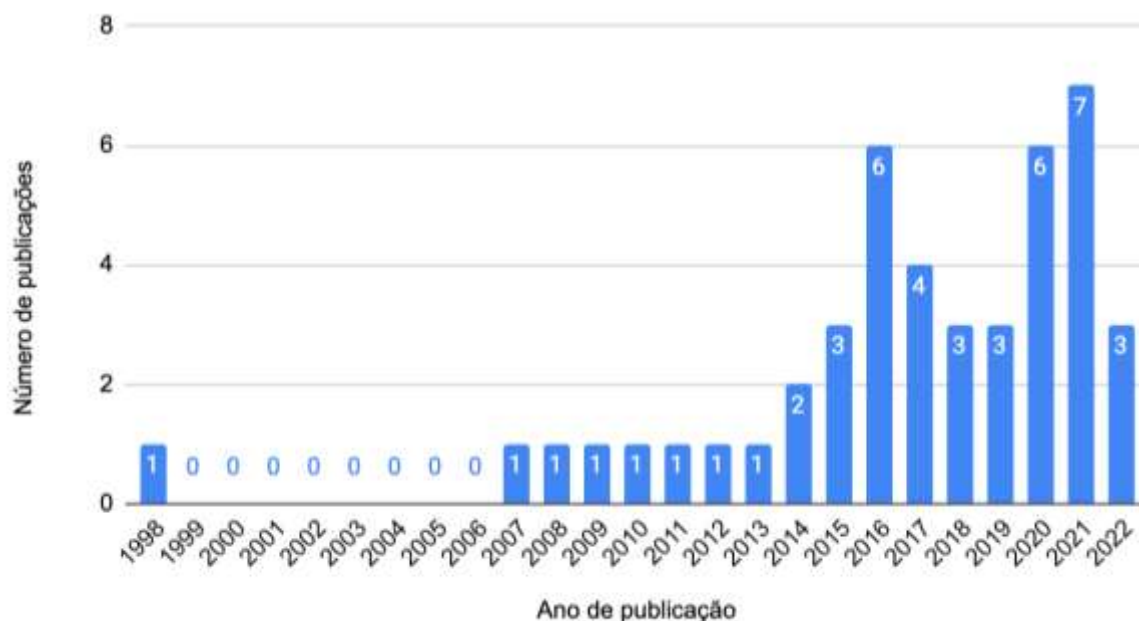


Figura 2 Publicações por ano

3.1.3 Delineamento metodológico dos estudos e abrangência territorial

Com relação ao delineamento metodológico, 55.6% dos artigos foram categorizados como quantitativos (dados secundários e primários), 22.2% como qualitativos (etnografia, análise temática, análise de conteúdo, análise de discurso etc.), 15.6% como revisões (políticas, de literatura, narrativa, sistemática etc.) e 6.7% como abordagens mistas (quanti-quali), conforme apresentado no gráfico abaixo (Figura 2).



Figura 3 Delineamento metodológico/ tipos de artigos

Para compreender o perfil da evidência sobre desigualdades sociais em saúde, classificamos os estudos de acordo com a abrangência dos dados a partir dos quais foram realizadas as análises. 26.7% dos artigos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique abordaram a temática a partir de estudos com abrangência local. 28.9% dos artigos tiveram uma abrangência internacional, ou seja, eram estudos onde Moçambique foi um dos países considerados, e a maioria, 44.4% dos artigos abordaram as desigualdades sociais em saúde com dados ou uma perspectiva nacional, comparando, por exemplo, regiões do país ou analisando dados nacionais.

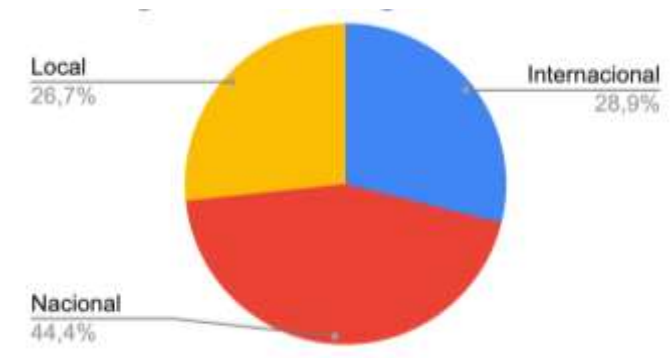


Figura 4 Abrangência dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde

Conforme apresentado na Figura 5, dos 45 artigos contemplados na revisão, 11 tratavam das desigualdades sociais com relação à HIV/Aids (24.4.5%), 10 artigos (22.2%) das desigualdades sociais na saúde sexual e reprodutiva e 7 artigos (15.6%) sobre desigualdades sociais sistema de saúde. Relativamente poucos estudos abordaram as desigualdades sociais com relação às doenças e agravos não-transmissíveis (2), cânceres (2), abuso de drogas (1) e tuberculose (1).

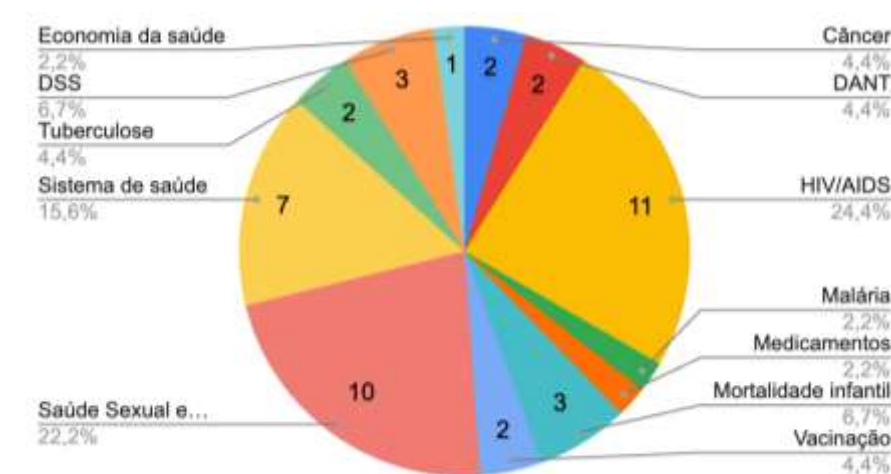


Figura 5 Doença de referência

A produção científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique é diversificada em termos temáticos e metodológicos, mas ainda pouco expressiva. Em termos temáticos, há diversificação. Contudo, a produção científica sobre desigualdades sociais em saúde não necessariamente representa as necessidades de saúde no país. Desta forma, cabe destacar a ausência de estudos sobre saúde mental, sobre pessoas com deficiências e sobre algumas doenças, por exemplo, doenças neurodegenerativas. Considerando a carga de doenças como tuberculose e malária no país, a produção científica sobre desigualdades é pouco expressiva.

3.1.4 Resultados dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique

Os resultados dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique serão apresentados por categoria temática, que foi criada de forma indutiva e posterior à revisão dos artigos na íntegra.

Categorizamos os estudos de acordo com a ênfase temática em 6 categorias temáticas:

- Barreiras de acesso aos serviços de saúde (por exemplo: geográficas, socioeconômicas, estado de ruas/rodovias, discriminação, estigma, serviços de prevenção, tratamento)
- Desigualdades na qualidade do atendimento
- Determinantes sociais da saúde (por exemplo: vulnerabilidade à infecção; gênero; pobreza, HIV-TB coinfeção)
- Características dos serviços de saúde e do sistema (por exemplo: recursos humanos, insumos, infraestrutura)
- Educação em saúde, conhecimento e crenças e suas interferências no atendimento à saúde (por exemplo: crenças marcadas pela medicina tradicional; conhecimento sobre estratégias de prevenção; conhecimento sobre doenças)
- Determinantes macrossociais e macroeconômicas da saúde e do acesso aos serviços de saúde (por exemplo: políticas de inclusão social; financiamento; políticas gerais, recursos humanos; preço de medicamentos)
- Atenção à saúde e saúde de populações vulnerabilizados (população carcerária)

A maioria dos estudos (40%) sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique aborda barreiras de acesso aos serviços de saúde incluindo barreiras geográficas e socioeconômicas, seguido por 12 do total de 45 estudos (26.7%) que abordam determinantes sociais da saúde,

8 do total de 45 estudos (17.8%) que abordam determinantes macrosociais e macroeconômicas da saúde e do acesso aos serviços de saúde incluindo questões de preço de medicamentos, disponibilidade de recursos humanos especializados e outros. 4 estudos abordam questões relacionadas à educação em saúde, conhecimento e crenças e suas interferências no atendimento à saúde e 2 a atenção à saúde e a saúde de populações vulnerabilizadas, neste caso, ambos sobre população carcerária.

