



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Iolanda Ermelindo Zacarias

**RESPOSTA GOVERNAMENTAL DE MOÇAMBIQUE À COVID-19:
PREPARAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA**

Salvador-Bahia

2024

Iolanda Ermelindo Zacarias

Resposta governamental de Moçambique à Covid-19: Preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento à pandemia

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Garrido de Barros

Salvador -Bahia

2024

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Z13r Zacarias, Iolanda Ermelindo.

Resposta governamental de Moçambique a pandemia da COVID-19:
preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia /
Iolanda Ermelindo Zacarias. – Salvador: I.E. Zacarias, 2024.

99 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Garrido de Barros.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde
Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. COVID-19. 2. Preparação. 3. Moçambique. 4. Resposta. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva


IOLANDA ERMELINDO ZACARIAS

Resposta governamental de Moçambique à Covid-19: preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento à pandemia.


A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de agosto de 2024.

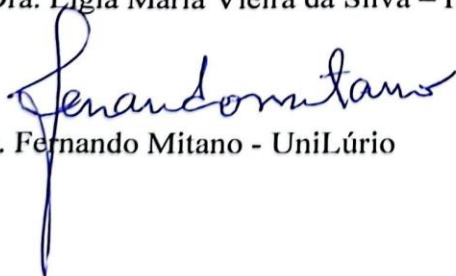
Banca Examinadora:

 Documento assinado digitalmente
SANDRA GARRIDO DE BARROS
Data: 27/08/2024 06:38:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Sandra Garrido de Barros - Orientadora - FO/UFBA

 Documento assinado digitalmente
LIGIA MARIA VIEIRA DA SILVA
Data: 27/08/2024 08:41:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ligia Maria Vieira da Silva – ISC/UFBA


Prof. Dr. Fernando Mitano - UniLúrio

Salvador
2024

Dedicatória:

Dedico esta dissertação ao meu companheiro Melsequisete Daniel Vasco, pelo apoio incondicional, constante inventivo e por acreditar no meu potencial

AGRADECIMENTOS

Obrigada, meu Deus, por me dares sempre tua mão como um Pai Amoroso que jamais abandona um filho, e por iluminar cada passo desta jornada, transformando obstáculos em degraus e dúvidas em fé.

Agradeço à minha professora orientadora Sandra Garrido de Barros pelo apoio contínuo, pela inspiração, motivação, confiança e paciência.

Um agradecimento especial à minha família: aos meus pais Ermelindo Zacarias (em memória) e a Hírdina Bernardo Maheme que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória. Ao meu companheiro Melsequisete obrigada por ser meu porto seguro e por compartilhar os inúmeros momentos de ansiedade e estresse, sou grata pelos momentos do “durma, coma, descanse e relaxe”. Aos meus filhos Éden de Jesus e Azekel Wezu minha eterna gratidão por suportarem minhas ausências.

A todos meus amigos que me apoiaram direta ou indiretamente, especialmente a Vanda da Glória, as palavras não podem expressar o quão sou grata pelo contributo para o meu crescimento acadêmico. Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo, em especial ao Quilombo das Iyás Dalzira e Xica Manicongo obrigada por serem companheiros de luta e diversão.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Resposta governamental de Moçambique a pandemia da Covid-19: Preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientadora: Sandra Garrido de Barros. Salvador, Bahia, Brazil, 2024.

