



MOÇAMBIQUE, DA INDEPENDÊNCIA À ATUALIDADE: POLÍTICA, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

*MOZAMBIQUE, DE L'INDEPENDANCE À AUJOURD'HUI : POLITIQUE, SANTE
ET DEVELOPPEMENT*

*MOZAMBIQUE, FROM INDEPENDENCE TO TODAY: POLITICS, HEALTH AND
DEVELOPMENT*

Mouzinho Saíde¹

1. Hospital Central de Maputo. Av. Agostinho Neto C.P 1164. Email: mzsaide@gmail.com Telefone: +258829672710; +25821320827. Maputo, Moçambique

Resumo

Moçambique, país independente há 49 anos, é uma jovem democracia, iniciada em 1990 e caracterizada por um sistema presidencialista com eleições regulares gerais, provinciais e autárquicas. Possui um sistema nacional de saúde integrado que ainda carece de desafios para uma cobertura universal dos cuidados de saúde. O estado de saúde da população é dominado maioritariamente por doenças transmissíveis, havendo, entretanto, um incremento de doenças não transmissíveis. O país tem sido assolado por focos de instabilidade política, com recurso à violência armada, bem como tem sido severamente assolado por desastres naturais como resultado das mudanças climáticas que constituem uma séria ameaça ao desenvolvimento. Nos últimos anos, Moçambique tem revelado um incremento nos indicadores sociais e de desenvolvimento econômico, como resultado de desenvolvimentos na indústria extrativa, em particular da exploração do gás natural, não obstante estar ainda entre os mais pobres do mundo. Os desafios para o futuro passam pela paz efetiva, maior rentabilização da utilização dos recursos para uma melhor cobertura dos serviços e satisfação das comunidades.

Palavras-chave: Moçambique, democracia, saúde, desenvolvimento e mudanças climáticas.

Résumé

Le Mozambique, pays indépendant depuis 49 ans, est une jeune démocratie créée en 1990 et caractérisée par un système présidentiel avec des élections générales, provinciales et locales régulières. Il dispose d'un système de santé national intégré mais il reste encore des défis à relever en matière de couverture sanitaire universelle. L'état de santé de la population est principalement dominé par les maladies transmissibles, même si l'on constate une augmentation des maladies non transmissibles. Le pays est en proie à des poches d'instabilité politique, avec recours à la violence armée, et est également gravement touché par des catastrophes naturelles, dues au changement climatique, qui constituent une grave menace pour le développement. Ces dernières années, le pays a enregistré une augmentation de ses indicateurs de développement social et économique, en raison du développement de l'industrie extractive, en particulier de l'exploration du gaz naturel, bien qu'il soit encore l'un des plus pauvres au monde. Les défis pour l'avenir incluent une paix effective, une plus grande rentabilité dans l'utilisation des ressources pour une meilleure couverture des services et la satisfaction des communautés.

Mots clés: Mozambique, démocratie, santé, développement et changement climatique.

Abstract

Mozambique, an independent country for 49 years, is a young democracy, started in 1990 and characterized by a presidential system with regular general, provincial and local elections. It has an integrated national health system that still lacks challenges for universal health care coverage. The health status of the population is mainly dominated by communicable diseases, although there is an increase in non-communicable diseases. The country has been plagued by pockets of political instability, with recourse to armed violence, as well as being severely affected by natural disasters, as a result of climate change, which constitute a serious threat to development. In recent years, the country has shown an increase in social and economic development indicators, as a result of developments in the extractive industry, particularly natural gas exploration, despite still being among the poorest in the world. The challenges for the future include effective peace, greater profitability in the use of resources for better coverage of services and community satisfaction.

Keywords: Mozambique, democracy, health, development and climate change.

CONTEXTO POLÍTICO

A República de Moçambique, situada no sudeste do continente africano, é limitada, ao norte, pela República da Tanzânia; a oeste, pela República do Malawi, República da Zâmbia, República do Zimbabwe e pelo Reino de Eswatini; ao sul, é limitada pela República da África do Sul. Toda a faixa costeira a leste é banhada pelo Oceano Índico, em uma extensão de 2.800 km. O país possui uma superfície de 799.380 km² e uma população estimada em 33.244.414 habitantes, distribuída por 10 províncias e pela Cidade Capital, Maputo, que tem o estatuto de província.

Na alvorada do dia 25 de junho de 1975, iniciava a transformação da província ultramarina de Moçambique, então colônia portuguesa, em República Popular de Moçambique, resultante de uma longa luta de libertação nacional, conduzida pela Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo) que durou 10 anos. Com a independência nacional, começou um processo de transformação política, econômica e social que originou profundas mudanças em todos os setores sociais e da economia.

No setor da Saúde, com características predominantemente curativas e direcionado maioritariamente à população das áreas urbanas, no período colonial, assistiu-se a

uma mudança radical de políticas. Na altura, a prática da medicina privada foi considerada um meio de exploração que utilizava a doença como um método de enriquecimento.

Só na então cidade de Lourenço Marques, onde viviam mais de metade dos elementos da burguesia da então província ultramarina, mas menos de 3% do nosso povo trabalhador, existiam mais médicos e enfermeiros, mais camas de hospital e laboratórios que em todo o resto de Moçambique¹.

Para reverter a situação, o Conselho de Ministros decidiu a nacionalização de todas as clínicas privadas e a criação de um SNS com o objetivo de planificar todos os serviços médicos e sanitários disponíveis, assim como assegurar a assistência sanitária a todos os cidadãos moçambicanos, sem qualquer forma de discriminação².

A transformação socialista da sociedade moçambicana que então ocorreu permitiu desenvolver, até finais da década de 1980, programas abrangentes no âmbito da educação, saúde e habitação de reconhecido sucesso, como é o caso da formação de pessoal especializado, implementação de campanhas nacionais de vacinação contra a varíola, tétano e sarampo, com um impacto significativo na redução da mortalidade infantil. Por exemplo, a Campanha Nacional de Vacinação e Saneamento do Meio, realizada de junho de 1976 a fevereiro de 1978, teve um elevado sucesso ao atingir a taxa de cobertura nacional de 97% e de 99% na cidade de Maputo, o que, na altura, foi considerado um sucesso sem comparação em nenhum outro país³. Entretanto, os esforços de reconstrução nacional e a melhoria do nível de vida da população não se consolidaram devido ao início de uma guerra de desestabilização.

Assim, de 1976 a 1992, o país foi assolado por uma guerra civil devastadora que provocou o colapso da economia e a deterioração do tecido social que se saldou em mais de 1 milhão de mortos, mais de 290 unidades sanitárias destruídas, cerca de 700 unidades sanitárias temporariamente fechadas, acima de 250 mil crianças órfãs e não acompanhadas, um terço da população malnutrida, perto de 4,5 milhões de deslocados internos, mais de 1,5 milhão de refugiados nos países vizinhos, cerca de 50 mil pessoas amputadas, mais de 1.800 escolas destruídas e mais de US\$ 7 bilhões em prejuízos na economia nacional⁴.

Com a mudança da Constituição da República em 1990, o país adotou o princípio do multipartidarismo, que abriu o caminho para a assinatura do Acordo Geral de Paz de Roma em 1992, iniciando um processo de democratização e descentralização faseada. As primeiras eleições democráticas e multipartidárias ocorreram em 1994, com a participação de 12 partidos políticos. Nessas eleições, Joaquim Chissano foi eleito Presidente da República de Moçambique. O primeiro parlamento multipartidário, com 250 deputados, teve uma maioria parlamentar da Frelimo, com 129 assentos, seguida da Resistência Nacional Moçambicana (Renamo), principal força da oposição, com 112 as-

sentos. Com exceção desses dois partidos, apenas a União Democrática (UD), em 1994, e o Movimento Democrático de Moçambique (MDM), em 2009, conseguiram eleger um pequeno número de parlamentares.

Volvidos 42 anos, já foram realizados em Moçambique seis pleitos eleitorais gerais, nomeadamente: 1994 e 1999, vencidas por Joaquim Chissano, do Partido Frelimo; 2004 e 2009, vencidas por Armando Emílio Guebuza, do Partido Frelimo; 2014 e 2019, vencidas por Filipe Jacinto Nyusi, do Partido Frelimo, estando apazadas para outubro de 2024 a realização das sétimas eleições gerais.

Em nível provincial, são eleitas as Assembleias Provinciais e os Governadores Provinciais, e em nível local, os presidentes dos Conselhos Municipais das Cidades e Vilas consideradas municípios. As primeiras eleições autárquicas realizaram-se em 1998. Nessas eleições, a Frelimo venceu em todas as autarquias. A partir das eleições de 2003, nota-se alguma alternância na governação autárquica. Em 2003, a Renamo venceu em cinco municípios, especificamente Nacala-Porto, Ilha de Moçambique, Angoche, Beira e Marrómeu. A partir de 2013 até o presente mandato, o município da Beira, a segunda maior cidade de Moçambique, tem sido governada pelo MDM. Em 2013, o MDM obteve vitória também nos municípios de Nampula, a chamada capital do Norte, e na autarquia de Quelimane. Nas eleições autárquicas de 2018, o MDM obteve vitória apenas na autarquia da Beira enquanto a Renamo conquistou a vitória em sete autarquias, particularmente Nampula, Nacala Porto, Angoche, Ilha de Moçambique, Chiúre, Cuamba e Quelimane. Em 2023, nas quintas eleições autárquicas, dos 65 municípios em disputa, a Frelimo ganhou em 56 autarquias seguida pela Renamo com 4 municípios.

DESCENTRALIZAÇÃO

Como outros países da África Subsaariana, Moçambique iniciou reformas de descentralização nos anos 1980, reforçada pelo lançamento da estratégia global da reforma do setor público, em 2001, que permitiu transformações mais estruturais. Embora o Acordo Geral de Paz tenha sido assinado em 1992, o país continuou a ser marcado pela ocorrência de violentos e frequentes focos de desestabilização. Em 2015, em um processo negocial entre o governo e a Renamo, incrementaram-se as negociações para a paz que incluía a questão da descentralização, as eleições para governadores provinciais, a Desmilitarização, Desmobilização e Reintegração dos guerrilheiros da Renamo (DDR) na Polícia da República de Moçambique. Assim, nas eleições gerais de 2019 que corresponderam ao sexto pleito presidencial e às terceiras eleições para as Assembleias Provinciais, foram realizadas as primeiras eleições dos governadores provinciais. Os anteriores governadores provinciais, representantes do estado nas províncias, passaram

a ser designados Secretários de Estado. Nas primeiras eleições para Governadores Provinciais, todas as dez províncias da República de Moçambique tiveram como vencedores candidatos do Partido Frelimo⁵.