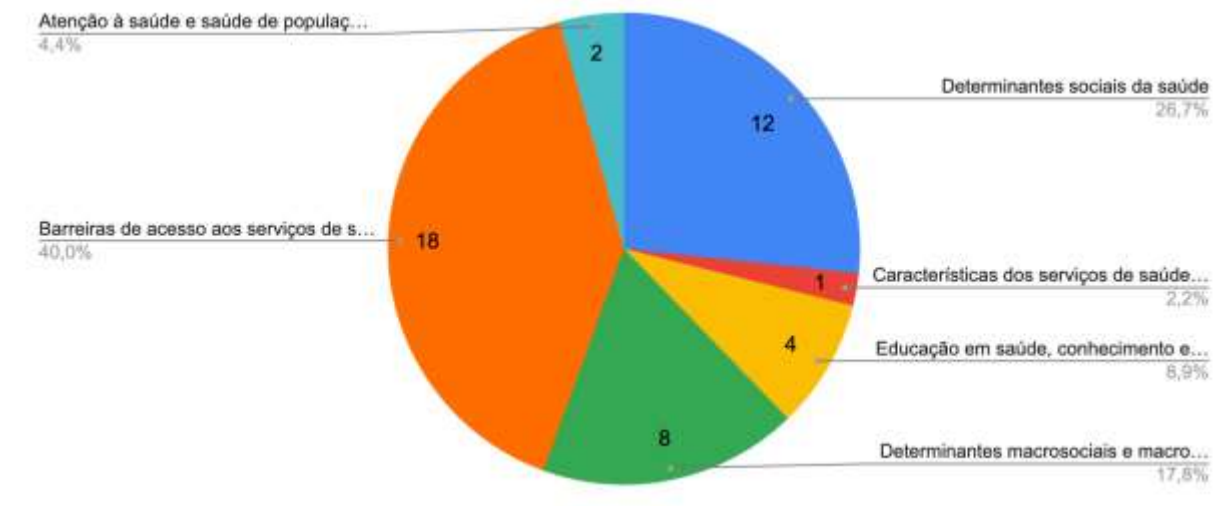


Figura 6 Categoria temática dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique

As publicações científicas sobre desigualdades sociais em saúde reconhecem a extensão e profundidade das desigualdades no país e geralmente partem de constatações sobre a gravidade dos problemas de saúde em Moçambique.

HIV/Aids, mortalidade materna e saúde sexual e reprodutiva são as temáticas mais discutidas em relação às desigualdades sociais no país, incluindo discussões sobre acesso aos serviços de saúde e tratamento. Contudo, também há produção científica expressiva sobre medidas de prevenção, incluindo vacinação e conhecimento sobre estratégias de prevenção, especialmente relacionadas à malária e planejamento familiar.

A produção científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique particularmente aborda a dimensão de gênero, abordando normas de gênero, vulnerabilidades, discriminação e estigma. Dimensões socioeconômicas também são pesquisadas, com foco na renda e, com menos frequência, escolaridade. A região e o local de moradia também são abordados nos estudos, geralmente, com relação às macrorregiões do país e a partir de comparações entre

regiões rurais e urbanas. Entre as dimensões sociodemográficas, a idade, o sexo e o estado civil são as principais variáveis incluídos em estudos sobre desigualdades sociais em saúde.

3.1.4.1 Síntese dos resultados dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique publicados entre 1993 e 2023

Com relação às barreiras de acesso aos serviços de saúde em Moçambique, os estudos apontam a distância como importante determinante. Pessoas que residem em zonas rurais de forma geral, têm menos acesso aos serviços de saúde. Contudo, os estudos mostram que além da distância em quilômetros, a sazonalidade (chuva) e as condições das ruas (Chavane et al, 2017; Stone et al., 2020; Makanga et al, 2017) são centrais para compreender barreiras de acesso. Barreiras de acesso aos serviços de saúde ainda incluem barreiras financeiras devido aos custos elevados de medicamentos (Cardenas et al., 2021) e outros gastos *out-of-pocket*, que podem incluir custos de transporte, taxas de usuários que são cobrados em serviços públicos e especialmente, nos serviços privados. Os resultados de estudos sobre barreiras de acesso aos serviços de tratamento e prevenção de HIV/Aids apontaram que o estigma social associado a ser HIV positivo e o medo da discriminação, assim como efeitos colaterais dos medicamentos e barreiras econômicas surgiram como barreiras (Lamucene et al, 2022), enquanto o poder de decisão familiar (*household decision making power*) entre mulheres não é associado ao início da terapia antirretroviral (TARV) ou retenção nos cuidados entre mulheres vivendo com HIV em Moçambique (Parcesepe et al, 2020).

Quanto aos determinantes sociais de saúde e ainda sobre HIV/Aids, Estavela e Seidl (2015) apontam que a vulnerabilidade feminina é maior e é mediada pela submissão da mulher, a dificuldade para negociar o uso do preservativo e a influência das práticas culturais, entre outros. Resultados parecidos foram encontrados em um estudo qualitativo (Firoz et al., 2016) sobre determinantes da saúde materna em uma zona rural no Sul de Moçambique, que concluiu que relações de gênero vulnerabilizam a saúde materna e identificou a violência do parceiro íntimo contra as mulheres e relações tensas com sogros e cônjuges como determinantes sociais da saúde.

A qualidade do atendimento também pode gerar barreiras no acesso aos serviços de saúde – uma dimensão negligenciada em um cenário dominado por estudos sobre acessibilidade. Llop-Gironés et al (2019) identificaram tratamento sem sucesso, longo tempo de espera, falta

de profissionais de saúde, falta de medicamentos e corrupção como problemas de qualidade no atendimento de saúde em Moçambique. Outra dimensão é apontado por um estudo sobre acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em zonas rurais de Moçambique e práticas de “*by-passing*”, que ocorre quando os pacientes não acessam os serviços mais próximos mais procuram outro em busca de melhor qualidade (Yao & Agadjanian, 2018). Os autores afirmam que a maioria das mulheres que vivem perto de clínicas tendem a utilizar as instalações mais próximas para o pré-natal, mas destacam que aquelas que viajam mais longe o fazem principalmente para buscar melhores serviços.

Poucos estudos abordaram características dos serviços de saúde e do sistema de saúde e suas relações com desigualdades sociais em saúde. A disponibilidade de médicos especialistas é essencial para garantir determinados procedimentos, como encontraram Vervoort et al (2020). Um outro estudo sobre morte materna em Moçambique encontrou que a disponibilidade de enfermeiras de Saúde Materno-Infantil estava relacionada a uma redução de 40% na mortalidade materna, enquanto outros fatores, como a disponibilidade de médicos e equipamentos, não mostraram efeitos significativos (Chavane et al, 2017).

Entre os determinantes macrossociais e macroeconômicas destacam-se os resultados de revisões de políticas que apontaram, entre outras, o papel de políticas de inclusão social na luta pela equidade em saúde e encontraram pontos fracos ou restrições na concepção e implementação das políticas (Rispel et al, 2009) e a necessidade de vincular crescimento econômico à proteção da saúde da população, que requer políticas de redistribuição de renda e de atenção à saúde em populações mais carentes (Mitano, Ventura, Palha, 2016).

Educação em saúde, informações e conhecimento e crenças culturais e religiosas podem criar barreiras no acesso aos serviços de saúde e estratégias de prevenção, atrasar a busca por ajuda e reforçar desigualdades sociais em saúde. Os estudos revisados trazem evidência sobre desigualdades sociais no acesso às informações e sinalizam que intervenções de prevenção não devem focar unicamente na informação (Chiconela & Chudassucua, 2017; Patrão & Vasconcelos-Raposo, 2012). Desta forma, Patrão & Vasconcelos-Raposo (2012) apontam que intervenções ao nível da prevenção da malária não se devem focar apenas em nível informativo, mas devem ser acompanhadas de aquisição de competências psicossociais e sócio-económicas (educação, empregabilidade, auto-eficácia, serviços de saúde adequados,

etc.). Por outro lado, mostram a influência de crenças marcadas por normas culturais e saberes da medicina tradicional que traçam itinerários terapêuticos diversificados, “começando com o conselho da família, amigos, vizinhos ou amigos de amigos, depois o indivíduo passa a movimentar-se entre os especialistas folk ou por entre os médicos” (p. 59) (Patrão & Vasconcelos-Raposo, 2012).

Os estudos sobre mulheres presas revelam traços do sistema de saúde de Moçambique e das vulnerabilidades sociais que imperam no país. Desta forma, Anli, Cruz e Oliveira (2020) avaliam a prestação dos cuidados de saúde no Estabelecimento Penitenciário como deficiente e apontam a insuficiência de recursos humanos em quantidade e qualidade na área da saúde e a falta de equipamentos médico-cirúrgicos associada ao tempo limitado de assistência para garantir atenção à saúde adequada. Arinde e Mendonça (2019) chegam a conclusões parecidas e argumentam que as crianças que coabitam com mãe privada de liberdade são um grupo duplamente vulnerável, socialmente marginalizado e pouco favorecido pelas políticas públicas de saúde e pela assistência, ainda distante do que é preconizado sobre a assistência sanitária nos estabelecimentos penitenciários.