RESUMO

Introdução: O Coronavírus - 2 (SARS-CoV-2) propagou-se rapidamente pelos países e regiões do mundo, razão pela qual a OMS decretou como pandemia a 11 de março de 2020. A África foi o último continente a ser afetado pela pandemia, tendo o seu primeiro caso confirmado no dia 14 de fevereiro de 2020, no Egito, de um cidadão chinês. Naquele momento a Itália já registrava seus primeiros casos, e semanas depois passou a acumular milhares de mortes, o que causou um temor maior em relação à África, o continente mais pobre do planeta, que já vinha enfrentando outras epidemias além do subfinanciamento e fragilidade dos seus sistemas de saúde, tendendo a uma maior mortalidade pela Covid-19, o que não aconteceu. **Objetivo:** Analisar a preparação e a resposta governamental de Moçambique para a mitigação, controle e combate a pandemia da Covid-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso sobre a resposta de Moçambique à pandemia de Covid-19, baseado em revisão integrativa da literatura e análise documental. A busca foi efetuada nas seguintes bases: Pubmed, Scopus, Web of Science, e Google Acadêmico, dessa busca, foram identificados um total de 1350 documentos. Após leitura dos títulos e resumos 47 foram pré-selecionados para leitura na íntegra e 21 foram incluídos. Já a busca documental, foi realizada a partir dos endereços eletrônicos do Governo da República de Moçambique, do Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde; do endereço do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); bem como os meios de comunicação social de maior circulação no país, como o jornal O País. **Resultados:** A elaboração do plano de preparação e resposta seguiu o Regulamento Sanitário Internacional. Foram estabelecidas estratégias de comunicação em diferentes mídias; pagamento de subsídios por três meses para populações mais vulneráveis; uma comissão técnico-científica para aconselhamento ao governo; medidas não farmacológicas de prevenção e combate à pandemia. O governo elaborou também um plano de resposta comunitária que envolveu diversos agentes comunitários como agentes polivalentes elementares, praticantes da medicina tradicional, líderes comunitários, entre outros treinados para informar sobre a pandemia, relacionar e reportar casos suspeitos. Com um total de 1.316 leitos distribuídos

pelos centros de internamento para Covid-19 no país, atingiu o máximo de 30% de ocupação. A vigilância epidemiológica teve como componentes: verificação e detecção; avaliação do risco e gravidade; e monitoramento da epidemia. Suas atividades tiveram início nos pontos de entrada do país. Foi estabelecida uma Rede Nacional de Vigilância Genômica. A vacinação teve início em março de 2021, obedecendo critérios de priorização e a disponibilidade de doses. Em abril/2023, 60% da população estava vacinada. O acesso da população à vacina decorreu da adesão ao programa COVAX e da aquisição direta. Em abril/2022 foi anunciado o fim do estado de calamidade pública no âmbito da Covid-19, com uma tendência à redução dos casos e óbitos, e relaxamento das medidas.

Palavras chave: Covid-19; Preparação; Moçambique; Resposta; Covid-19; Moçambique.

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Mozambique's government response to the COVID-19 pandemic: Preparing health services to deal with the pandemic. Dissertation (Master's Degree in Collective Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia. Supervisor: Sandra Garrido de Barros. Salvador, Bahia, Brazil, 2024

ABSTRACT

Introduction: Coronavirus - 2 (SARS-CoV-2) has spread rapidly throughout the countries and regions, which is why the WHO declared it a pandemic on March 11, 2020. Africa was the last continent to be affected by the pandemic, with its first confirmed case on February 14, 2020, in Egypt, of a Chinese citizen. At the time, Italy was already registering its first cases, and weeks later, thousands of deaths began to accumulate, which caused greater fear for Africa, the poorest continent on the planet, which was already facing other epidemics in addition to the underfunding and fragility of its health systems, which would increase mortality from COVID-19, but it didn't happen. **Aim:** Analyze Mozambique's government preparedness and response to mitigate, control and combat the COVID-19 pandemic. **Method:** This is a case study on Mozambique's response to the COVID-19 pandemic, based on an integrative literature review and document analysis. The search was carried out in the following databases: PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar, from which 1,350 documents were identified. After reading the titles and abstracts, 47 were shortlisted for full reading, and 21 were included. The documentary search was carried out using the websites of the Government of the Republic of Mozambique, the Ministry of Health, the National Health Institute, the website of the United Nations Children's Fund (UNICEF), as well as the most widely circulated media in the country, such as the newspaper O País. **Results:** The preparation and response plan followed the International Health Regulations. Communication strategies were established in different media, payment of subsidies for three months for the most vulnerable populations, a technical-scientific commission to advise the government, and non-pharmacological measures to prevent and combat the pandemic. The government also drew up a community response plan that involved various community agents such as elementary multipurpose agents, traditional medicine practitioners, community leaders, among others trained to inform about the pandemic, relate and report suspected cases. With 1,316 beds distributed across the country's COVID-19 hospitalisation centers, occupancy reached a maximum of 30%. Epidemiological surveillance had the following components: verification and detection, risk and severity assessment, and epidemic