Em nível dos municípios, no setor de saúde, ainda estão ocorrendo os trâmites para uma descentralização efetiva, havendo já avanços significativos no município de Maputo, com a indicação de uma Vereação da Saúde e Qualidade de Vida, responsável pela gestão da prestação de cuidados de saúde primários e dos centros de saúde da cidade capital.

Em nível central, o processo de descentralização também envolveu várias instituições que passaram de subordinadas a tuteladas pelo Ministro que superintende a área da Saúde, ganhando uma certa autonomia no processo de decisão, administrativa e técnico-científica. São exemplos de instituições descentralizadas: o Hospital Central de Maputo, o Instituto Nacional de Saúde, a Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos, o Serviço Nacional de Sangue e a Inspeção Geral de Saúde, cujos responsáveis são nomeados pelo Primeiro Ministro. Entretanto, na falta de orientações claras, monitoria adequada, um adequado financiamento e recursos humanos suficientes, os processos de descentralização são passíveis de ter um fraco impacto nas reformas do setor de saúde e provocar desigualdades dentro de um mesmo país ou região⁶.

O SISTEMA DE SAÚDE

Em Moçambique, o sistema de saúde está estruturado em três subsistemas que se interligam e se complementam, designadamente: 1) Subsistema Público de Saúde, designado Serviço Nacional de Saúde; 2) Subsistema Comunitário de Saúde (público e privado); e 3) Subsistema Privado de Saúde (lucrativo e não lucrativo)

SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, DESIGNADO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O SNS é o principal provedor de serviços de saúde à população e é gerido a quatro níveis, detalhadamente: Central, Provincial, Distrital e Municipal. Na prestação de cuidados de saúde, a organização do SNS inclui o nível primário (centros de saúde), o nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais), o nível terciário (hospitais provinciais) e o nível quaternário (hospitais centrais e especializados)⁷.

O SNS tem cerca de 24 mil camas, o que se traduz em um rácio de 0,76 camas por mil habitantes, aquém do padrão recomendado pela OMS, de 3 a 5 camas por mil habitantes. Essas camas distribuem-se por uma rede de unidades sanitárias que inclui:

4 hospitais centrais, sendo 1 na região norte, 2 na região do centro do país e 1 na capital, que oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados, e representam os níveis últimos níveis de referência; 8 hospitais provinciais; 5 hospitais gerais; 2 hospitais psiquiátricos; 47 hospitais distritais e rurais, que habitualmente servem mais do que um distrito e representam o primeiro nível de referência para os mais de 1.600 centros de saúde. A rede sanitária acima referida perfaz um rácio de 1 unidade sanitária para 17.419 habitantes, o que é inadequado em relação aos padrões mínimos da OMS, que preconizam 1 unidade sanitária para 10 mil habitantes⁸. O último inquérito sobre o orçamento familiar em Moçambique reportou que 68,3% da população tinha que percorrer uma distância, desde a sua casa até à unidade sanitária mais próxima, com uma duração média de 30 minutos, mesmo assim com grandes desigualdades entre as diferentes províncias⁹.

Nível Central

Este nível tem a responsabilidade de regulamentar, orientar e coordenar as atividades do Sistema de Saúde que inclui o setor privado e o setor comunitário. A gestão em nível central do SNS é encimada por um secretário permanente, que tem como responsabilidade assegurar a coordenação da execução e controle das decisões do governo, visando à implementação do programa e políticas governamentais definidas para o setor¹⁰. O nível central subdivide-se em direções nacionais. Até 2005, existiam cinco direções nacionais, nomeadamente a Direção Nacional de Saúde, a Direção de Planificação e Cooperação, a Direção de Administração e Finanças e a Direção de Recursos Humanos. Posteriormente, a Direção Nacional de Saúde, que possuía três diretores Nacionais Adjuntos, um para a área de Saúde da Comunidade, outro para a área de Assistência Médica e o terceiro para a área de Epidemiologia, foi subdividida em Direção Nacional de Assistência Médica e Direção Nacional de Saúde Pública. Outras direções foram sendo acrescentadas ao longo dos anos, existindo agora, também, a Direção Nacional de Formação de Profissionais de Saúde, a Direção Nacional de Gestão de Qualidade e a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

Para além dessas Direções Nacionais, existem Departamentos Centrais autônomos, notadamente, o Gabinete do Ministro, o Gabinete Jurídico, a Assessoria de Género e Saúde, o Departamento de Infraestruturas e Equipamento Hospitalar, o Departamento de Tecnologias de Informação, o Departamento das Juntas de Saúde, o Departamento de Comunicação e Imagem e o Departamento de Aquisições.

Na área de investigação, para além do Instituto Nacional de Saúde, que é a instituição pública, com delegações em todas as províncias, responsável por implementar,

gerir, regulamentar e fiscalizar as atividades de pesquisa em Saúde para a garantia de uma melhor saúde e bem-estar, o país conta também, na área de pesquisa, com o Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM), criado em 1996 e que é vocacionado à investigação de doenças transmissíveis com maior prevalência, com particular enfoque às principais causas de morbimortalidade, como é o caso da malária, VIH/SIDA, tuberculose e doenças bacterianas. Esse Centro resulta de um Programa de Cooperação Bilateral entre os governos de Moçambique e da Espanha. A pesquisa operacional é, além disso, realizada em diversas unidades sanitárias e instituições de ensino, realizando-se jornadas nacionais e provinciais regulares para discussão e disseminação dos resultados.

Nível Provincial

As províncias representam a maior unidade territorial da organização política e social da administração local do Estado. O nível provincial dirige e assegura a execução das atividades da área de saúde em nível provincial, por meio dos planos e programas definidos centralmente e pelo Governo Provincial, e presta supervisão, apoio e orientação ao nível distrital. No setor de saúde, por mais de 40 anos, as províncias moçambicanas foram geridas por uma Direção Provincial de Saúde. Atualmente, a gestão é feita por intermédio da Direção dos Serviços Provinciais de Saúde, à qual cabe a responsabilidade pela gestão do nível secundário e terciário de prestação de serviços, incluindo os Hospitais Centrais onde houver, e pela Direção Provincial de Saúde, à qual cabe a responsabilidade da gestão do nível primário onde se prestam a maior parte dos cuidados de saúde primários. Essa nova estrutura exige maiores esforços de coordenação e redistribuição de recursos.

Nível Distrital

O distrito é a unidade territorial principal da organização e funcionamento da administração local do Estado e a base da planificação económica, social e cultural da República de Moçambique. A gestão da atividade de saúde é feita pela Direção Distrital da Saúde, Mulher e Ação Social, uma estrutura que coordena as atividades de dois Ministérios, o da Saúde e o do Género, Criança e Ação Social.

Nível Municipal

A governação do município é feita por meio do presidente do conselho municipal, entidade democraticamente eleita, e a rede sanitária das cidades capitais das provín-

cias é gerida por uma Direção de Saúde da Cidade, estando, entretanto, a gestão em processo à descentralização para os municípios. No município de Maputo, o processo de descentralização da gestão do setor de saúde já é efetivo, havendo uma verificação específica designada para a gestão dos cuidados de saúde primários.

SUBSISTEMA COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O subsistema comunitário de saúde privilegia a disponibilidade e a prontidão de serviços, para a redução das iniquidades em saúde, para uma maior cobertura dos serviços de saúde e a criação do bem-estar das comunidades. Nessa área, assegura-se também que as comunidades tenham um papel mais interventivo na solução dos seus próprios problemas de saúde e que não sejam meros beneficiários ou receptores de serviços de saúde. Nas estratégias para o setor, participam diferentes atores, incluindo as comunidades, a sociedade civil, os setores de desenvolvimento, as agências multilaterais e bilaterais. Devido à escassez de recursos humanos, ao longo dos anos, tem havido uma expansão de serviços comunitários, relacionados com a saúde materna e infantil, malária, HIV/SIDA e tuberculose, entre outros, o que levou também à introdução de várias categorias de atores comunitários, tanto pelo governo como pelas ONG, Organizações da Sociedade Civil e outros parceiros. Assim, nessa área, atuam diferentes agentes comunitários de saúde, ativistas, voluntários, agentes polivalentes elementares para além das parcerias tradicionais e praticantes de medicina tradicional⁷.

Agentes Polivalentes Elementares

O Programa de Agentes Polivalentes Elementares (APE) de Moçambique, o programa mais robusto de intervenção comunitária, forma trabalhadores comunitários de saúde que são membros das comunidades, treinados durante seis meses, para fornecer serviços básicos de saúde. O programa, com raízes em experiências adquiridas durante a luta armada de libertação de Moçambique, foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1978. Com o tempo, o programa enfrentou vários obstáculos, relacionados com sustentabilidade, supervisão e coordenação. Em 1989, o programa foi interrompido, dando lugar à criação de diferentes categorias de ativistas e agentes de saúde maioritariamente financiados pelas ONG¹¹.

Em 2010, o Programa dos APE em Moçambique foi relançado, sob a coordenação da Direção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde, com uma nova abordagem, o pagamento de um subsídio equivalente ao salário mínimo em vigor no país. Cada APE recebe também um *kit* de medicamentos essenciais para o tratamento das doenças

com maior prevalência e para o planeamento familiar, consumíveis básicos de diagnóstico e terapêuticos para a gestão de doenças comuns em Moçambique, suficientes para um universo de 500 a 2 mil habitantes, dependendo da zona, densidade populacional e do acesso aos serviços de saúde. Os APE também registram os dados sobre os casos que gerem e submetem essa informação mensalmente às unidades sanitárias onde recebem seus *kits*. O país que conta com cerca de 300 mil atores comunitários ativos, dos quais 6.673 são Agentes Polivalentes Elementares, em 2017, reportou um rácio de trabalhadores comunitários por mil habitantes abaixo de 0,5/mil habitantes, sendo um dos mais baixos no continente africano¹².

SUBSISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

O subsistema privado de saúde compreende o setor privado com fins lucrativos e o setor privado sem fins lucrativos. A dimensão e a abrangência desse setor na provisão de serviços de saúde variam de acordo com as respectivas subcategorias. A rede de instituições do setor privado com fins lucrativos é dedicada fundamentalmente à área curativa e concentra-se maioritariamente nas cidades, compreendendo um reduzido número de unidades com capacidade para internamento, algumas dezenas de clínicas, consultórios médicos, farmácias, laboratórios e serviços de imagiologia. A primeira clínica privada pós-independência foi aberta em 1991, e no mesmo ano, foi aprovada a Lei da Medicina Privada^{13,14}. O setor privado lucrativo dedica-se quase exclusivamente a atividades curativas, que podem complementar-se com parcerias público – privadas com instituições do setor público. Por outro lado, as instituições com fins não lucrativos, que integram organizações religiosas e ONG, concentram-se na provisão de serviços, em estreita ligação com o setor público, e podem também gerir unidades do SNS. As ONG geralmente focalizam-se em uma ou várias áreas programáticas, sobretudo o HIV/SIDA e Saúde Materno-Infantil (SMI), sendo financiadas predominantemente por fundos externos. A sua distribuição pelo território nacional tem sido desigual, com uma maior concentração, em um número restrito de programas que muitas vezes exclui o fortalecimento das instituições nacionais, o que ameaça a sustentabilidade dos seus programas e dificulta a implementação de políticas de redução das iniquidades.

Segundo o Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF, 2020), a média de utilização dos serviços de saúde é de 67,1% da população, sendo 76,2% em zona urbana e 63,4% em zona rural. Entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde, 93,1% utilizam os serviços públicos de saúde (SNS), 6,2% utilizam serviços privados, por meio de clínicas, igrejas, entre outros, e os restantes utilizam os serviços da medicina tradicional⁹.

Medicina Tradicional e Alternativa

A política do Governo de Moçambique valoriza a prática da Medicina Tradicional e Alternativa (MTA), e no Ministério da Saúde, existe a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa que visa legislar e orientar a prática da MTA, integrar práticas e uso de medicamentos comprovadamente seguros eficazes e de qualidade, bem como estimular a pesquisa. No país, estão registados mais de 100 mil Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) que, por razões culturais e limitado acesso aos cuidados de saúde formais, são a primeira linha de atendimento à maioria dos moçambicanos. Nesse setor, registam-se avanços consideráveis na melhoria da integração dos PMT e Alternativa, nos Cuidados de Saúde Primários e na orientação da prática da medicina tradicional em Moçambique com o treino regular dos PMT para colaboração na referência de doentes, por exemplo, os doentes com suspeita de tuberculose, integração nos comitês de saúde e de humanização, sendo também alguns PMT ativistas para o tratamento de observação direta comunitário e cuidados ao domicílio, bem como na distribuição de preservativos¹⁵.

Em algumas unidades sanitárias, há profissionais de saúde treinados e realizando atividades curativas com recurso à prática da medicina tradicional chinesa maioritariamente por meio da acupuntura. Entretanto, a prática de medicina tradicional carece ainda de legislação específica que regulamente o setor, particularmente na investigação das plantas medicinais, na área socioantropológica para uma maior colaboração com o pessoal de saúde e para o registo e afiliação dos PMT em associações.

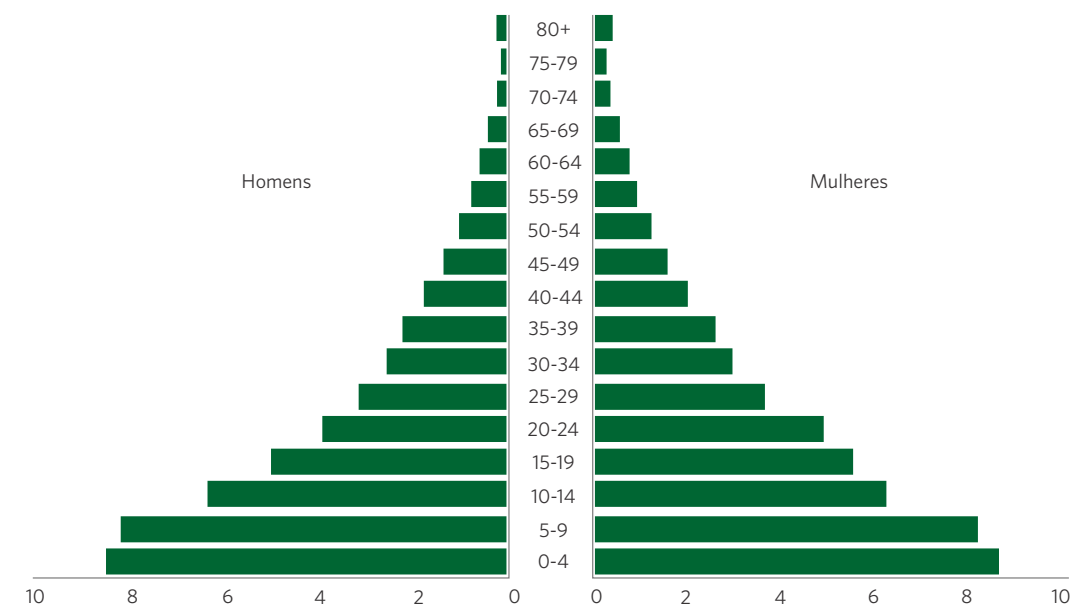
POPULAÇÃO

Com uma taxa de crescimento de 2,85% e mais de 33 milhões de habitantes, Moçambique é um dos países mais populosos da África Austral¹⁶. Entre 1950 e 1980, a taxa de crescimento passou de 1,5% para 2,7%. No primeiro censo populacional realizado em 1980, a população era de 12,1 milhões de habitantes. O rápido crescimento populacional foi causado pelas elevadas taxas de natalidade em uma altura em que a mortalidade começou a diminuir. O maior declínio da mortalidade, principalmente a infantil, registou-se nos primeiros cinco anos da Independência Nacional (1975-1980), como resultado das melhorias das condições de saúde, educação e habitação, entre outras.

A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos de idades: o grupo dos jovens (0-14 anos), o grupo dos potencialmente ativos ou adultos (15-64), e o grupo dos idosos (65 anos e mais). De modo geral, a população moçambicana é jovem, pois cerca de 46,6% desta tem menos de 15 anos de idade (Figura 1). Ademais, a idade mediana é de 16,6 anos, significando, assim, que metade da popula-

ção tem idade inferior a 16,6 anos. Por outro lado, a população idosa, com idade igual ou superior a 65 anos, corresponde à 3,3%. Cerca de 52% da população é de mulheres. Mais de 66% da população vive em zonas rurais, mas com um processo de urbanização muito rápido, estimando-se que o número de pessoas que residem em áreas urbanas tenha aumentado em 5 milhões entre 2000 e 2017, o que tem implicações ambientais particularmente nas zonas urbanas. Essa estrutura populacional, típica de um país menos desenvolvido, tem implicações socioeconômicas, pois a população é mais propensa ao consumo do que à produção devido à elevada proporção de dependentes. Em outras palavras, essa estrutura pressiona de forma preponderante os setores-chave do desenvolvimento, principalmente a educação, a saúde, o emprego e a habitação¹⁷.

Figura 1. Pirâmide da População de Moçambique, 2017



Fonte: IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017.

A esperança média de vida ao nascer, em 2022, era de 59,6, tendo registado, entre 1990 e 2022, um crescimento de 15,2 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2022 coloca o país na categoria de baixo desenvolvimento humano, estando na 183ª posição entre 191 países e territórios¹⁸.

Com relação aos determinantes sociais de saúde, no que diz respeito à fonte de água para beber, há um aumento de agregados familiares que consomem água proveniente de fonte segura, que passou de 49,6% em 2019/20 para 53,6% em 2022.

Quanto à fonte de iluminação, a pilha elétrica constitui a principal fonte de iluminação (38,3%) seguida de eletricidade da rede pública (33,9%). Embora a taxa de analfabetismo seja de 27,2% para homens e de 49,4% para mulheres, a percentagem de pessoas que não sabem ler nem escrever tem diminuído ligeiramente ao longo do tempo, tendo passado de 39,9% em 2019/20 para 38,3% em 2022⁹. A elevada taxa de pobreza de Moçambique (63% da população vive com menos de US\$ 2 por dia) é perpetuada por frequentes desastres naturais, elevada incidência de doenças, elevadas taxas de mortalidade geral e mortalidade materna, elevado crescimento populacional e uma distribuição desigual da riqueza.

ESTADO DE SAÚDE

Nos últimos anos, Moçambique tem alcançado progressos significativos nos indicadores sociais de saúde que, ainda assim, não são suficientes para elevar os padrões da saúde dos moçambicanos a níveis considerados satisfatórios. Alguns dos progressos incluem:

- A redução da Mortalidade Infantil de 64 para 39 por mil NV entre 1997 e 2011¹⁹;
- A redução do Rácio de Mortalidade Materna (RMM) de 500.1 para 451.6/100 mil NV nos últimos 10 anos¹⁷;
- A redução da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) de 13.8 para 9/mil habitantes, embora a mortalidade materna registe menos progressos²⁰. Apesar da redução registada entre 1997 e 2003^{21,22}, nos últimos anos, o RMM mostra-se estacionário e é ainda inaceitavelmente alto (408/100 mil NV);
- A redução da Taxa Bruta de Natalidade (TBN) de 42.2 em 2007 para 37.9/mil habitantes em 2017¹⁷;
- A redução da Taxa Global de Fecundidade (TGF) de 5.9 para 4.9 durante o mesmo período¹⁹;
- O Inquérito Demográfico de Saúde de 2011²³ mostra que 66% de crianças com idade de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas disponíveis no SNS (BCG, DPT, poliomielite e sarampo);
- O Inquérito Demográfico de Saúde de 2022-2023¹⁹ mostra que os cuidados pré-natais aumentaram de 85% em 2003 para 91% em 2011, no entanto, sofreram uma redução para 87% em 2022-23;
- A cobertura de partos institucionais apresentou melhorias com um aumento relevante de 48% em 2003, 55% em 2011 e 65% em 2022-23;
- Aproximadamente 37% de crianças menores de 5 anos apresentam desnutrição crônica, 4% mostram desnutrição aguda e 3% exibem sobrepeso.