3.2 Resultados da análise temática das entrevistas com informantes-chave

As entrevistas com informantes-chave seguiram um roteiro simples, focando nos desafios do sistema de saúde e nas relações entre financiamento do sistema de saúde e desigualdades sociais em saúde em Moçambique.

A partir da análise temática das entrevistas, identificamos os seguintes temas (*themes*) relacionados aos desafios do sistema de saúde:

- financiamento do sistema de saúde,
- mecanismos de financiamento,
- infraestrutura e insumos,
- articulação dos sub-sistemas,
- participação social no sistema de saúde,
- recursos humanos.

O volume do financiamento do sistema de saúde é avaliado como insuficiente. Destacou-se ainda a dependência do financiamento externo. A dependência é considerada como desafio pela flutuação e decorrente imprevisibilidade dos montantes de financiamento que dificultam processos de planejamento e gestão, mas particularmente porque implica uma dependência das agendas temáticas. Mais do que agendas próprias de agências específicas, vários entrevistados fizeram referência às metanarrativas e tendências gerais da cooperação internacional, que pautam a priorização temática do financiamento externo. Exemplos constituem os recursos destinados à aquisição de medicamentos e doações, que segundo os informantes-chave ainda se concentram nos “Big 3” (HIV, tuberculose, malária) e negligenciam outros problemas de saúde, incluindo medicamentos para pessoas com epilepsia, transtornos mentais e outras doenças e agravos não-transmissíveis (DANT).

Na leitura dos informantes-chave, a dependência do financiamento externo também se expressa nos mecanismos de financiamento, que marca as exigências de medição e comunicação de resultados, o grau e o alvo da focalização e finalmente também o funcionamento do sistema de saúde. Desta forma, os entrevistados destacaram a transição de *input based approaches* para *performance-based financing* (PBF), financiamento baseado no desempenho também conhecido como financiamento baseado em resultados, que vincula o financiamento dos prestadores de serviços de saúde ao alcance de metas pré-determinadas, medindo o desempenho com base em indicadores específicos. Mais concretamente os informantes-chave abordaram as potencialidades e desafios que implica o mecanismo de financiamento global (*global financing mechanism*, GFF) que foi assumido a partir de 2015 em Moçambique e surgiu como resposta à queda de credibilidade dos mecanismos de coordenação da ajuda externa por meio do PROSAÚDE e no contexto da crise da dívida no país (N’Weti, 2019).

Embora haja reconhecimento de alguns benefícios como uma maior responsabilização, transparência e eficiência na alocação de recursos, que tem o potencial de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, os informantes-chave também reconhecem desafios. Desta forma, alertaram sobre a sobreposição de serviços em áreas onde maiores impactos são esperados (por exemplo, em função do perfil sociodemográfico da população, o nível de insegurança nos locais e outras variáveis políticas), que acirram desigualdades sociais existentes no país. Em função da orientação pelo impacto, ainda predomina uma tendência

de focar os investimentos em ações de cunho médico-/fármaco-assistencialista com pouca consideração dos determinantes sociais da saúde como água, saneamento e políticas sociais mais abrangentes, cujos impactos são difíceis de medir e tem uma temporalidade maior do que os projetos de financiamento externo. A sustentabilidade dos ganhos em saúde alcançados por meio desses projetos desta forma é prejudicada ou pelo menos ameaçada.

O GFF, um modelo de financiamento que se concentra na melhoria dos indicadores referentes à saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente, por ser um mecanismo relativamente recente, ainda gera diversas dúvidas entre os entrevistados. Na opinião de alguns informantes-chave pode representar uma oportunidade para corrigir problemas inerentes aos mecanismos de financiamento mais comuns. Outros informantes-chave alertaram que o GFF pode significar o fim dos fundos comuns e a perda de protagonismo por parte do MISAU na alocação de recursos. Ainda existem questionamentos sobre a atualização de velhos problemas como a duplicação de estruturas e a centralização, considerando que o Banco Mundial é ator-chave do GFF e define a formulação da agenda. A principal crítica levantada nas entrevistas foi a falta de consideração das alternativas e propostas que têm sido articuladas pela sociedade civil, que tem gerado receios sobre o mecanismo, principalmente no que diz respeito à consideração das necessidades locais específicas, os mecanismos de participação social e a articulação do GFF com outros mecanismos, em particular, o PROSAUDE.

Entre os principais desafios do sistema de saúde de Moçambique, os entrevistados destacaram ainda a falta de infraestrutura e insumos. Desta forma, alertaram sobre como o déficit significativo de infraestrutura como as condições das estradas e a falta de veículos apropriados dificultam o “*procurement*” de medicamentos e produtos farmacêuticos. Destacaram, entre outros, como problemas logísticos e atrasos levam à escassez de medicamentos, comprometendo o tratamento dos pacientes e causando interrupções no fornecimento. Também destacaram o armazenamento inadequado, que pode comprometer sua qualidade e eficácia, além de aumentar o risco de vencimento e desperdício. Esse último também foi associado à falta de coordenação que em grande parte expressa a fragmentação do sistema de saúde de forma geral.

Os informantes-chave também associaram problemas dos sistemas de informação a problemas de infraestrutura, incluindo a falta de computadores nas unidades sanitárias e quedas prolongadas e frequentes de energia elétrica. Por outro lado, destacaram a falta de insumos hospitalares como luvas e material médico-cirúrgico como desafios, que alguns entrevistados associaram à concentração das doações na aquisição de medicamentos.

Há consenso entre os informantes-chave que um dos maiores desafios do sistema de saúde é que não existe UM sistema e há problemas de articulação entre os sub-sistemas de saúde. Especialmente as fronteiras entre o sistema público e privado são consideradas como fluidas e pouco transparentes. Há também um reconhecimento dos desafios relacionados à integração maior da medicina tradicional, que é particularmente relevante em zonas rurais, mas não é suficientemente regulamentada.

A participação social no sistema de saúde moçambicano é considerada como um dos principais desafios pelos informantes-chave. Atualmente existem poucos espaços que permitem uma participação social consistente e ampla e a comunicação entre o Estado e organizações da sociedade civil é marcada por ruídos e desconfiança. A participação é considerada fundamental para garantir a qualidade, a equidade e a eficácia dos sistemas de saúde, garantindo a transparência, a responsabilização e a equidade.

Como outros países africanos, Moçambique enfrenta vários desafios relacionados aos recursos humanos em saúde, que incluem a escassez de profissionais qualificados, a fuga de cérebros, e a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde, entre outros. Os informantes-chave associaram tais desafios ao financiamento inadequado do sistema, destacando a precarização e sobrecarga laboral, particularmente no setor público. Também associaram tais desafios à organização do sistema, em particular, sua fragmentação e a falta de articulação entre os sub-sistemas. Desta forma, destacaram que a fuga de cérebros não apenas se deu no contexto internacional, mas também se expressou no nível nacional, com grandes quantidades de profissionais migrando para o setor privado ou ONGs internacionais a partir do aumento significativo de recursos a partir dos anos 1990, no contexto da entrada do Fundo Global e outras fontes de financiamento externo diante da epidemia de HIV/Aids. Isso não se limitou aos profissionais de saúde que atuam na ponta, mas também aos profissionais responsáveis pela gestão do sistema. A distribuição de profissionais de saúde é

um problema comum em muitos países africanos e também é destacado como desafio do sistema de saúde moçambicano pelos informantes-chave. Destacam-se particularmente a falta de profissionais nas áreas rurais e remotas, o que acentua as desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre populações urbanas e rurais.

Existe consenso quanto à extensão e profundidade das desigualdades sociais em saúde no país e no acesso aos serviços de saúde e medicamentos. A partir da análise temática foi possível identificar as seguintes dimensões como temas (*themes*):

- desigualdades regionais,
- desigualdades socioeconômicas,
- desigualdades de gênero,
- qualidade dos serviços de saúde,
- evolução das desigualdades sociais em saúde.

Os informantes-chave avaliaram as desigualdades regionais como profundas e destacaram particularmente, as desigualdades entre a região Norte e Sul do país. Além das desigualdades socioeconômicas que caracterizam as regiões, questões de natureza política tem acentuado as desigualdades por marcar a alocação de recursos e a presença do Estado nas diferentes regiões. Desta forma, os entrevistados referiram a conflitos violentos que particularmente afetam a província Cabo Delgado e tem produzido vazios na presença do Estado, que acentuam desigualdades no acesso aos medicamentos e serviços de saúde na medida em que obrigam a população residente nesses locais a percorrer longas distâncias para aceder aos serviços de saúde. De forma geral, existem desigualdades entre zonas rurais e urbanas, transformando a distância das capitais provinciais e particularmente da capital Maputo em determinante social da saúde.