monitoring. Its activities began at the country's points of entry. A National Genomic Surveillance Network was established. Vaccination began in March 2021, following prioritization criteria and the availability of doses. By April 2023, 60% of the population had been vaccinated. The population's access to the vaccine resulted from adherence to the COVAX program and direct purchase. In April/2022, the end of the state of public calamity was announced for COVID-19, with a trend towards a reduction in cases and deaths and a relaxation of measures.

Key words: COVID-19; Preparedness; Mozambique; Response; COVID-19; Mozambique.

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Respuesta del gobierno de Mozambique a la pandemia de Covid-19: Preparar los servicios sanitarios para hacer frente a la pandemia. Disertación (Maestría en Salud Colectiva). Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahia. Supervisora: Sandra Garrido de Barros. Salvador, Bahia, Brazil, 2024.

RESUMEN

Introducción: El coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) se ha propagado rápidamente por todos los países y regiones del mundo, razón por la cual la OMS lo declaró pandemia el 11 de marzo de 2020. África fue el último continente afectado por la pandemia, con su primer caso confirmado el 14 de febrero de 2020 en Egipto, un ciudadano chino. Por aquel entonces, Italia ya registraba sus primeros casos, y semanas después empezaron a acumularse miles de muertes, lo que hizo temer aún más a África, el continente más pobre del planeta, que ya se enfrentaba a otras epidemias además de a la infrafinanciación y fragilidad de sus sistemas sanitarios, lo que aumentaría la mortalidad por Covid-19, pero no fue así. **Objetivo:** Análisis de la preparación y respuesta del gobierno de Mozambique para mitigar, controlar y combatir la pandemia de Covid-19. **Metodología:** Se trata de un estudio de caso sobre la respuesta de Mozambique a la pandemia de Covid-19, basado en una revisión bibliográfica integradora y un análisis documental. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science y Google Scholar, a partir de las cuales se identificaron un total de 1.350 documentos. Tras la lectura de los títulos y resúmenes, se preseleccionaron 47 para su lectura completa y se incluyeron 21. La búsqueda documental se realizó utilizando las direcciones electrónicas del Gobierno de la República de Mozambique, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud; la dirección del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef); así como los medios de comunicación de mayor difusión en el país, como el diario O País. **Resultados:** El plan de preparación y respuesta siguió el Reglamento Sanitario Internacional. Se establecieron estrategias de comunicación en diferentes medios; pago de subsidios durante tres meses para las poblaciones más vulnerables; una comisión técnico-científica para asesorar al gobierno; medidas no farmacológicas para prevenir y combatir la pandemia. El gobierno también elaboró un plan de respuesta comunitaria en el que participaron diversos agentes comunitarios, como agentes polivalentes elementales, practicantes de medicina tradicional, líderes comunitarios, entre otros, formados para

informar sobre la pandemia, relacionar y notificar los casos sospechosos. Con un total de 1.316 camas distribuidas por los centros de hospitalización Covid-19 del país, la ocupación alcanzó un máximo del 30%. La vigilancia epidemiológica tenía los siguientes componentes: verificación y detección; evaluación del riesgo y la gravedad; y seguimiento de la epidemia. Sus actividades se iniciaron en los puntos de entrada al país. Se creó una Red Nacional de Vigilancia Genómica. La vacunación comenzó en marzo de 2021, siguiendo criterios de priorización y disponibilidad de dosis. En abril de 2023 se había vacunado al 60% de la población. El acceso de la población a la vacuna fue el resultado de la adhesión al programa COVAX y de la compra directa. En abril/2022, se anunció el fin del estado de calamidad pública en el contexto de Covid-19, con una tendencia a la reducción de casos y muertes, y la relajación de las medidas.