Não obstante esses avanços, marcas do enorme peso das doenças, particularmente associadas à pobreza, efeitos das mudanças climáticas, emergências em saúde pública e conflitos armados, que aumentam a vulnerabilidade das populações, são ainda visíveis. A malária, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas são ainda responsáveis por 60% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade.

A prevalência da malária foi estável entre os períodos de 2011 a 2018, situando-se em redor de 38% a 40%. De 2018 para 2022/23, a prevalência da malária passou de 39% para 32%. Moçambique figura entre os cinco países do mundo com maior prevalência de tuberculose (551 casos/100 mil habitantes contra uma média mundial de 140 casos/100 mil habitantes) e está entre os dez países do mundo com maior prevalência do VIH/SIDA. A prevalência de VIH em Moçambique é de 12,5%, sendo duas a três vezes maior entre mulheres quando comparada aos homens na faixa etária de 15 a 29 anos. Com cerca de 2,4 milhões de pessoas vivendo com VIH, Moçambique ocupa o terceiro lugar entre os países com o maior número de pessoas infectadas. Cerca de 2,1 milhões estavam em Tratamento Antirretroviral (TARV) em dezembro de 2023. Cerca de 72% das crianças vivendo com o VIH e 86% dos adultos estão em TARV. Quanto às novas infecções, as estimativas do modelo de “padrões de incidência”²⁴ sugerem que 66% das novas infecções ocorrem nos adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos de idade, dividindo-se entre 45,6% para as moças, e 20,4% para os rapazes; 12% das novas infecções ocorrem nas populações-chave, incluindo 10,2% entre as mulheres trabalhadoras do sexo; 8,5% das novas infecções ocorrem entre homens mais velhos (≥ 25 anos de idade). A maioria das pessoas que são diagnosticadas iniciam o TARV, e quase 90% destas atingem a supressão viral. No entanto, cerca de 30% de pessoas infectadas (mais de 700 mil pessoas) desconhecem o seu sero-estado de VIH, e continuam a transmitir a infecção²⁵. Para coordenar todas as intervenções multisetoriais, foi criado Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS), presidido pelo Primeiro-Ministro²⁶.

No país, tem sido frequente a ocorrência de surtos epidêmicos, catástrofes naturais e emergências de saúde pública, que agravam o peso das doenças transmissíveis e que perigam a vida das pessoas. A cólera, doença com carácter endêmico-epidêmico ao longo de vários anos, tem sido a causa da maior parte das emergências em saúde pública, como resultado do crescimento populacional urbano descontrolado, redução da qualidade das condições higiénico-sanitárias nos centros urbanos, comercialização de produtos alimentares sem o devido controle sanitário e como resultado da seca e baixo acesso à água potável²⁷. Nos últimos anos, praticamente todas as províncias do país têm sido afetadas. De janeiro de 2023 a esta parte, já foram registados mais de 16.500 casos de cólera com mais de 12.500 internamentos, a ocorrência de cerca de 40 óbi-

tos e uma taxa de letalidade geral de 0,2%²⁷. Devido a fatores culturais e baixo nível de escolaridade das populações maioritariamente afetadas, são frequentes rumores e atos de desinformação sobre as formas de transmissão da doença que incitam violência, por considerarem que essa doença é espalhada por determinados grupos de pessoas.

As doenças não transmissíveis e o trauma começam a ter um grande peso no perfil epidemiológico do país. A doença cardiovascular é a causa mais importante de morbidade e mortalidade, tendo como principal fator de risco a hipertensão arterial. A prevalência da hipertensão arterial é estimada em 35% em nível nacional, sendo maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%), aumentando com a idade. A diabetes é também uma das maiores causas de doença e morte prematura, sendo responsável pelo aumento do risco para as doenças cardiovasculares. A prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos foi de 3,1% em 2003.

Com relação ao cancro, em 2020, o país registou cerca de 26 mil novos casos de cancro e pouco mais de 17 mil mortes. O cancro do colo do útero com cerca de 5.400 casos, o cancro da mama com 2 mil casos, da próstata com 1.600 casos e o Sarcoma de Kaposi com 3.500 casos são os cancros mais comuns nos adultos. O cancro infantil, em 2020, correspondeu a 7% (cerca de 1.800 casos) do total dos cancros, sendo leucemia, sarcoma de Kaposi, linfoma, Tumor de Wilms e Retinoblastoma os principais²⁸.

Relativamente ao trauma, dados da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Central de Maputo indicam que, em 2023, os traumas por acidentes de viação foram a terceira causa básica de morte (10%), e as complicações dos traumatismos representaram a sexta causa direta de morte naquele serviço. Considerando a transição epidemiológica no país, é de referir que quadruplicou o peso da mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis e duplicou o peso da mortalidade por trauma nos últimos 12 anos na zona rural e urbana.

O país regista também um enorme peso de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), tais como hanseníase, filariase linfática, bilharziose, helmintíases transmitidas pelo solo e tracoma²⁹. Embora as DTN existentes em Moçambique não sejam uma causa direta de morte, pela alta prevalência, por exemplo, parasitoses intestinais (53%), bilharziose (47%), filariase linfática (13%), causam incapacidades, atraso no desenvolvimento físico e mental das crianças, e têm uma grande correlação com anemias e malnutrição. Com relação à anemia, cerca de 73% de crianças de 6-59 meses de idade apresentam algum tipo de anemia, das quais, 28% com anemia leve/ligeira, 40% com anemia moderada e 4% com anemia grave. Quanto às mulheres de 15-49 anos de idade, cerca de 52% apresentam qualquer tipo de anemia; das quais 24% com anemia leve/ligeira, 26% com anemia moderada e 2% com anemia grave¹⁹.

A pandemia da covid-19 foi, sem dúvida, o maior desafio de saúde pública que o país enfrentou. Com recursos humanos, financeiros, materiais limitados, houve necessidade de se reinventar e encontrar soluções inovadoras para a nova situação que se impunha. Foram identificados locais para internamento dos doentes, muitos deles sem pessoal nem condições de tratamento adequado, como é o caso de oxigênio canalizado ou ventiladores, e feitas formações para a atualização do pessoal. Na sociedade, e mesmo no seio dos trabalhadores de saúde, geraram-se pânico, medo e ansiedade.

Para gerir a situação, foi instituída uma Comissão Técnico-Científica nomeada pelo Presidente da República, que aconselhava o governo sobre as medidas a serem tomadas, com base em evidências científicas e em informação internacionalmente disponível por um lado, e no interesse da saúde e economia nacional por outro. Mensalmente, eram emitidas comunicações à nação pelo Presidente da República, sobre como a sociedade deveria funcionar, sendo de destacar o recolher obrigatório, proibição de aglomerações, incluindo em igrejas, locais de jogos ou de reunião, e a proibição de andar sem a proteção de uma máscara facial. Foram criadas condições em todas as instituições públicas para higienização das mãos. Nos locais de trabalho, foram instituídos horários de trabalho flexíveis, para limitação do número de trabalhadores presentes nas instituições, e onde possível, foi instituído o teletrabalho. Foram intensificadas as ações de educação para a saúde e multiplicados os apelos para um comportamento saudável e responsável dos cidadãos, tendo para o efeito sido proibida inicialmente a venda de álcool e posteriormente autorizada, apenas em determinados períodos do dia.

Medidas específicas para profissionais de saúde, visando garantir a proteção desse grupo, foram tomadas, designadamente: reforço da disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual para todos os profissionais de saúde, em função do nível de risco de contaminação e redução de procedimentos médicos com alto risco de transmissão da covid-19; implementação de medidas de rastreio diário e apoio psicológico a todos os profissionais de saúde, incluindo testagem nas zonas de alta transmissão; priorização dos profissionais de saúde na administração de vacinas; contratação adicional de recursos humanos nacionais e estrangeiros para aumentar a capacidade de assistência médica no SNS. Embora houvesse a grande preocupação de uma propagação extensa da covid-19 no continente africano, com a previsão de elevadas taxas de morbilidade e letalidade, devido à fragilidade dos sistemas de saúde e às fracas condições sanitárias, de modo geral, por razões que precisam de ser aprofundadas, a realidade mostrou-se diferente, com a ocorrência de menos casos e taxas de letalidade menos dramáticas, comparando com as ocorrências da Europa, América e Ásia. Em Moçambique, ocorreram mais de 200 mil infecções e cerca de 2 mil mortes por covid-19³⁰. Para além das

medidas individuais e coletivas introduzidas, a vacinação foi considerada uma prioridade nacional, como medida complementar para a prevenção da covid-19 e por forma a aliviar o impacto negativo, em nível do sistema sanitário e socioeconômico.

Para obtenção de vacinas contra a covid-19, Moçambique definiu duas abordagens. Por um lado, o país aderiu à iniciativa COVID-19 *Vaccines Global Access* (COVAX), que é uma iniciativa global que visa ao acesso equitativo às vacinas da covid-19, liderada pela Aliança para as Vacinas (Gavi), pela OMS, pela Coalizão para Inovações de Preparação para Epidemias (CEPI) e pelo UNICEF; por outro lado, o país adotou um mecanismo complementar de aquisição direta de vacinas contra a covid-19, para garantir o acesso à vacina pela população geral e, assim, assegurar uma maior cobertura da vacinação para os moçambicanos. Foram definidos grupos-alvo prioritários, tendo a campanha de vacinação iniciado com os profissionais de saúde, idosos e pessoas com problemas de saúde preexistentes, consideradas as mais vulneráveis. Gradualmente, à medida que mais vacinas ficaram disponíveis, outros grupos foram incluídos no processo de vacinação, tendo havido uma cobertura de cerca de 54% da população elegível³¹.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional sobre causas de Mortalidade, 2007/8³¹, as primeiras causas de morte em Moçambique eram a malária (28,8%), SIDA (26,9%), doenças do período perinatal (6,5%), doenças diarreicas (4,4%), pneumonia (4,3%), acidentes/causas externas (3,9%). Atualmente, as três primeiras causas de morte são a SIDA (11%), o cancro (8%) e o trauma (8%)³².