Além das desigualdades regionais, os informantes-chave destacaram desigualdades socioeconômicas, que geram barreiras no acesso aos serviços de saúde e podem dificultar a continuidade dos tratamentos (por exemplo, medicamentosos). Desta forma, os entrevistados reconheceram a pobreza como um fator determinante das desigualdades em saúde em Moçambique e associaram a falta de recursos financeiros a dificuldades no acesso a cuidados de saúde adequados e na adesão a tratamentos. As taxas de usuários, por mais

que tenham um valor relativamente moderado, como é o caso no sistema público, podem representar uma barreira para partes da população. Os entrevistados enfatizaram que as taxas e pagamentos diretos dos pacientes (*out-of-pocket payments*) de forma geral, são especialmente elevadas em serviços especializados e alertaram que não existe regulação nacional estabelecendo tetos e isenções. Ainda destacaram problemas relacionados à prática de cobranças ilícitas para atendimento prioritário. Há consenso entre os informantes-chave quanto à ampla acessibilidade da atenção primária, apesar das limitações de recursos humanos, insumos e infraestrutura que enfrenta.

Entre as dimensões de desigualdade social, os informantes-chave destacaram a dimensão de gênero, reconhecendo mulheres e mais especificamente, famílias chefiadas por mulheres como grupos vulnerabilizados no contexto moçambicano. Ainda há reconhecimento da vulnerabilidade de pessoas com deficiência, considerando as barreiras de acesso, discriminação e indisponibilidade de medicamentos.

Desigualdades na qualidade do atendimento foram destacadas pelos informantes-chave como um dos motores da reprodução das desigualdades sociais em saúde. Os problemas na qualidade do atendimento foram principalmente atribuídos ao subfinanciamento do setor e à escassez de recursos humanos, associados aos tempos de espera e má qualidade de materiais e equipamentos.

Quanto à evolução das desigualdades sociais em saúde, os informantes-chave, na sua maioria, reconhecem que Moçambique experimentou progresso em indicadores de saúde na última década, incluindo redução da mortalidade infantil e materna e aumento da expectativa de vida. No entanto, observa-se uma estagnação da evolução dos indicadores e as desigualdades sociais em saúde nunca desapareceram. A prevalência de doenças infecciosas, como HIV/AIDS, malária e tuberculose, desta forma se mantém alta e afeta desproporcionalmente as populações mais vulnerabilizadas.

4. Discussão

Moçambique é caracterizado por uma elevada prevalência de doenças infecciosas, como a malária, tuberculose e HIV/AIDS, bem como doenças não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Além disso, o país enfrenta um cenário de pobreza generalizada, baixos índices de escolaridade e desigualdades socioeconômicas. Esses fatores interagem e se reforçam mutuamente, configurando uma complexa rede de determinantes sociais da saúde que influenciam a situação sanitária moçambicana.

A partir da análise temática das entrevistas com informantes-chave e a revisão de escopo é possível afirmar que as desigualdades sociais em saúde em Moçambique são profundas e extensas. De forma semelhante aos resultados de outros estudos sobre a temática no país, os resultados deste estudo mostram que apesar da melhoria geral dos indicadores de saúde na última década, os avanços não se distribuem de forma homogênea e persistem desigualdades sociais em saúde (Llop-Girones & Jones, 2020; Llop-Gironés et al., 2018). As desigualdades sociais em grande parte refletem iniquidades historicamente consolidadas no país, mas a efetivação do direito à saúde também é fundamentalmente marcada pelas características do sistema de saúde e seu financiamento.

A seguir, discutiremos os resultados do presente estudo, propondo uma reflexão sobre as desigualdades sociais em saúde à luz das características do financiamento do sistema de saúde de Moçambique. Serão considerados os resultados da revisão de escopo da literatura científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique e a análise temática das entrevistas com informantes-chave além de estudos empíricos e revisões que trazem elementos para avançar na compreensão das relações entre financiamento do sistema de saúde e desigualdades sociais em saúde em Moçambique.

4.1 Desigualdades sociais em saúde em Moçambique: o que sabemos e não sabemos

Existem poucos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique, particularmente estudos de abrangência nacional e com dados desagregados. Firoz e colegas (2016) ainda alertam que poucos estudos incluem as perspectivas de mulheres e suas comunidades, fazendo referência à produção científica sobre determinantes sociais da saúde

maternal em Moçambique. O perfil metodológico dos estudos sobre desigualdades sociais em saúde incluídos na revisão de escopo corrobora tal tendência, com somente 22.2% dos estudos correspondendo a delineamentos metodológicos qualitativos.

Como foi pontuado na seção anterior, a produção científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique é diversificada em termos temáticos e metodológicos, mas ainda pouco expressiva. Adicionalmente, é possível afirmar que existem alguns pontos cegos na produção científica sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique. A orientação sexual não é abordada nos estudos revisados. A etnia e a língua também não são foco das pesquisas. Entre grupos vulnerabilizados encontramos estudos sobre mulheres privadas de liberdade (e seus filhos), mas não encontramos estudos abordando a saúde de outros grupos vulnerabilizados, por exemplo, migrantes (internacionais e internos) ou trabalhadoras do sexo. Por mais que existam estudos que partem de dados georreferenciados, não há consideração de pequenas escalas. Desta forma, por exemplo, desigualdades intra-urbanas não são consideradas.

Chama atenção que grande parte dos estudos se concentra em apenas uma dimensão social das desigualdades sociais em saúde e há pouca consideração das articulações interseccionais e entre os níveis micro e macrossociais.

Com base nas informações disponíveis, no entanto, é possível afirmar que há desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde em Moçambique, mediados por determinantes geográficas, socioeconômicas, de gênero e culturais que geram barreiras materiais e simbólicas com importantes repercussões para a efetivação do direito à saúde em Moçambique. Os resultados da revisão de escopo desta forma sugerem que especialmente mulheres, a população rural e pobre é vulnerabilizada. Tais resultados são consistentes com os resultados de inquéritos realizados no país (Anselmi et al, 2015; Llop-Gironés et al, 2019) e ainda sugerem que desigualdades sociais em saúde tem se mantido, apesar das melhoras observadas em vários indicadores de saúde no país.

Nas discussões e conclusões dos artigos revisados, os autores fazem referência a lacunas, debilidades e falhas de natureza política e econômica para explicar tais tendências, mesmo que de forma bastante tímida. Muitas vezes tais análises são atreladas a recomendações, que

implicam políticas, financiamento e gestão do sistema de saúde. Neste sentido apontam-se, por exemplo, necessidades quanto aos sistemas de informação de qualidade no país, destacando desafios com relação à digitalização e à sobreposição de sistemas impostos pelos financiadores externos. Também há reconhecimento da importância de tornar os sistemas de informação sensíveis às desigualdades sociais, isso é, monitorar a equidade/iniquidade em saúde e avaliar as políticas de alocação de recursos com este critério (Anselmi et al, 2018). Llop-Gironés et al (2019) sugerem que a política pública deve fortalecer o sistema de saúde nas áreas rurais e carentes para garantir que o acesso e a qualidade dos serviços de saúde sejam distribuídos de acordo com as necessidades. Além disso, sugerem prestar atenção especial às desigualdades de gênero.

Diante das barreiras de acesso e as profundas desigualdades regionais no país, vários estudos trazem chamados, por vezes implícitos, mas consistentes sobre a necessidade de uma maior oferta de serviços públicos de saúde de qualidade em zonas rurais e distantes da capital Maputo. Além de implicar um reconhecimento dos desafios da descentralização incompleta ou “doseada” em Moçambique (Matsinhe & Namburete, 2019), traz questionamentos sobre financiamento e políticas. Questionamentos semelhantes surgem nos estudos sobre políticas e programas de vacinação no país. Desta forma, notam-se importantes avanços nas taxas de vacinação nacional, especialmente depois do início da Iniciativa da Global Alliance for Vaccine (GAVI) em 2001 mas os autores de um dos estudos revisados sobre vacinação concluem que várias províncias tiveram coberturas aquém das metas, especialmente no norte do país (Cassocera et al, 2020). A revisão de escopo ainda apontou que as desigualdades regionais (nas taxas de vacinação, mas também aquelas observadas no acesso a tratamento e indicadores de saúde de forma geral) também se devem aos problemas de infraestrutura, incluindo problemas de armazenamento (que incidem muito sobre vacinas), distância e transporte. Os resultados dos estudos sobre sazonalidade e acesso aos serviços de saúde trouxeram importantes elementos para pensar tais problemas de forma mais completa, apontando a necessidade de integrar informações climáticas nas discussões sobre barreiras no acesso aos serviços de saúde e repensar distâncias a partir de modelos que consideram que o transporte, especialmente em áreas rurais, não é unimodal.