Palabras clave: Covid-19; Preparación; Mozambique; Respuesta; Covid-19; Mozambique.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma da estratégia de seleção de artigos.

Gráfico 1: Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2020.....46

Gráfico 2: Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2021.....47

Gráfico 3: Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2022.....48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estratégia de busca	89
Quadro 2: Autor, ano e periódico de publicação; e principais contribuições dos artigos selecionados e usados para o capítulo do livro.....	90
Quadro 3: Documentos usados para o capítulo do livro.....	93
Quadro 4: Histórico do PIB e PIB per capita em USD, Moçambique, 1995 a 2021.....	32
Quadro 5: Características do sistema de saúde de Moçambique.....	35
Quadro 6: Evolução e medidas de resposta adotadas à covid-19, 2020-2022.....	44
Quadro 7: Artigos usados para a escrita do artigo.....	94
Quadro 8: Documento usados para escrita do artigo.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS

ACs	Agentes comunitários de saúde
APEs	Agentes polivalentes elementares
APS	Atenção primária à saúde
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DPS	Direção Provincial de Saúde
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
EEN	Estado de Emergência Nacional
ERR	Equipe de Resposta Rápida
EPI	Equipamentos de proteção individual
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INS	Instituto Nacional de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG's	Organizações não-governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PT	Parteiras tradicionais
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SMI	Saúde materno infantil
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher e Ação social
US	Unidades sanitárias

APRESENTAÇÃO

Sou formada em medicina dentária, pela Universidade Lúrio-Nampula, Moçambique, e durante o percurso da minha graduação sempre pensei em um mestrado em Saúde Pública. Sem imaginar, um novo campo abriu-se para mim, a “Saúde coletiva”. Tendo em conta que recentemente, muitas pesquisas na área da saúde estão sendo feitas por conta da pandemia de Covid-19. Com a sua chegada da pandemia em Moçambique mesmo sem experiência prévia na área de pesquisa despertou-me o interesse de estudar sobre o tema pois acreditei que traria contributos para o mundo e para a minha “Pátria Amada”.

Com a minha orientadora, foi possível desenvolvermos o processo da pesquisa para compor a dissertação que resultou em dois produtos, um capítulo de livro, que incorpora um e-book com resultados do projeto Análise comparada de sistemas de saúde e a resposta a Covid 19 (SSS e COVID-19), coordenado pelas professoras Lígia Maria Vieira da Silva e Monique Azevedo Esperidião, com o tema Resposta governamental de Moçambique a pandemia da Covid-19: Preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia, e um artigo intitulado “Articulação do Serviço Nacional de Saúde com agentes comunitários e praticantes de medicina tradicional em Moçambique: uma resposta governamental à pandemia da Covid-19” sua versão traduzida para o inglês foi submetido à revista.

A escrita do capítulo do livro contou com a participação especial do professor Fernando Mitano, que trouxe contribuições importantes para o enriquecimento e apresentação de melhores resultados da dissertação.

O capítulo do livro seguiu as diretrizes do Projeto SSS e COVID-19 (CHAMADA MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020), e traz uma descrição de como o governo moçambicano reagiu perante a pandemia da Covid-19 incluindo as ações e medidas tomadas desde o período pré-pandemia, bem como durante e no pós-pandemia, incluindo os eventos importantes que aconteceram.

Já o artigo aprofunda questões relacionadas ao setor comunitário da saúde em Moçambique que conta com apoio de outros ministérios, membros que atuam como agentes comunitários, médicos tradicionais e outros ativistas na promoção da saúde e a sua influência sobre a adesão da comunidade às medidas adotadas, o que constituiu um contributo maior na resposta à pandemia.