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Segundo o Índice de Vulnerabilidade às Mudanças Climáticas, Moçambique é considerado o quinto país mais vulnerável do mundo³³. Em nível do continente africano, é o segundo país com o maior número de desastres climáticos, tendo registado 79 eventos adversos, entre 1970 e 2019, sendo apenas superado pela África do Sul, com 90 eventos³⁴.

A vulnerabilidade de Moçambique às condições climáticas adversas deve-se aos efeitos combinados do fenómeno *El Niño*, aquecimento global, à sua localização e geografia. Essa vulnerabilidade, manifesta-se por meio de alterações nos padrões de temperatura e precipitação, no aumento do nível das águas do mar e no aumento da frequência e intensidade, de eventos como secas, cheias e ciclones tropicais que afetam diferentes regiões do país todos os anos. A longa costa é uma região ativa em ciclones tropicais. Por outro lado, o país situa-se a jusante de nove bacias hidrográficas partilhadas com países do interior, registando um acentuado abaixamento de altitude do interior para a costa, o que faz com que o escoamento superficial das

águas fluviais seja de alta velocidade, provocando inundações em curto espaço de tempo, quando ocorrem níveis altos de precipitação à montante das bacias internacionais partilhadas. No período de 1980 a 2019, Moçambique foi afetado por 21 ciclones tropicais, 20 eventos de inundação e 12 ocorrências de secas. Isso significa que, em média, nesse período, o país foi afetado por um ciclone tropical ou um evento de inundação de dois em dois anos e um evento de seca de três em três anos. Entretanto, nos últimos anos, verifica-se a ocorrência de mais do que um ciclone ou tempestade tropical por ano, exacerbando os impactos que esses fenômenos têm na economia e na vida das populações³⁵.

Nas piores cheias ocorridas nos últimos 50 anos em Moçambique, ao longo do mês de fevereiro e março do ano 2000, as cheias do Rio Limpopo, na Província de Gaza, ao sul de Moçambique, aproximadamente 800 pessoas foram mortas e muitas pessoas ficaram sem abrigo. Quando em 2019, o ciclone Idai atingiu a província de Sofala, um dos mais fortes ciclones tropicais a assolar a costa moçambicana, o qual vitimou mortalmente mais de mil pessoas, destruiu parcial ou completamente mais de 50 infraestruturas de saúde em toda a província, para além de ter também provocado crises humanitárias nas vizinhas Repúblicas do Malawi e do Zimbábue. Outro fenômeno que tem ocorrido, como resultado das mudanças climáticas, de forma crescente e recorrente em zonas urbanas, devido à saturação dos solos, são as inundações urbanas que resultam também de uma rápida urbanização, não acompanhada pela criação de condições para um adequado escoamento das águas³⁶. Para mitigar o impacto das mudanças climáticas e outros desastres, o Governo criou, em dezembro de 2020, o Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres (INGD), instituição responsável pela coordenação da mitigação dos efeitos dos desastres no país.

GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Em Moçambique, os resíduos sólidos, como consequência da evolução do padrão de vida da população, representam um problema que afeta não só os centros urbanos, mas também as vilas e distritos, ao longo do território nacional, com graves consequências para o saneamento do meio e proliferação de doenças. O tratamento dos resíduos sólidos constitui ainda um desafio. Embora existam algumas iniciativas da sociedade civil nos grandes centros urbanos, que selecionam plástico, vidro e metal para reciclagem ou para a venda, o destino da maior parte dos resíduos sólidos são as lixeiras a céu aberto e os aterros controlados. Nas unidades sanitárias, o lixo hospitalar é descartado por incineração ou colocado em aterros sanitários.

GÊNERO

O país registou consideráveis ganhos na promoção da igualdade de gênero, mas estes são passíveis de serem revertidos devido ao impacto dos fenômenos climáticos, à prevalência de conflitos, particularmente na região norte do país, e a fatores culturais. Os ganhos incluem a aprovação e o reforço de um conjunto de leis e estratégias que, entre outros, previnem e sancionam eficazmente a violência baseada no gênero, as uniões prematuras, e promovem a criação de um ambiente facilitador para a permanência da jovem na escola. No setor da educação, evidencia-se o alcance da paridade no ingresso de gênero com um aumento substancial do número de meninas na escola. Entretanto, no setor da saúde, a falta de empoderamento entre as adolescentes e as mulheres prejudica o desenvolvimento, por meio de níveis de fertilidade desfavoráveis, elevada mortalidade infantil e materna, baixos níveis de competências entre as mulheres e baixa produtividade das mulheres no mercado de trabalho. Em termos de gênero e desenvolvimento humano, o país aparece na posição 118 no conjunto de 166 países, fator que demonstra a prioridade que se tem dado a questões de igualdade de gênero. Não obstante permanecerem ainda muitos desafios, é notória a presença da mulher em todas as áreas políticas, econômicas e sociais, destacando-se a presença em todos os níveis de governação do país³⁷.

PARCERIAS E COLABORAÇÕES

Para fortalecer o SNS, Moçambique tem buscado parcerias e colaborações com organizações internacionais e agências de ajuda, visando à melhoria da infraestrutura de saúde, à capacitação de profissionais e à disponibilidade de recursos médicos essenciais. No período após a guerra dos 16 anos, impunha-se a reconstrução do país. Assim, assistiu-se a uma grande participação de Agências Internacionais de Cooperação, bem como de ONG, tendo sido registadas mais de duas centenas de organizações, sendo agora cada vez mais crescente o número de organizações nacionais.

A coordenação desses organismos revelou-se logo no princípio um grande desafio, pela dispersão de interesses, tendo o governo, para melhor coordenação, assinado o Código de Conduta de *Kaya Kwanga*. Este Código de Conduta, assinado em maio do ano 2000 e tendo sofrido várias revisões, materializa o compromisso do Ministério da Saúde, dos Parceiros de Cooperação, Sociedade Civil e Sector Privado de reforçar a parceria baseada em princípios, regras e procedimentos de consenso para alcançar os objetivos do setor da saúde, plasmados na Estratégia Nacional de Desenvolvimento, no Programa Quinquenal do Governo, na Política de Saúde, no Plano Estratégico do Sector da Saúde e nos demais documentos programáticos do setor.

REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

A regulação e fiscalização no setor de saúde é feita por várias instituições, sendo de destacar a Autoridade Nacional Reguladora do Medicamentos (ANARME), que desempenha as funções de regulamentação, supervisão, fiscalização, sancionamento e representação em conformidade com a Lei do Medicamento; a Ordem dos Médicos, que atua na regulação e na fiscalização da prática médica em Moçambique, garantindo que os médicos sigam as boas práticas e mantenham a qualidade do atendimento prestado à população, atuando também na promoção da formação contínua e na defesa dos direitos e interesses dos médicos no país; e a Ordem dos Enfermeiros, que visa regulamentar a vida administrativa e profissional dos enfermeiros, bem como dinamizar e mobilizar a profissão de enfermagem no país, defender a ética, a deontologia, a dignificação da classe e a qualificação profissional, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos indivíduos a uma enfermagem qualificada e humanizada.

ECONOMIA

Por altura da independência, Moçambique era um dos países mais pobres do mundo. Passados mais de 40 anos, embora a situação tenha melhorado significativamente, ela não retirou o país dessa categoria. Dotado de ricos e extensos recursos naturais, incluindo terras aráveis, fontes abundantes de água, energia, recursos minerais e vastos depósitos de Gás Natural Liquefeito (GNL), o país tem uma economia baseada principalmente na agricultura, estando o setor do turismo, pesca, setor da indústria extrativa, a indústria de fabricação de alimentos e a indústria de alumínio em franco crescimento. A taxa média de crescimento econômico anual do PIB do país tem sido das mais elevadas do mundo. Entretanto, as taxas de PIB per capita, IDH, desigualdade de renda e expectativa de vida têm estado entre os mais baixos em nível mundial. A recuperação econômica ganhou impulso com a Taxa de Crescimento do PIB, em 2023, de 5,4% e do PIB per capita, em 2023, de US\$ 646, impulsionada principalmente pelo início da produção de GNL na instalação *offshore de Coral South* na província de Cabo Delgado, no norte do país. O forte crescimento da agricultura e dos serviços, especialmente dos transportes, também contribuiu para a expansão da economia, compensando o impacto da menor atividade industrial e de construção. A dívida pública total diminuiu nos últimos anos e é considerada sustentável em uma perspectiva prospectiva. Os padrões internacionais recomendam destinar aproximadamente US\$ 86 per capita, sendo que Moçambique, no período entre 2016 e 2023, destinou entre US\$ 8 e US\$ 16 per capita em despesa pública interna e entre US\$ 13 e US\$ 25

em despesa pública em saúde³⁸. A taxa de inflação atingiu, nos últimos cinco anos, o máximo de 9,8% em 2022 e moderou-se para 7,1% em 2023 à medida que os preços globais das matérias-primas diminuíram.

A agricultura em Moçambique é a base da economia nacional, com uma contribuição média no PIB acima de 20% do total e emprega 80% da população ativa. Os setores de comércio e serviços de transportes e comunicações contribuem com uma média de 10% cada um. O setor da indústria extrativa tem mostrado um grande desempenho nos últimos anos, tendo passado de 2% em 2013 para um pouco mais de 7-8% entre 2018 e 2021.

A vastidão do território moçambicano não tem uma ampla rede de transportes que cubra todo o território. A rede nacional de estradas, em 2022, cobria 30.616 km de superfície, dos quais 8.268 km revestidos que correspondem a 27,0% e 22.348 km não revestidas, correspondentes a 73%. De acordo com os dados do INE, em 2022, foram registados, em nível nacional, 50.030 viaturas. O destaque vai para as ligeiras com 31.890 seguidas de pesadas com 10.639 registos. O ano de 2022 caracterizou-se pela redução no número de acidentes de viação em 104 casos, ao registarem-se 838 contra 942 registados em 2021, redução do número de mortos em 136 casos, feridos graves em 88 casos e feridos ligeiros em 15 casos.