Uma revisão de políticas de inclusão social na África subsaariana (Rispel et al, 2009) que pergunta se tais políticas podem reduzir desigualdades em saúde aponta benefícios

transversais como redução da pobreza, principalmente entre crianças e jovens vulneráveis, melhores oportunidades econômicas para famílias desfavorecidas, redução das barreiras de acesso aos serviços sociais e maior segurança alimentar, geralmente associados à redução de desigualdades em saúde. Mais especificamente sobre Moçambique destacam um programa de transferência de renda conhecido como “subsídio alimentar”, que busca atender cidadãos extremamente pobres para aliviar os efeitos negativos combinados da guerra, desastres naturais e o programa de ajuste estrutural. Também enfatizam a educação primária gratuita no país, que tem sido essencial para garantir diversos direitos humanos, políticos e sociais. Apesar desses avanços importantes no país, os autores reconhecem deficiências na implementação das políticas, incluindo no que diz respeito à implementação regional desigual com áreas rurais mais afetadas; capacidade administrativa e de implementação inadequada ou deficiente; recursos insuficientes; e vazamento para os não-pobres; problemas de fraude, corrupção e falta de envolvimento dos funcionários públicos e exacerbação dos problemas de capacidade de implementação. Uma grande fraqueza da maioria das políticas, segundo Rispel et al (2009) era a falta de um sistema de monitoramento e avaliação, com indicadores claros que incorporassem a capacidade de resposta do sistema.

Muitos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique têm alcance local e não necessariamente caracterizam o perfil das desigualdades sociais em saúde no país. Nos estudos de alcance maior, especialmente nos estudos multicêntricos, a discussão das desigualdades sociais tende a ser tão geral, que acabam perdendo especificidade e aplicabilidade.

Constatamos uma escassez de análises sobre os impactos da organização e do financiamento do setor de saúde nas desigualdades sociais em saúde e a efetivação do direito à saúde no país. Desta forma, há pouca informação específica sobre os condicionantes estruturais das desigualdades em saúde e os mecanismos mais específicos por meio dos quais as características do sistema de saúde e do financiamento podem prejudicar a efetivação do direito à saúde no país.

4.1.1 Novos desafios: mudanças climáticas e desastres, zoonoses e pandemias

A efetivação do direito à saúde em Moçambique enfrenta diversos desafios que são relativamente comuns na região, incluindo altas taxas de doenças infecciosas como HIV/AIDS,

malária e tuberculose, a escassez de recursos humanos qualificados e um financiamento insuficiente – aspectos que vêm sendo discutidos neste estudo. Contudo, existem desafios que são específicos de Moçambique e incluem, entre outros, os impasses criados pelos conflitos políticos internos que floresceram no contexto da guerra civil que terminou em 1992 e novos conflitos violentos que se intensificaram a partir de 2017, especificamente com grupos militantes islâmicos radicais.

Existem ainda desafios vinculados a novas ameaças. No contexto da pandemia de COVID-19, por exemplo, houve reconhecimento da importância de criar “sistemas de saúde resilientes”, capazes de se adaptar, resistir e se recuperar de adversidades e choques, que trouxe discussões sobre a independência ou não-dependência, por exemplo, na produção de medicamentos e nas cadeias de produção e distribuição. Ainda há desafios que se relacionam com o que é discutido como “sindemia”, uma combinação das palavras “sinergia” e “pandemia”, que ocorre quando fatores sociais, econômicos, ambientais e de saúde interagem e se reforçam mutuamente, exacerbando o impacto dessas doenças na população. Como sindemias tendem a aumentar a demanda por serviços de saúde e podem levar à sobrecarga dos sistemas, representam um desafio para o sistema de saúde.

De forma semelhante, novos cenários de risco vêm se configurando em função das mudanças climáticas e desastres, especialmente diante da ausência de estratégias de mitigação e adaptação. Moçambique é vulnerável a desastres como inundações e ciclones, que afetam a infraestrutura de saúde e podem agravar as desigualdades sociais em saúde na medida em que afeta as populações de forma desigual. Os achados sobre sazonalidade e acesso aos serviços de saúde certamente tem relação com as mudanças climáticas e reforçam a necessidade de pensar as desigualdades sociais em saúde nesses novos cenários de risco.

4.1.2 O sistema de saúde como determinante social das desigualdades em saúde

O sistema de saúde é reconhecido como determinante social crucial da saúde em diversos contextos, reconhecendo o impacto direto e indireto da qualidade, acessibilidade e efetividade dos serviços de saúde na saúde das populações. Isso depende de financiamento, estruturas e de políticas e, fundamentalmente, das qualidades de cada um desses elementos. Desta forma cabe lembrar que no relatório mundial da saúde de 2000, a Organização Mundial da Saúde enquadrava a capacidade de resposta, o financiamento justo e a equidade como objetivos intrínsecos dos sistemas de saúde. No entanto, existem diferentes interpretações

sobre cada um destes elementos, que se evidenciam, por exemplo, nos debates sobre cobertura universal em saúde.

Há quem defenda a cobertura universal como caminho para garantir o acesso aos serviços de saúde e a proteção dos riscos financeiros. Outros problematizam o alcance do direito à saúde que é garantido por um foco na cobertura universal e defendem sistemas universais. O fundo do debate é sobre a interpretação do direito à saúde, sobre responsabilização, fontes de financiamento e questões ainda mais estruturais como a economia política da saúde, isso é, a inserção e interação dos sistemas de saúde com o complexo médico-industrial farmacêutico. Isso é particularmente relevante porque “a ordem econômica internacional permanece descaradamente tendenciosa contra os interesses e direitos socioeconômicos do povo” (Namburete, 2019). No caso de países que dependem de financiamento externo essas relações ainda são mediadas pelas agendas das agências de cooperação internacional e outros atores que marcam o financiamento e a provisão de serviços de saúde nos respectivos países. Cabe dizer que algumas contradições desta mediação desigual se cristalizam no desalinhamento entre as prioridades dos doadores e as necessidades nacionais e locais. Outro exemplo drástico são as condicionalidades na compra e aquisição de medicamentos, que é citado por Denise Namburete (2019), diretora da N´Weti.

A efetivação do direito à saúde e a equidade em saúde desta forma são profundamente marcadas pelo desenho dos sistemas de saúde, seu financiamento e seu funcionamento e requerem debates profundos sobre as facetas estruturantes. Os resultados deste estudo principalmente apontam desafios no que diz respeito à 1) fragmentação derivada da não integração efetiva dos sub sistemas que existem no país. Desta forma não foi possível integrar a medicina tradicional de forma efetiva no sistema público de saúde, limitando as possibilidades de regulamentar tais práticas. Diante da expansão da medicina tradicional, com aproximadamente 60% da população dependendo da medicina tradicional (Abudo, 2004; Patrão & Vasconcelos-Raposo, 2012; Gove et al, 2021), que também é reflexo da ausência do sistema público de saúde em vastas áreas do país, tal integração se impõe como prioridade. Mas a fragmentação e não-integração principalmente é associado à falta de coordenação, alinhamento e harmonização com o setor privado e doadores internacionais, que levam a outro desafio: 2) mecanismos múltiplos e paralelos de financiamento, programas verticais, financiamento off budget (incluindo doações em espécie) e esquemas pouco transparentes de sub-contratação (McPake, Hongoro, Russo, 2011), associado ao baixo volume de

financiamento, que contribuem para o enfraquecimento do sistema de saúde, falta de transparência e responsabilização, perpetuando assim as desigualdades em saúde. Além dos problemas apontados anteriormente, cabe citar um trecho da ANÁLISE DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTAL (REO) DO SECTOR DA SAÚDE 2022, recentemente publicado pelo Observatório Cidadão para a Saúde para detalhar ainda outros desafios, ainda mais atuais: “A totalidade dos fundos externos, para a componente de investimentos externos em 2022, foi de 4.4 mil milhões de meticais. No entanto, as doações são também feitas e apresentadas na componente de medicamentos, em espécie e, no ano em referência, foram de 19.7 mil milhões de meticais, correspondentes a cerca de 75% da totalidade dos fundos externos. Não obstante, em 2021, os donativos em espécie corresponderam a 87% do total dos fundos externos, mostrando uma tendência crescente destes donativos, grandemente causado pela pandemia da Covid-19, motivação para que o financiamento externo se elevasse. Neste sentido, a ajuda externa representa uma fonte de financiamento pouco segura na medida em que a mesma pode ser alterada em função das variáveis não controladas nas finanças públicas nacionais.”

As distorções criadas pelo financiamento do setor de saúde em Moçambique são profundas e implicam ainda outro desafio que emerge dos resultados deste estudo: 3) a descentralização inacabada ou “doseada” (Matsinhe & Namburete, 2019).