SUMÁRIO

1	PRODUTO 1 – CAPITULO DO E-BOOK	18
1.1	INTRODUÇÃO	18
1.2	OBJETIVOS	23
1.3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
1.4	METODOLOGIA	28
1.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
1.6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
1.6.1	<i>Identificação do país e indicadores demográficos</i>	33
1.6.2	<i>Sistema de saúde</i>	35
1.6.3	<i>Respostas à epidemia de Covid-19</i>	39
1.6.4	<i>Evolução da pandemia no país</i>	47
1.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
2	PRODUTO 2 -ARTIGO	53
2.1	INTRODUÇÃO	56
2.2	METODOLOGIA	58
2.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
2.3.1	<i>Antecedentes e caracterização da pandemia em Moçambique</i>	60
2.3.2	<i>Resposta Governamental e a articulação comunitária</i>	60
2.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
3	REFERÊNCIAS	67
4	ANEXOS	80
4.1	ANEXO 1: MATRIZ DO ESTUDO DE CASO	80
4.2	ANEXO 2: MAPA DE MOÇAMBIQUE E SEUS LIMITES	88
5	APÊNDICES	89

1 PRODUTO 1 – CAPÍTULO DO E-BOOK

Resposta Governamental de Moçambique a Pandemia da Covid-19: Preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia

1.1 Introdução

Desde os finais de 2019, alastrou-se pelo mundo, uma crise sanitária, que preocupou a todos os níveis. Trata-se da pandemia do Coronavírus - 2 (SARS-CoV-2), que foi identificado primeiramente na cidade de Wuhan, na República Popular da China em dezembro de 2019 (BAMGBOYE et al., 2021; LONE; AHMAD, 2020; SACK et al., 2021), e é o agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda e grave que surgiu e causou uma doença infecciosa, denominada Covid-19 e suas manifestações incluem a tosse persistente, febre, falta de ar, diarreia e fadiga (NYATANGA, 2020).

A Covid-19 propagou-se rapidamente pelos países e regiões do mundo, razão pela qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou-a como pandemia, a 11 de março de 2020 (LONE; AHMAD, 2020). Pela dificuldade da determinação exata do comportamento do agente etiológico, para permitir a adoção de medidas eficazes para o seu enfrentamento tornou-se bastante desafiadora, (MOOCK; DE CARVALHO MELLO, 2020) e por via desta, os países teriam o desafio de construir e implementar estratégias seguras para seu enfrentamento (NEOGI; PREETHA, 2021).

Perante o cenário, verificou-se, a nível do mundo, a implementação de medidas muito diferenciadas, em cada país, para a resposta à pandemia (SAVINO; DE TITTO, 2020). De acordo com CONILL (2006) a maior demanda, na resposta a uma pandemia seria a mobilização dos sistemas de saúde dos países para fazer face à crise, os quais na maioria dos casos estudados por SAVINO & DE TITTO (2020) desempenharam; principalmente a tarefa de coordenação das ações de saúde pública dos países (SAVINO; DE TITTO, 2020).

A preparação dos países devia, não só consistir em ações de saúde pública (como principal estratégia), mas também, contribuir para o fortalecimento dos sistemas de oferta dos serviços de assistência à saúde, principalmente, as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dado que, ainda que poucos casos evoluam a gravidade, estes, na sua maioria, necessitam de tal abordagem (NYATANGA, 2020).

Mesmo com as diretrizes propostas pela OMS, verificou-se que, muitos países desenvolveram diferentes estratégias, grandemente influenciadas, sobretudo, pelas estruturas preexistentes, com relação aos seus sistemas de saúde e às políticas sociais (SAVINO; DE TITTO, 2020).

Este fato, levou diversos países a experienciar uma realidade caracterizada por maiores números diários de óbitos, transformando a pandemia em uma ameaça existencial, com adoção de medidas como distanciamento físico, ampliação de recursos para tratamentos paliativos nas UCI, até mesmo alterações das práticas de funerais (NYATANGA, 2020).