Em relação a passageiros e cargas transportadas pelo sistema ferroviário, o tráfego de passageiros registou um crescimento de 80,9%, ao passar de 3.078 passageiros em 2021 para 5.569 em 2022, com um percurso médio por passageiro de 452 km. Em relação à mercadoria transportada, registou-se um aumento em 31,6%, e uma variação de 45,7% nas toneladas/quilômetros realizados³⁹.

Todas as capitais de província dispõem de aeroportos que recebem voos regulares, sendo a mais recente infraestrutura aeroportuária o aeroporto Filipe Jacinto Nyusi, inaugurado em 2021 na Cidade de Xai-Xai, capital da Província de Gaza. Vários outros distritos ao longo do país possuem também aeródromos de diferentes dimensões.

A construção de linhas dos caminhos de ferro em Moçambique, antes da independência nacional, obedeceu muito mais a uma lógica de abastecimento e escoamento dos territórios e países vizinhos sem acesso direto ao mar do que a uma lógica de interligação e serviço interno. Os principais portos localizam-se em Maputo, Beira e Nacala-Porto, havendo também pequenos desembarcadouros ao longo de todas as províncias costeiras do país.

Embora o transporte fluvial, lacustre e marítimo esteja a melhorar, os navios de grande porte são essencialmente dedicados ao transporte de carga. Os passageiros são frequentemente transportados em pequenas embarcações, muitas vezes sem a

observância de regras de segurança. Segundo o Jornal o País, em 2022, houve o registo de 129 pessoas que morreram, vítimas de acidentes que ocorreram no mar e em rios, e 44 foram dadas como desaparecidas, resultantes de um total de 170 acidentes⁴⁰. O pior acidente marítimo de que há registo no país ocorreu em abril de 2024, quando uma embarcação de pesca, saída do Posto Administrativo de Lunga em direção à Ilha de Moçambique na província de Nampula, no norte do país, com 160 passageiros e carga, naufragou. No acidente, pereceram 90 pessoas. Segundo a administradora marítima naquele ponto do país, as vítimas fugiam dos rumores da disseminação da cólera naquela região, por pessoas mal-intencionadas⁴¹.

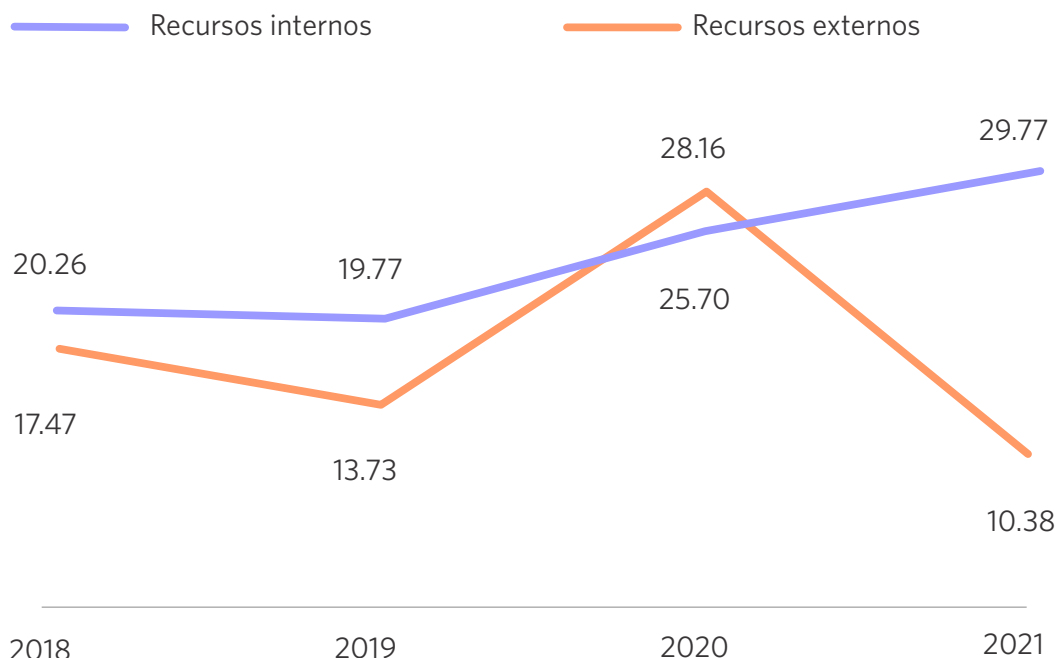
FINANÇAS DO SETOR DE SAÚDE

A guerra civil levou à destruição de centenas de centros de saúde. Quase a metade das áreas rurais em algumas províncias estiveram privadas de todos os serviços de saúde por muitos anos. Durante esse período, as despesas do governo em cuidados de saúde reduziram-se para 2% do orçamento nacional, refletindo a mudança de prioridades em detrimento da saúde à medida que o país lutava para se recuperar.

Mais recentemente, dados publicados pelo Fórum de Monitoria do Orçamento (2016) demonstram um incremento dos orçamentos: desde 2008, 61% dos recursos financeiros são utilizados em nível central, 31% em nível provincial e 8% em nível distrital⁴².

Orçamento do setor da saúde mostra-se longe de atingir o equilíbrio entre recursos internos e externos. O Relatório de Execução Orçamental (REO), do setor da saúde, correspondente ao I trimestre de 2021, mostra que os recursos mobilizados atingiram a fasquia de 40,1 milhões de Meticais, sendo que 29,7 milhões de Meticais (74% da dotação total) correspondem aos recursos internos e 10,3 mil milhões de Meticais (26% da dotação) compõem os recursos externos.

Quadro 2. Origem de recursos do setor de saúde (em mil milhões de MT e em %)



Fonte: Orçamento do Sector de Saúde 21⁴².

FUNDO COMUM DO SETOR DE SAÚDE (PROSAÚDE)

Os compromissos dos doadores para o apoio ao Fundo Comum do Setor de Saúde – ProSaúde correspondem a cerca de 27% da média dos últimos dez anos. O total de compromissos dos doadores, para o apoio ao Fundo Comum-ProSaúde, ascendeu a US\$ 15,2 milhões em 2021. Este montante corresponde a cerca 27% da média dos últimos dez anos (US\$ 55,5 milhões) e constitui, com o valor de 2020 (US\$ 14,7 milhões USD), o valor nominal mais reduzido, alimentando as receitas do setor. A proporção do financiamento dos doadores tem sido volátil e seguido uma tendência decrescente nos últimos anos, saindo dos US\$ 76,8 milhões (em 2011) para apenas US\$ 15,2 milhões (em 2021). Essa tendência reflete um declínio significativo das despesas de investimento externo. O total de receitas próprias, reportadas pelo setor da saúde, ascendeu à média anual de cerca de 453 milhões de Meticais nos últimos 10 anos. Ao longo desse período, as receitas corresponderam a uma média de 1,2% do orçamento disponível no setor⁴².

Apesar dos esforços na melhoria gradual do financiamento para a prestação de cuidados e serviços de saúde, o setor continua subfinanciado⁴³. Entretanto, a ausência

de transparência no Sistema Nacional de Saúde e a falta de responsabilização na utilização dos recursos públicos, para que os serviços prestados sejam mais abrangentes e robustos, têm sido mencionadas como problemas que corroem o setor.

CORRUPÇÃO

O país tem sido assolado por frequentes relatos de corrupção, sendo o caso mais gritante o das dívidas ocultas, também chamado de dívidas não declaradas, que se refere ao maior escândalo financeiro ocorrido no país entre 2013 e 2014. Nesse período, três empresas estatais moçambicanas contraíram empréstimos das filiais britânicas dos bancos de investimento Credit Suisse e VTB. Essas dívidas, no valor de mais de US\$ 2,7 milhões, foram supostamente destinadas a financiar projetos de vigilância marítima, pesca e estaleiros navais. No entanto, o parlamento moçambicano não tinha conhecimento desses empréstimos, e uma parte significativa do dinheiro foi usada para o pagamento de subornos. Tais dívidas, que abalaram a opinião pública e a economia do país, tiveram repercussões em todos os setores da sociedade ocasionando cortes dramáticos na despesa pública particularmente dos setores sociais. Por exemplo, as dívidas ocultas causaram a cada cidadão moçambicano por ano US\$ 10 a menos no setor de educação e US\$ 7 a menos no setor de saúde⁴⁴.

TERRORISMO

Por outro lado, depois de um curto período de acalmia no país, em 2017, em Cabo Delgado, no norte do país, uma província com uma longa costa marítima, com elevado potencial para o turismo, rica em recursos florestais, madeiras preciosas, gás e recursos minerais, deflagrou-se uma insurgência, provocada por grupos armados, que tem provocado até a atualidade uma grave crise humanitária, com a perda de vidas (mais de 2 mil mortos), de meios de subsistência, deslocamento generalizado das populações (cerca de 700 mil deslocados), destruição infraestruturas sociais e econômicas, constituindo uma verdadeira ameaça à paz e ao desenvolvimento do país⁴⁵.

SAÚDE DIGITAL

Segundo informações prestadas no 47º Conselho Coordenador de Saúde, realizado na província de Nampula, Distrito de Nacala a Velha, em maio de 2024, está em desenvolvimento uma estratégia da saúde digital em Moçambique. No entanto, existem algumas iniciativas de saúde digital em curso no país. A informatização dos processos de gestão clínica e administrativa já está consolidada no mais recente Hospital Central do país, inaugurado em 2017 em Quelimane, e está ainda em desenvolvimento em outras unidades hospitalares. Entretanto, a telessaúde, a telemedicina, a informatização

dos processos clínicos, o uso de telefones celulares, *tablets* para transmissão de dados estatísticos e recepção de resultados de laboratório ou de radiologia estão em curso no país, em particular no Hospital Central de Maputo, onde também são implementadas algumas iniciativas de uso de inteligência artificial para pesquisa e treino em cirurgia laparoscópica⁴⁶.