Como argumentam os autores, “apesar das sucessivas ações que conferem algum grau de desconcentração, a gestão e a provisão da saúde permanecem centralizadas, em termos políticos e de hierarquia de prestação de contas” (Matsinhe & Namburete, 2019). Muitas desigualdades regionais em saúde explicam-se por falhas no repasse e na distribuição equitativa de recursos financeiros entre áreas geográficas de acordo com as necessidades da população e estudos vem apontando como a centralização inibe a oferta de respostas locais a problemas de saúde contextualmente circunscritos além de afetar a prestação de contas (accountability) e a responsabilização em vários níveis (Matsinhe & Namburete, 2019). Os autores do estudo argumentam que “a sucessão de reformas legais e normativas não alterou o centralismo sistêmico observado na gestão da saúde, herdado do modelo de organização soviético (Weimer, 2012)” (p. 374) mas observam uma ambiguidade especialmente nos discursos oficiais, que não condiz com o “descompasso entre planificação e orçamentação, bem como a falta de autonomia de programação” (Matsinhe & Namburete, 2019) – uma descentralização “doseada” “dadas as hesitações e parcimônias governamentais na

dinamização e implementação dos dispositivos legais que legitimam o investimento na descentralização” (Matsinhe & Namburete, 2019).

4.2 Oportunidades: participação social, agentes polivalentes e APS

Para enfrentar esses desafios, é fundamental promover uma abordagem mais integrada e coordenada para o sistema de saúde em Moçambique. Isso inclui a criação de mecanismos eficientes de governança e financiamento, que incentivem a colaboração entre os atores envolvidos e reduzam a fragmentação e sobreposição. Além disso, é necessário reforçar a integração dos serviços de saúde em todos os níveis, garantindo que os cuidados sejam prestados de forma contínua e holística. Essas medidas contribuirão para o fortalecimento do sistema de saúde moçambicano, melhorando a qualidade e a equidade dos cuidados de saúde para todos os cidadãos.

Os resultados deste estudo apontam que a ampliação da participação social pode representar uma oportunidade para tornar o sistema de saúde mais equitativo e garantir a efetivação do direito à saúde em Moçambique. Desta forma, destacam-se benefícios em termos de transparência, *accountability* / responsabilização e alinhamento de prioridades. A participação social não se restringe a uma integração discursiva dos cidadãos mas implica uma efetiva criação de espaços de participação e diálogos horizontais com ONGs que atuam no país.

Apesar dos desafios que a atenção primária em saúde (APS) apresenta no país, a APS pode se tornar uma alavanca para avançar na equidade em saúde no país, dada a capilaridade que tem e dados os avanços que foram registrados a partir da atualização do Programa de Agentes Polivalentes Elementares de Moçambique (APEs) como parte da APS. O Programa de Agentes Polivalentes Elementares de Moçambique (APEs) foi, inicialmente, lançado em 1978. O programa enfrentou vários obstáculos e sua implementação foi interrompida em 1989. Houve várias tentativas de reviver o programa (INS, 2020) . Em 2010, o Programa dos APEs em Moçambique foi relançado, acompanhado por um programa de treinamento e a integração maior na APS. Considerando a articulação entre necessidade em saúde da população e sistema de saúde, que o programa propõe e dadas as evidências que foram acumulados em diferentes partes do mundo sobre o papel central de agentes polivalentes de saúde e figuras parecidas

no fortalecimento dos sistemas de saúde e na promoção da equidade, os APEs representam uma oportunidade para Moçambique.

5. Conclusões

As desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde e as desigualdades sociais em saúde se mantiveram ao longo do tempo e as barreiras subjacentes não foram suficientemente abordadas. Não existe uma resposta única para explicar tal situação, mas os resultados deste estudo revelaram alguns elementos que permitem relacionar a profundidade e extensão das desigualdades sociais em saúde em Moçambique à severidade dos problemas de saúde no país, à fragmentação do sistema de saúde, à descentralização inacabada e ao subfinanciamento do setor saúde no país. As características do financiamento externo, do qual Moçambique depende, ainda implicam distorções e um desalinhamento entre a oferta de serviços e as necessidades em saúde da população moçambicana, que podem provocar e acentuar desigualdades sociais em saúde. Desta forma, as agendas impostas a partir do financiamento externo precisam ser adaptadas às realidades nacionais, considerando especificidades locais.

Políticas públicas são necessárias para assegurar os avanços que foram obtidos com muito esforço nos últimos anos, que precisam assumir a equidade como eixo organizador e contar com mecanismos de monitoramento que partem ou pelo menos envolvem a sociedade civil organizada em um esforço de aumentar transparência e participação social. Tal esforço é necessário para garantir que o país não corra o risco de aprofundar as desigualdades em saúde existentes no país e de transmutar o exercício do direito à saúde em favorecimento a partir de leituras “flexíveis” do direito à saúde como, por exemplo, aquelas propostas no marco da “cobertura universal em saúde” a partir da qual o direito tende a se reduzir em conteúdo e forma e a lógica de um sistema de saúde tende a ser substituído por uma rede de atenção de serviços.

As políticas moçambicanas de saúde têm sido qualificadas como “ambiciosas” (Cardenas et al, 2021). Considerando as necessidades em saúde, exige-se tal ambição. No entanto, seguindo os autores do artigo de revisão, a ambição precisa ser acompanhada por financiamento adequado para garantir recursos técnicos, administrativos e financeiros necessários para tais políticas (Cardenas et al, 2021) e finalmente para garantir os direitos previstos na constituição.

Referências bibliográficas

- Abudo, S. (2004). Sessenta por cento da população depende da medicina tradicional. *Campo*, 13(10).
- Anli, C., Cruz, M. M. da, & Oliveira, L. G. D. de. (2020). A atenção à saúde dos reclusos em Maputo: é viável avaliar? TT - Health care for inmates in Maputo: is it feasible to evaluate? *Saúde Em Debate*, 44(127), 1079–1092. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012710>
- Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Going beyond horizontal equity: An analysis of health expenditure allocation across geographic areas in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 130, 216–224. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2015.02.012>
- Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2018). The efficiency of the local health systems: investigating the roles of health administrations and health care providers. *Health Economics, Policy and Law*, 13(1), 10-32.
- Arinde, E. L., & Mendonça, M. H. (2019). Política prisional e garantia de atenção integral à saúde da criança que coabita com mãe privada de liberdade, Moçambique TT - Prison policy and guarantee of comprehensive care to the health of the child who lives together with mother deprived of freedom, Mozambique. *Saúde em Debate*, 43(120), 43–53. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912003>
- Borde, E. et al (2022). Financiamento do sistema de saúde de Moçambique. *Medicus Mundi*. <https://www.medicusmundimozambique.org/files/2022/09/estudo-1-financiamento.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. *APA Handbook of Research Methods in Psychology, Vol 2: Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological.*, 2, 57–71. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Cárdenas, M. K., Pérez-León, S., Singh, S. B., Madede, T., Munguambe, S., Govo, V., Jha, N., Damasceno, A., Miranda, J. J., & Beran, D. (2021). Forty years after Alma-Ata: primary health-care preparedness for chronic diseases in Mozambique, Nepal and Peru. *Global Health Action*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1975920>
- Cassocera, M., Chissaque, A., Martins, M. R. O., & Deus, N. de. (2020). 40 years of immunization in Mozambique: a narrative review of literature, accomplishments, and perspectives TT - Quarenta anos de imunização em Moçambique: uma revisão narrativa da literatura, avanços e perspectivas TT - 40 años de inmunización en Mozam. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00038320>

- Chavane, L., Dgedge, M., Degomme, O., Loquiha, O., Aerts, M., & Temmerman, M. (2017). The magnitude and factors related to facility-based maternal mortality in Mozambique. <https://doi.org/10.1080/01443615.2016.1256968>, 37(4), 464–470.
- Chiconela, F. V., & Chidassicua, J. B. (2017). Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino TT - Women's knowledge and attitudes regarding cervical cancer screening. *Rev. eletrônica enferm*, 19, 1–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.41334>
- Estavela, A. J., & Seidl, E. M. F. (2015). Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em maputo TT - Vulnerabilidades de género, las prácticas culturales y la infección por VIH en Maputo TT - Gender vulnerabilities, cultural practices and HIV infection in Maputo. *Psicol. soc. (Online)*, 27(3), 569–578. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p569> MH - Grupos de Risco MH - Identidade de Gênero MH - HIV
- Firoz, T., Vidler, M., Makanga, P. T., Boene, H., Chiaú, R., Sevene, E., ... & CLIP Working Group. (2016). Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study. *Reproductive Health*, 13, 123-131.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. C., & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saude publica*, 35, e00012219.
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. de C. A., Da Rosa, M. C., Martins, G. B., Santos, I. S., Silva, D. B., Vieira, J. M. de L., De Castro, V. C. G., Da Silva, P. O., & Machado, C. V. (2018). Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1763–1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Gove, J. I. M., Giordani, R. C. F., Jasper, V. H. de S., Estavela, A., & Bezerra, I. (2021). “Xilala is only treated with a good hand”: a study on the treatment of malnutrition in Mozambique TT - “A xilala só é tratada com uma boa mão”: um estudo sobre o tratamento da desnutrição em Moçambique TT - “La xilala sólo puede tratarse con una buena mano”: un estudio del tratamiento de la malnutrición en Mozambique. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00212320>
- Buleza Lamucene, O., Bernales, M., Irrarázabal Vargas, L., & Ferrer Lagunas, L. (2022). Perceptions of barriers and facilitators to implement programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV-Mozambique TT - Apreciações sobre barreiras e facilidades para implementar programas de prevenção da transmissão de mae a filho do HIV-Mo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 56, e20210353–e20210353. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0353> MH - HIV MH - Gestantes MH - Mulheres MH - Enfermagem