O continente africano foi o último a ser afetado pela pandemia, tendo o seu primeiro caso confirmado no dia 14 de fevereiro de 2020, no Egito, de um cidadão chinês. A maioria dos casos identificados de Covid-19 em África foram importados da Europa e dos Estados Unidos. Naquele momento a Itália já registrava seus primeiros casos, e semanas depois passou a acumular milhares de mortes. Se na Europa a pandemia teve efeitos devastadores, havia um temor maior em relação à África, o continente mais pobre do planeta, e que já vem enfrentando outras epidemias como ebola e cólera, além de elevada prevalência de doenças infecciosas como o HIV/Aids, tuberculose, pneumonia e malária (FAGBAMIGBE *et al.*, 2022; LONE; AHMAD, 2020).

Outro fator que fundamentava as previsões relativas às altas taxas de morte pela Covid-19 na África seria o subfinanciamento dos seus sistemas de saúde, responsável pela fragilidade de infraestruturas, com número insuficiente de profissionais de saúde, de enfermarias hospitalares e equipamentos de proteção individual (EPI) (FAGBAMIGBE *et al.*, 2022).

Experiências globais indicam que o diagnóstico precoce, testes rápidos e o gerenciamento minucioso dos pacientes são fundamentais no enfrentamento da pandemia.

Particularmente na África, com sistemas de saúde frágeis, as infecções e mortalidade pela Covid-19 tenderiam a aumentar. Apesar da fragilidade dos sistemas de saúde e de suas instalações, o crescimento dos casos no continente africano tem desafiado a maioria das previsões. Estudos têm mostrado que a África é o segundo continente com menor registro de óbitos (BAMGBOYE *et al.*, 2021; FAGBAMIGBE *et al.*, 2022), exceto a África do Sul, Tunísia e Marrocos que foram os países mais afetados (MISAU, 2023).

Entre as explicações para o pequeno número de casos está a baixa testagem e pacientes assintomáticos, enquanto que para menores números de óbitos está a subnotificação, e mortes nas comunidades. Porém, no final de fevereiro de 2020 a União Africana¹ organizou uma reunião de emergência com os ministros de saúde africanos para abordar questões sobre a preparação e resposta à pandemia, através de uma parceria dos governos, apoiada na experiência prévia com o enfrentamento dos surtos anteriores a exemplo da ebola e cólera (FAGBAMIGBE *et al.*, 2022).

A OMS estabeleceu como medidas gerais para prevenção Covid-19: a lavagem frequente das mãos, o distanciamento físico e o confinamento parcial ou total, além das ações de vigilância de casos com testagem, isolamento de positivos e quarentena de contatos. As medidas de confinamento no início da pandemia ajudaram a limitar a propagação da doença, porém, muitos países africanos, na sequência das dificuldades econômicas causadas por estas medidas tiveram que flexibilizar o relaxamento, o que teve como consequência o aumento de casos. No que diz respeito à lavagem frequente das mãos, no continente africano, as dificuldades para o cumprimento são enormes pois ainda persistem problemas relacionados ao acesso à água potável, e ao saneamento básico. Foram necessários seis meses para atingir os primeiros 500.000 casos, mas menos de dois meses para ultrapassar a marca do milhão de casos no continente (BAMGBOYE *et al.*, 2021).

Em relação ao baixo número de óbitos, na realidade africana, uma morte independentemente da causa, sempre tem uma percepção palpável, nunca passa despercebida, seja pela mídia ou círculo social. Tal fato culminaria no aumento de mortalidade por doenças desconhecidas, o que não ocorreu (CAMPOS, 2021).

¹ A União Africana foi fundada em 9 de julho de 2002, e é a organização que sucedeu à Organização da Unidade Africana fundada em 1963. É composta por 55 países e tem como objetivo promover soluções para os desafios enfrentados pelos países africanos, com vista ao fortalecimento da paz, da soberania, dos direitos humanos e do desenvolvimento socioeconômico do continente (CANTO, 2022).

Além disso, tendo em conta que a transmissão da Covid-19 é maior em espaços aglomerados e fechados, o fato de muitas comunidades do continente africano serem rurais e dispersas, pode ter atrasado a propagação do vírus. Outro fator que pode ter contribuído relaciona-se à composição da população africana que é majoritariamente jovem. Por exemplo, a idade média nos países da África subsaariana é de 18 anos, e maiores de 65 anos representam 3% da população, em comparação com a Europa onde a idade média é de 37 anos, e a população com idade superior a 65 anos constitui 20,8% (BAMGBOYE *et al.*, 2021).