RECURSOS HUMANOS

Com a independência nacional, Moçambique sofreu uma saída massiva de profissionais em todos os setores da economia, criando uma crise de recursos humanos sem precedentes. No setor da saúde, com mais de 500 médicos antes da independência, ficaram pouco mais de oito dezenas, que estavam colocados nos maiores centros urbanos, sobretudo na cidade capital. Como solução, o país foi obrigado a buscar alternativas nos países amigos, tendo sido recrutados centenas de médicos e outras categorias profissionais, comumente designados de cooperantes, de países como a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, Cuba, China, República Democrática Alemã, Suécia, Itália, Guiné Conacri, Zâmbia, entre outros. Com apenas uma escola de formação de médicos e abraçando os princípios de Alma-Ata, para implementação dos Cuidados de Saúde Primários, foi intensificada a formação de profissionais de saúde alternativos, para cobrir a vastidão territorial do país. Nesse quadro, foram treinados técnicos de medicina curativa e técnicos de cirurgia, profissionais com o nível médio e outras categorias profissionais, para responder às necessidades de prestação de serviços de saúde⁴⁷.

Os técnicos de cirurgia, com a falta de médicos, e considerando as elevadas taxas de mortalidade materna, falta de acesso aos serviços de saúde por destruição massiva das unidades sanitárias, foram treinados para responder a situações cirúrgicas de urgência, particularmente nas zonas rurais, com um maior enfoque para as urgências obstétricas e traumatismos resultantes da guerra. O recrutamento desses profissionais era feito no seio de enfermeiros experientes, que mostrassem interesse ou aptidão para desempenhar essas atividades. Mais de 40 anos do início desse programa e devido ao seu tremendo sucesso, ele continua existindo em moldes diferentes, sendo agora a formação de nível superior, no Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA)⁴⁷.

Dados estatísticos de 2021 sobre RHS indicam que o rácio de profissionais de saúde por 10 mil habitantes em Moçambique é de 12, sendo o padrão recomendado pela OMS de 46 profissionais de saúde por 10 mil habitantes. Em relação a rácio de médicos, enfermagem e Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil (ESMI) por 10 mil habitantes, é de 9, sendo que o padrão recomendado pela OMS para esse indicador é de 23 por 10 mil habitantes. Atualmente, com mais de 5 instituições superiores para formação

de médicos, mais de 20 instituições de formação e enfermeiros e outros profissionais de saúde, o número de profissionais de saúde formados tem crescido substancialmente, mas o país enfrenta sérios constrangimentos financeiros para uma rápida absorção dos quadros de saúde logo após a sua graduação. Até o ano de 2021, o Subsistema Público de Saúde contava com 64.530 recursos humanos para saúde, sendo o rácio de 205.1/100 mil habitantes, dos quais 64.081 eram de nacionalidade moçambicana, e 449, de nacionalidade estrangeira. Esse número corresponde a um aumento de 8,9% (5.266) da força de trabalho quando comparado com o ano de 2020. Os Rácios de Técnicos de Saúde por 100 mil habitantes para os cerca de 2.700 médicos é 8.5/100 mil habitantes, para os 10.268 Enfermeiros, é 33,37/100 mil habitantes, e para as 7.278 ESMI, é 56/100 mil habitantes⁴⁸.

A disponibilidade de pessoal qualificado tem aumentado nos últimos anos, tendo superado o dobro de trabalhadores entre os anos 2000 e 2010 (15,920 para 34,507), graças à implementação do Plano Acelerado de Formação 2006-2009 e ao Plano Nacional de Formação 2011-2015, que contemplou essencialmente a construção de novas Instituições de Formação e o aumento de salas de aulas nas instituições já existentes, o que elevou a capacidade de formação em cerca de um terço, entre 2004 e 2010, bem como a introdução de cursos adicionais para as categorias críticas de apoio (gestão financeira, gestão de recursos humanos, logística etc.). A fuga de recursos humanos da saúde para o exterior do país nunca foi um problema relevante em Moçambique. Os principais motivos de perdas (2,5% dos trabalhadores em 2010) são as aposentações e as saídas voluntárias, particularmente para o setor privado e para as ONG⁴⁸. Os resultados do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infraestruturas indicam que, em Moçambique, a maioria dos trabalhadores de saúde qualificados está localizada na capital, cidade de Maputo, onde a densidade da força de trabalho é mais alta, com 22,52 trabalhadores de saúde por 10 mil habitantes. No entanto, a cidade de Maputo ainda não tem uma força de trabalho suficiente para atender às necessidades essenciais em saúde, muito menos para alcançar uma alta cobertura de serviços de saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários. A densidade da força de trabalho não varia muito entre as restantes províncias, com menos de 50% das províncias com uma densidade de força de trabalho abaixo de 2,97 trabalhadores de saúde por 10 mil habitantes⁴⁹.

No âmbito da Gestão de Recursos Humanos e visando minimizar as iniquidades em termos salariais entre os funcionários públicos, o governo aprovou a Lei nº 5/2022⁵⁰, que define as regras e os critérios para a fixação de remuneração dos servidores públicos, dos titulares ou membros de órgãos públicos e dos titulares e membros dos

órgãos da Administração da Justiça, designada por Tabela Salarial Única (TSU), alterada e republicada pela Lei nº 14/2022⁵¹, cuja implementação efetiva iniciou no mês de outubro de 2022. A nova TSU, que entrou em vigor 2022, surgiu da necessidade de o governo harmonizar as diferentes tabelas de salários vigentes na Administração Pública, caracterizadas por discrepâncias remuneratórias dentro das mesmas carreiras e em função do setor onde os Funcionários e Agentes do Estado estão afetos. O sistema de remunerações que estava em vigor era de difícil gestão, por incluir múltipla legislação, que abarcava mais de 11 leis, 10 decretos, 8 diplomas ministeriais e 15 despachos conjuntos; cerca de 103 tabelas salariais; 5.625 salários diferentes; 35 suplementos salariais; 322 qualificadores de funções e carreiras profissionais. Com a aplicação da TSU, o governo espera eliminar, em médio e longo prazo, os desequilíbrios existentes (Leis nº 5/2022⁵⁰ e nº 7/2023⁵²). Sendo um processo novo, no setor de saúde, vozes reivindicando melhores enquadramentos no que diz respeito a subsídios de risco, trabalho extraordinário, trabalho noturno e trabalho em regime de turnos foram emergindo. Aliadas a esses fatos, também são muito audíveis reivindicações relativas às condições de trabalho, o que tem levado à ocorrência de manifestações e paralisações laborais que afetam a prestação de serviços⁵³. No setor de saúde, em 2023-2024, ocorreram, de modo faseado, mais de seis paralisações com diferentes níveis de adesão, mas com implicações na qualidade dos serviços prestados.

SOCIEDADE CIVIL

A sociedade civil ainda incipiente, mas cada vez mais ativa no país, tem monitorado a situação da saúde por meio de vários mecanismos. Por exemplo, o Centro de Integridade Pública (CIP), associação criada em 2005 com o objetivo de contribuir para a promoção da transparência, anticorrupção e integridade em Moçambique, tem-se debruçado sobre vários assuntos de saúde, tendo publicado, em 2019, um Relatório sobre Logística de Medicamentos. O Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector de Saúde (OCS) também tem mantido uma participação ativa no debate atinente ao setor de saúde, assim como para a garantia dos Direitos Humanos e criação de mecanismos para a formação de uma cidadania crítica e suficientemente informada sobre os serviços públicos de saúde em Moçambique.

CONCLUSÃO

Apesar de ter uma das economias de crescimento mais rápido na África Subsaariana entre 2000 e 2015, a criação de emprego, a redução da pobreza e a acumulação de capital humano ainda são limitadas, com a maior parte da riqueza substancial ge-

rada a beneficiar apenas setores limitados da economia. Com um IDH baixo, o país enfrenta constrangimentos para uma maior cobertura dos serviços essenciais e para uma cobertura universal da saúde. Os serviços básicos de saúde são prestados de forma assimétrica em todo o país, gerando desigualdades espaciais, com mecanismos limitados para proteger os mais vulneráveis, o que é agravado pelas mudanças climáticas e desestabilização. As desigualdades de gênero e a falta de empoderamento entre as meninas e as mulheres têm também uma grande influência no crescimento demográfico, níveis de mortalidade e de doença.

A estabilidade política e a paz efetiva são, certamente, elementos críticos para o desenvolvimento, pois, em quase 50 anos de independência, o país nunca conheceu uma paz verdadeira. O subfinanciamento do setor de saúde ocasiona a escassez de recursos humanos qualificados e infraestrutura adequada, para uma cobertura universal dos serviços de saúde. Desenvolvimentos recentes mostram uma grande insatisfação por parte dos profissionais de saúde, com paralisações frequentes das atividades laborais cuja solução passaria por um incremento do financiamento do setor, sobretudo pela eliminação de eventuais focos de corrupção, melhor planificação e utilização de recursos. As mudanças climáticas constituem uma séria ameaça e carecem de intervenções mais robustas para tornar as populações mais resilientes aos efeitos nefastos dessas situações. O contexto político democrático proporciona certa estabilidade, sendo necessária a participação cada vez mais ativa de uma sociedade civil forte e informada. Não obstante todos os esforços de desenvolvimento, suas riquezas naturais e potencial econômico, Moçambique permanece ainda como um dos mais pobres.

REFERÊNCIAS

1. República Popular de Moçambique. Departamento de Informação e Propaganda da Frelimo. Defender, consolidar e valorizar as nacionalizações. Circular da Sede Nacional da Frelimo para os Grupos Dinamizadores por ocasião do 1º aniversário das nacionalizações. Moçambique, Maputo: Departamento de Informação e Propaganda da Frelimo; 1976.
2. República Popular de Moçambique. Decreto-Lei n.º 1/75 de 29 de julho. Define as tarefas e funções que cabem a cada Ministério na realização do programa geral de actividades do Conselho de Ministros. Boletim da República de Moçambique. 1975 jul 29.