- Llop-Girones, A., & Jones, S. (2020). Beyond access to basic services: perspectives on social health determinants of Mozambique. *Critical Public Health*, 00(00), 1–15. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1769838>
- Llop-Gironés, A., Belvis, F., Mireia, J., & Benach, J. (2018). Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento. *Science & Medicine*, 59(6), 1127-1146.
- Makanga, P. T., Schuurman, N., Sacoer, C., Boene, H. E., Vilanculo, F., Vidler, M., Magee, L., Dadelszen, P., Sevene, E., Munguambe, K., & Firoz, T. (2017). Seasonal variation in geographical access to maternal health services in regions of southern Mozambique. *International Journal of Health Geographics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12942-016-0074-4>
- Matsinhe, C., & Namburete, D. (2019). DESCENTRALIZAÇÃO DOSEADA: facetas estruturantes das iniquidades em saúde em Moçambique. *Novos estudos CEBRAP*, 38, 371-387.
- McPake, B., Hongoro, C., & Russo, G. (2011). Two-tier charging in Maputo Central Hospital: costs, revenues and effects on equity of access to hospital services. *BMC Health Services Research*, 11, 1-8.
- Mitano, F., Ventura, C. A. A., & Palha, P. F. (2016). Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique TT - Health and development in Sub-Saharan Africa: a reflection focusing on Mozambique. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 901–915. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300010>
- N´Weti, 2019 Policy Brief 08
<https://drive.google.com/file/d/1FsXSfQlajh7Xo6UChheUxhEr4gyIOP6/view>
- Paes-Sousa, R., Chavane, L., & Schattan P Coelho, V. (2019). Diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique. *Novos Estudos - CEBRAP*, 38(2), 291–320. <https://doi.org/10.25091/s01013300201900020005>
- Parcesepe, A. M., Lahuerta, M., Lamb, M. R., Ahoua, L., Abacassamo, F., & Elul, B. (2020). Household Decision-Making and HIV Care Continuum Outcomes Among Women Living with HIV in Mozambique. *AIDS Patient Care and STDs*, 34(4), 173-183.
- Patrão, A. L., & Vasconcelos-Raposo, J. (2012). Nível de conhecimento da população da Ilha de Moçambique acerca da malária TT - Level of knowledge about malaria of the population of Mozambique Island. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 52–62. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100007&lang=pt

- Pfeiffer, J., & Chapman, R. R. (2019). NGOs, austerity, and universal health coverage in Mozambique. *Globalization and Health*, 15(Suppl 1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12992-019-0520-8>
- Pfeiffer, J., Gimbel, S., Chilundo, B., Gloyd, S., Chapman, R., & Sherr, K. (2017). Austerity and the “sector-wide approach” to health: The Mozambique experience. *Social Science and Medicine*, 187, 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.008>
- Rispel, L. C., de Sousa, C. A. P., & Molomo, B. G. (2009). Can social inclusion policies reduce health inequalities in sub-Saharan Africa?—a rapid policy appraisal. *Journal of health, population, and nutrition*, 27(4), 492.
- Stone, B., Sambo, J., Sawadogo-Lewis, T., & Roberton, T. (2020). When it rains, it pours: detecting seasonal patterns in utilization of maternal healthcare in Mozambique using routine data. *BMC health services research*, 20, 1-10.
- Vervoort, D., Meuris, B., Meyns, B., & Verbrugghe, P. (2020). Global cardiac surgery: access to cardiac surgical care around the world. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 159(3), 987-996.
- Yao, J., & Agadjanian, V. (2018). Bypassing health facilities in rural Mozambique: spatial, institutional, and individual determinants. *BMC Health Services Research*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/S12913-018-3834-Y>

ANEXO

Estudos incluídos na revisão de escopo

Ahonkhai, A. A., Aliyu, M. H., Audet, C. M., Bravo, M., Simmons, M., Claquin, G., ... & Wester, C. W. (2021). Poor retention and care-related sex disparities among youth living with HIV in rural Mozambique. <i>Plos one</i> , 16(5), e0250921.
Alberto, S. A., Lima, L. C. de, Rodrigues, R. N., & Machado, C. J. (2011). Fatores associados aos óbitos neonatais e pós-neonatais em Moçambique TT - Factores asociados a los óbitos neonatales e postneonatales en Mozambique TT - Factors related to neonatal and post-neonatal mortality in Mozambique. <i>Rev. bras. estud. popul</i> , 28(1), 203–216. https://doi.org/10.1590/S0102-30982011000100011
Andrade, R. G., & Iriart, J. A. B. (2015). Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique TT - Stigma and discrimination: the experiences of HIV-positive women in poor neighborhoods of Maputo, Mozambique TT - Estigma y discriminación: las experiencias de las mujeres VIH positivas en los barrios populares de Maputo, Mozambique. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 31(3), 565–574. https://doi.org/10.1590/0102-311x00019214
Anli, C., Cruz, M. M. da, & Oliveira, L. G. D. de. (2020). A atenção à saúde dos reclusos em Maputo: é viável avaliar? TT - Health care for inmates in Maputo: is it feasible to evaluate? <i>Saúde Em Debate</i> , 44(127), 1079–1092. https://doi.org/10.1590/0103-1104202012710
Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Going beyond horizontal equity: an analysis of health expenditure allocation across geographic areas in Mozambique. <i>Social Science & Medicine</i> , 130, 216-224.
Arinde, E. L., & Mendonça, M. H. (2019). Política prisional e garantia de atenção integral à saúde da criança que coabita com mãe privada de liberdade, Moçambique TT - Prison policy and guarantee of comprehensive care to the health of the child who lives together with mother deprived of freedom, Mozambique. <i>Saúde em Debate</i> , 43(120), 43–53. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912003
Buleza Lamucene, O., Bernales, M., Irarrázabal Vargas, L., & Ferrer Lagunas, L. (2022). Perceptions of barriers and facilitators to implement programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV-Mozambique TT <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> , 56, e20210353–e20210353. https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0353 MH
Cárdenas, M. K., Pérez-León, S., Singh, S. B., Madede, T., Munguambe, S., Govo, V., ... & Beran, D. (2021). Forty years after Alma-Ata: primary health-care preparedness for chronic diseases in Mozambique, Nepal and Peru. <i>Global health action</i> , 14(1), 1975920.
Cassocera, M., Chissaque, A., Martins, M. R. O., & Deus, N. de. (2020). 40 years of immunization in Mozambique: a narrative review of literature, accomplishments, and perspectives TT - Quarenta anos de imunização em Moçambique: uma revisão narrativa da literatura, avanços e perspectivas TT - 40 años de inmunización en Mozambique: una revisión narrativa de la literatura, logros y perspectivas. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 36. https://doi.org/10.1590/0102-311x00038320

<p>Chavane, L., Dgedge, M., Degomme, O., Loquiha, O., Aerts, M., & Temmerman, M. (2017). The magnitude and factors related to facility-based maternal mortality in Mozambique. <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>, 37(4), 464-470.</p>
<p>Chersich, M. F. & Rees, H. V. (2008). Vulnerability of women in southern Africa to infection with HIV: biological determinants and priority health sector interventions. <i>AIDS</i>, 22 , S27-S40. doi: 10.1097/01.aids.0000341775.94123.75.</p>
<p>Chiconela, F. V., & Chidassica, J. B. (2017). Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino TT - Women's knowledge and attitudes regarding cervical cancer screening. <i>Rev. eletrônica enferm</i>, 19, 1–9. https://doi.org/10.5216/ree.v19.41334</p>
<p>Daca, C. S., Schumann, B., Arnaldo, C., & San Sebastian, M. (2022). Wealth inequalities in reproductive and child health preventive care in Mozambique: a decomposition analysis. <i>Global Health Action</i>, 15(1), 2040150.</p>
<p>Daca, C., Sebastian, M. S., Arnaldo, C., & Schumann, B. (2020). Socio-economic and demographic factors associated with reproductive and child health preventive care in Mozambique: a cross-sectional study. <i>International Journal for Equity in Health</i>, 19, 1-9.</p>
<p>dos Anjos Luis, A., & Cabral, P. (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. <i>International journal for equity in health</i>, 15, 1-13.</p>
<p>Estavela, A. J., & Seidl, E. M. F. (2015). Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em maputo TT - Vulnerabilidades de género, las prácticas culturales y la infección por VIH en Maputo TT - Gender vulnerabilities, cultural practices and HIV infection in Maputo. <i>Psicol. soc. (Online)</i>, 27(3), 569–578. https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p569 MH - Grupos de Risco MH - Identidade de Gênero MH - HIV</p>
<p>Firoz, T., Vidler, M., Makanga, P.T. et al. Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study. <i>Reprod Health</i> 13 (Suppl 2), 112 (2016). https://doi.org/10.1186/s12978-016-0217-x</p>
<p>García-Basteiro AL, Miranda Ribeiro R, Brew J, et al. Tuberculosis on the rise in southern Mozambique (1997–2012). <i>Eur Respir J</i> 2017; 49: 1601683 [https://doi.org/10.1183/13993003.01683-2016].</p>
<p>Give, C., Ndimba, S., Steege, R., Ormel, H., McCollum, R., Theobald, S., ... & Sidat, M. (2019). Strengthening referral systems in community health programs: a qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. <i>BMC health services research</i>, 19(1), 1-11.</p>
<p>Joko-Fru, W. Y. , Jedy-Agba, E. , Korir, A. , Ogunbiyi, O. , Dзамalala, C. P. , Chokunonga, E. , Wabinga, H. , Manraj, S. , Finesse, A. , Somdyala, N. , Liu, B. , McGale, P. , Jemal, A. , Bray, F. & Parkin, D. M. (2020). <i>International Journal Of Cancer</i>, 147 (8), 2131-2141. doi: 10.1002/ijc.33014.</p>
<p>Llop-Gironés, A., Julia, M., Chicumbe, S., Dulá, J., Odallah, A. A. P., Alvarez, F., ... & Benach, J. (2019). Inequalities in the access to and quality of healthcare in Mozambique:</p>