3. Martins H. Crónicas dum Insubmisso, Maputo: Alcance Editores; 2024. V. 2.
4. Escola de Moçambique. Guerra Civil de Desestabilização – 1976-1992 e as consequências [Internet]. Escola de Moz. 2020 mar 3 [citado 2024 jul 30]. Disponível em: <https://www.escola-demoz.com/2020/03/guerra-de-desestabilizacao-1976-1992-e.html>
5. Brito L. Multipartidarismo, geografia do voto e descentralização em Moçambique. In: Chichava S. Desafios para Moçambique, 2019 [Internet]. Maputo: IESE; 2019 [citado 2024 jul 20]. p. 45-54. Disponível em: https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2020/02/Desafios_2019.pdf
6. Saide MAO, Stewart DE. Decentralization and human resource management in the health sector: a case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique. Int J Health Plann Manage. 2001;16(2):155-68. DOI: [10.1002/hpm.620](https://doi.org/10.1002/hpm.620)
7. República Popular de Moçambique. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Maputo: Ministério da Saúde; 2013.
8. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Anuário Estatístico 2021- Moçambique Statistical Yearbook 2021 – Mozambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.
9. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito sobre o Orçamento familiar – IOF 2022: Relatório Final [Internet]. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2023 [acesso em 2024 jul 20]. Disponível em: <https://www.rosc.org.mz/index.php/documentos/relatorios/40-inquerito-sobre-orcamento-familiar-2022/file>
10. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Decreto n.º 54/2008 de 30 de Dezembro. Redefine o âmbito de actuação, o conjunto das competências e as regras de nomeação dos Secretários Permanentes dos Ministérios. Boletim da República de Moçambique. 2008 dez 30.
11. Instituto Nacional de Saúde (MZ). Relatório de Avaliação das Actividades dos Agentes Polivalentes Elementares na Província da Zambézia. Plataforma da Saúde da Mulher, Criança e Nutrição Observatório Nacional de Saúde Marracuene. Marracuene: Instituto Nacional de Saúde; 2020.
12. República Popular de Moçambique. Ministério da Saúde. Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares. Maputo: Ministério da Saúde; 2010.
13. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Decreto n.º 9/92 de 26 de Maio. Aprova o Regulamento de Prestação de Cuidados de Saúde por Entidades Privadas - Revoga o Decreto n 31/89 de 10 de Outubro. Boletim da República de Moçambique. 1992 maio 26.
14. 14. Fernandes A. Contribuições para a História de Moçambique por Aires Sartro Fernandes

- 30 anos como médico em Moçambique. Associação de Médicos de Moçambique. Intervenção do autor no Dia dos Médicos, de 2006. Moçambique: AMM; 2006. (Série de 3 artigos publicados nas edições do «Canal de Moçambique» n. 42, de 5 de Abril, n. 43, de 6 de Abril, e n. 44, de 10 de Abril de 2006).

15. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Resolução n.º 11/2004 de 14 de Abril. Boletim da República de 14 de Abril. Aprova a Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação. Boletim da República de Moçambique. 2004 abr 14.

16. Country Meters. Relógio da População de Moçambique [Internet]. Country Meters. 2024 [citado 2024 jul 9]. Disponível em <https://countrymeters.info/pt/Mozambique>.

17. Instituto Nacional de Estatística (MZ). IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017 Indicadores Sócio-demográficos Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.

18. United Nations Development Programme. Human Development Report 2023/2024. Breaking the Gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world [Internet]. New York: UNDP; 2024 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.undp.org/sites/2024/report.hdr.undp.org>

19. Instituto Nacional de Estatística; DHS Program ICF. Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2022-23: Relatório Definitivo. Maputo, Moçambique; Rockville, Maryland: INE, ICF; 2023.

20. Instituto Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Estatística; Johns Hopkins University. Sistema de Vigilância de Eventos Vitais e Causas de Morte (COMSA), Moçambique: INE, INS, JHU; 2023.

21. Gaspar MDC, Cossa HA, Santos CR, Manjate RM, Schoemaker J. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Maputo, Moçambique; Calverton, Maryland; Instituto Nacional de Estatística, Macro International Inc.; 1998.

22. Instituto Nacional de Estatística; Ministério da Saúde. Inquérito Demográfico e de Saúde 2003 (Mozambique). Maputo: INE; 2012.

23. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Estatística; ICF International. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland: MISAU, INE, ICFI; 2012.

24. Pretorius C, Schnure M, Dent J, Glaubius R, Mahiane G, Hamilton M, et al. Modelling impact and cost-effectiveness of oral pre-exposure prophylaxis in 13 low-resource countries. J Int AIDS Soc. 2020;23(2):e25451. DOI: [10.1002/jia2.25451](https://doi.org/10.1002/jia2.25451)

25. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Semestral-2023 das Actividades Relacionadas ao HIV/ SIDA. Maputo: Ministério da Saúde; 2023.

26. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2009.
27. Ministério da Saúde (MZ), Direção Nacional de Saúde Pública. Boletim Diário da Cólera [Internet]. Maputo: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/mozambique/boletim-diario-da-colera-data-04082024-pt>
28. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022 [Internet]. Garnier: IARC; 2024 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
29. Organização Mundial de Saúde. Plano Estratégico Regional para as Doenças Tropicais Negligenciadas na Região Africana. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África; 2013.
30. World Health Organization. COVID 19- Dashboard. COVID-19 cases [Internet]. WHO; 2024 [cited 2024 Jul 18]. Available from: <http://www.covid19.who.int>
31. Ministério da Saúde (MZ), Direção Nacional de Saúde Pública. Programa Alargado de Vacinação. Plano Nacional de Vacinação contra a Covid 19 em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde; 2021.
32. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade 2007/08. Maputo: INE; 2008
33. Instituto Nacional de Saúde (MZ). Lançados relatórios sobre causas de morte em Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Saúde; 2023 maio 19 [citado 2024 jul 29]. Disponível em: <https://ins.gov.mz/lancados-relatorios-sobre-causas-de-morte-em-mocambique/>
34. Climate Risk Dataset. The end-to-end climate risk solution [Internet]. Verisk Maplecroft. 2024 [citado 2024 Jul 4]. Available from: <http://maplecroft.com/about/news/ccvi.html>
35. Ministério da Terra e do Ambiente (MZ). Plano Nacional de Adaptação de Moçambique. Direção Nacional das Mudanças Climáticas. Maputo: Ministério da Terra e do Ambiente; 2023.
36. Ministério da Terra e do Ambiente (MZ). Estratégia Nacional de adaptação e mitigação de mudanças climáticas. Moçambique, Maputo: Ministério da Terra e do Ambiente; 2012.
37. Ministério do Género, Criança e Acção Social (MZ). Perfil de Igualdade de Género de Moçambique. Maputo: Ministério do Género, Criança e Acção Social; 2022.
38. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jul 8]. Available from:

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>

39. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Estatísticas dos Transportes e Comunicações – 2022. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.

40. Mboane N. Mais de 120 pessoas morreram vítimas de sinistros marítimos em 2022. O País [Internet]; 203 jan 13 [citado 2024 jul 9]. Disponível em <https://opais.co.mz/mais-de-120-pessoas-morreram-vitimas-de-sinistros-maritimos-em-2022>

41. Folha de Maputo. Decretado luto nacional pela tragédia da Ilha de Moçambique. Folha de Maputo [Internet]; 2024 abr 10 [citado 2024 jul 9]. Disponível em <https://www.folhademaputo.co.mz/>.

42. Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector da Saúde. Financiamento e gastos públicos 2021: Orçamento do sector da saúde (Consultado em 14 de Junho de 2024). Disponível em <https://www.observatoriodesaude.org/financiamento-e-gastos-publicos-2021-orcamento-do-sector-da-saude>.

43. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Anual de Balanço do Sector de Saúde, 2018. Maputo: Ministério da Saúde; 2018.

44. Centro de Integridade Pública. Custos e Consequências das Dívidas Ocultas para Moçambique. Um caso de corrupção global com consequências devastadoras para Moçambique [Internet]. Maputo: Centro de Integridade Pública; 2021 maio 27 [citado 2024 maio 24]. Disponível em: <https://www.cipmoz.org/wp-content/uploads/2021/05/Dividas-Ocultas-LANC%CC%A7AMENTO.pdf>

45. Chongo AN, Chone BFD. O terrorismo em Cabo Delgado como um factor de ameaça à segurança na África Austral [Internet]. Maputo: Centro de Análise Estatística da CPLP (CAECPLP) [citado 2024 jul 9]. Disponível em www.caecplp.org

46. Ministério da Saúde (MZ). Comunicação do Doutor Eduardo Samo Gudo no 49º Conselho Coordenador de Saúde realizado no Distrito de Nacala a Velha em de 2024. Saúde Digital; 2024.

47. Mocumbi P. ‘Técnicos de cirurgia—assistant medical officers trained for surgery in Mozambique’. In: Omaswa F, Crisp N, editors. African Health Leaders: Making Change and Claiming the Future [Internet]. Oxford: Oxford Academic, 2015 [cited 2024 jul 5]. Available from: <http://loginreserach4life.org/tacsgr1doi.org/>

48. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Anual 2021 – Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde; 2021.

49. Ministério da Saúde (MZ). SARA 2018 Inventário Nacional: Infraestruturas, Equipamentos, Recursos Humanos, Serviços de Saúde. Maputo: Ministério da Saúde; 2018.
50. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 5/2022 de 14 de Fevereiro. Define as regras e os critérios para a fixação de remuneração dos serviços públicos, dos titulares ou membros de órgão público e dos titulares e membros dos órgãos da Administração da Justiça e aprova a Tabela Salarial Única (TSU). Boletim da República de Moçambique. 2022 fev 14.
51. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 14/22 de 10 de outubro. Altera e republica a Lei n.º 5/2022, de 14 de Fevereiro que define as regras e os critérios para a fixação de salário e remuneração dos servidores públicos, dos titulares ou membros de órgão público e dos titulares e membros dos órgãos da Administração da Justiça e aprova a Tabela Salarial Única (TSU). Boletim da República de Moçambique. 2022 out 10.
52. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 7/2023 de 9 de julho. Boletim da República de Moçambique. 2023 jul 9.
53. Manguela ALJ, Craveiro I, Sidat M, Sengo DB, Cabral AJR, Ferrinho P. A look back at the strike by Mozambican doctors in 2013: what can we learn? BMC Health Serv Res. 2024;24:1510. DOI: [10.1186/s12913-024-11998-7](https://doi.org/10.1186/s12913-024-11998-7)