evidence from the household budget survey. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 31(8), 577-582.
Madhi, S. A., Rivera, L. M., Sáez-Llorens, X., Menéndez, C., Carrim-Ganey, N., Cotton, M. F., ... & Roychoudhury, M. (2018). Factors influencing access of pregnant women and their infants to their local healthcare system: a prospective, multi-centre, observational study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 18(1), 1-11.
Makanga, P. T., Schuurman, N., Saco, C., Boene, H. E., Vilanculo, F., Vidler, M., ... & Firoz, T. (2017). Seasonal variation in geographical access to maternal health services in regions of southern Mozambique. <i>International journal of health geographics</i> , 16(1), 1-16.
Mandlate, D., Chirindza, N., & Chavane, L. (2022). Percepção da saúde oral e satisfação em relação aos cuidados estomatológicos de pacientes soropositivos para HIV TT - Perception of oral health and satisfaction regarding stomatological care of HIV-Positive Patients. <i>Arq. odontol</i> , 58, 151–159. https://doi.org/10.35699/2178-1990.2022.37353 MH
Mazuze, B. S. D., Borges, T. D. de S., Brasil, L. T. M. R., & Polejack, L. (2021). Experiências de mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes num contexto de Moçambique: revisão integrativa TT - Experiences of pregnant or lactating women living with HIV in a Mozambican context: an integrative review. <i>Rev. Psicol., Divers. Saúde</i> , 10(3), 532–540. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i3.3753 MH
McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S., & Bergevin, Y. (2014). Socioeconomic inequality in neonatal mortality in countries of low and middle income: a multicountry analysis. <i>The Lancet Global Health</i> , 2(3), e165-e173.
Mitano, F., Ventura, C. A. A., & Palha, P. F.. (2016). Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. <i>Physis: Revista De Saúde Coletiva</i> , 26(3), 901–915. https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300010
Muloliwa, A. M., Camacho, L. A. B., Verani, J. F. S., Simões, T. C., & Dgedge, M. do C. (2013). Impact of vaccination on the incidence of measles in Mozambique in the period 2000 to 2011 TT - Impacto da vacinação sobre a incidência de sarampo em Moçambique no período de 2000-2011 TT - Impacto de la vacunación sobre la incidencia del sarampión en Mozambique durante el período de 2000-2011. <i>Cad. Saúde Pública</i> , 29(2), 257–269. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600013
Mutua, M. K., Wado, Y. D., Malata, M., Kabiru, C. W., Akwara, E., Melesse, D. Y., ... & Barros, A. J. (2021). Wealth-related inequalities in demand for family planning satisfied among married and unmarried adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa. <i>Reproductive Health</i> , 18(1), 1-13.
Nascimento, B. R., Brant, L. C. C., Oliveira, G. M. M. de, Malachias, M. V. B., Reis, G. M. A., Teixeira, R. A., Malta, D. C., França, E., Souza, M. de F. M., Roth, G. A., & Ribeiro, A. L. P. (2018). Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016 TT - Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do “Global Burden of Disease”, 1990 a 2016. <i>Arq. Bras. Cardiol</i> , 110(6), 500–511. https://doi.org/10.5935/abc.20180098

Newman, R. D., Gloyd, S., Nyangezi, J. M., Machobo, F., & Muiser, J. (1998). Satisfaction with outpatient health care services in Manica Province, Mozambique. <i>Health policy and planning</i> , 13(2), 174-180.
Parcesepe, A. M., Lahuerta, M., Lamb, M. R., Ahoua, L., Abacassamo, F., & Elul, B. (2020). Household Decision-Making and HIV Care Continuum Outcomes Among Women Living with HIV in Mozambique. <i>AIDS Patient Care and STDs</i> , 34(4), 173-183.
Patrão, A. L., & Vasconcelos-Raposo, J. (2012). Nível de conhecimento da população da Ilha de Moçambique acerca da malária TT - Level of knowledge about malaria of the population of Mozambique Island. <i>Saúde e Sociedade</i> , 21(1), 52–62. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100007&lang=pt
Pedro, V. M., Mariano, E. C., Roelens, K., & Osman, N. M. R. B. (2016). Percepções e experiências dos homens sobre o planejamento familiar no sul de Moçambique TT - Perceptions and experiences of men on family planning in southern Mozambique. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> , 26(4), 1313–1333. https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400013
Pires, G., Rosa, M., Zangarote, M., & Chicumbe, S. (2016). Determinants of stillbirths occurred in health facilities in Zambezia province, Mozambique (2013-2014) TT - Determinantes da natimortalidade ocorrida nas unidades sanitárias da província da Zambézia, Moçambique (2013-2014). <i>Rev. Bras. Saúde Matern. Infant</i> , 16(4), 415–420. https://doi.org/10.1590/1806-93042016000400004
Reis-Muleva, B., Duarte, L. S., Silva, C. M., Gouveia, L. M. R., & Borges, A. L. V. (2021). Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care TT - Atención prenatal en Mozambique: número de consultas y edad gestacional al inicio del control prenatal TT - Assistência ao pré-natal em Moçambique: número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal. <i>Rev. Latinoam. Enferm. (Online)</i> , 29, e3481–e3481. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481
Rispel, L. C., de Sousa, C. A. P., & Molomo, B. G. (2009). Can social inclusion policies reduce health inequalities in sub-Saharan Africa?—a rapid policy appraisal. <i>Journal of health, population, and nutrition</i> , 27(4), 492.
Sherwood, J. , Sharp, A. , Cooper, B. , Roose-Snyder, B. & Blumenthal, S. (2017). <i>Health Policy and Planning</i> , 32 (10), 1361-1367. doi: 10.1093/heapol/czx101.
Stone, B., Sambo, J., Sawadogo-Lewis, T., & Robertson, T. (2020). When it rains, it pours: detecting seasonal patterns in utilization of maternal healthcare in Mozambique using routine data. <i>BMC health services research</i> , 20, 1-10.
Titosse, A. C., Pimenta Rodrigues, M. V., Marques Ramos, A. P., Prado Osco, L., Giuffrida, R., Fonseca, E. da S., & Azevedo Arana, A. R. (n.d.). Tuberculosis space-temporal distribution from 2011 to 2016 in the municipality of Maputo, Mozambique TT - Distribución espacio-temporal de la tuberculosis de 2011 al 2016 en el municipio de Maputo, Mozambique. <i>Poblac. Salud Mesoam</i> , 18(2). http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012021000100270&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Twagirumukiza, M. , Annemans, L. , Kips, J. G. , Bienvenu, E. & Van Bortel, L. M. (2010). Tropical Medicine & International Health, 15 (3), 350-361. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02453.x.
Vervoort, D. , Meuris, B. , Meyns, B. & Verbrugghe, P. (2020). The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 159 (3), 987-996e6. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.04.039.
Yang, F. , Li, Z. , Subramanian, S. V. & Lu, C. (2021). Assessment of Knowledge of HIV/AIDS and Association With Socioeconomic Disparities Among Young Women in Low- and Middle-Income Countries, 2003 to 2018. JAMA Network Open, 4 (1), e2035000. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.35000.
Yao, J. , Agadjanian, V. & Murray, A. T. (2014). Health & Place, 28 , 133-141. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.04.007.
Yao, J., & Agadjanian, V. (2018). Bypassing health facilities in rural Mozambique: spatial, institutional, and individual determinants. BMC health services research, 18, 1-11.