Diante da situação, e pela evolução nos países vizinhos, o Governo² de Moçambique, seguindo o Regulamento Internacional Sanitário da OMS³ (2005), convocou o Conselho de Ministros, para a elaboração do Plano Nacional de Preparação e Resposta⁴ para a doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19), como ferramenta estratégica do país (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

O registro do primeiro caso de Covid-19, foi noticiado pelo Ministro da Saúde, em 22 de março de 2020, de um moçambicano de 75 anos de idade, vindo de uma viagem ao Reino Unido (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

Durante a vigência do plano, e na medida da evolução da pandemia, as estratégias foram sendo atualizadas, com base aos critérios epidemiológicos e científicos, com um envolvimento multidisciplinar e multissetorial, através de ações de contenção de casos, vigilância ativa, isolamento e seguimento dos casos, até o registro de dados junto à OMS (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

No que se refere aos serviços de saúde, em Moçambique, o governo, através do Ministério da Saúde, é o principal responsável pela aplicação das políticas públicas de

² Moçambique é um Estado unitário, com princípios de descentralização e a planificação no sector da saúde enquadra-se no ciclo de planificação do Governo (MISAU, 2013)

³ A base legal é constituída pela Resolução n°32/2008 de 1 de setembro que, ratifica o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005). O RSI orienta a todos os países a estarem preparados para: i) contenção de casos, ii) vigilância ativa, iii) detecção precoce, iv) isolamento e manuseamento de casos, v) rastreio de contatos, vi) prevenção da disseminação progressiva da covid-19 e vii) partilhar dados com a OMS (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020)

⁴ A justificativa do Governo de Moçambique para a elaboração e implementação de um Plano de Contingência considerou que o risco de introdução do vírus no país era alto devido a: i) Entrada de pessoas provenientes de países infectados; ii) Debilidade do sistema de vigilância nos pontos de entrada; iii) elevado movimento migratório nos pontos de entrada; iv) Fronteiras extensas e vulneráveis (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

saúde desde os domínios público, privado e comunitário⁵, que conformam o Sistema Nacional de Saúde (SNS)(REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, 1995).

O caso de Moçambique torna-se relevante pois embora com um sistema de saúde fragilizado e um financiamento aquém da média regional (SADC) de 15 % do Produto Interno Bruto (PIB), recomendada pela OMS (MISAU, 2013; MITANO *et al.*, 2016), o governo moçambicano optou pelo enfrentamento da pandemia estabelecendo as medidas de prevenção da Covid-19 denominadas de não farmacológicas, disponíveis à época, como o distanciamento físico, lavagem das mãos, uso das máscaras, rastreio de passageiros, indicação de quarentena domiciliar e seguimento de casos. Outrossim, antes da confirmação do primeiro caso, o governo fechou as escolas públicas e privadas de todos os níveis, e proibiu a realização de eventos sociais com mais de 50 pessoas, com exceção aos eventos de interesse do Estado. Depois da confirmação do primeiro caso, foi decretado um Estado de Emergência Nacional (EEN) por razões de calamidade pública. Porém, por questões econômicas, o confinamento variou do nível 1 a 3⁶, o que levou o país a registrar o primeiro óbito dois meses depois e os primeiros 1000 casos 106 dias depois.(MANJATE *et al.*, 2020; PRISTA *et al.*, 2021a).

Os estudos revisados não aprofundam a relação entre a preparação, as medidas de enfrentamento e os desfechos/efeitos da pandemia (casos e óbitos) nem analisam em que medida a mobilização do Governo, do sistema de saúde e da vigilância epidemiológica de Moçambique, conseguiu conter a propagação da pandemia e seus efeitos sobre a população.

Nesse sentido, foram estabelecidas as seguintes perguntas de investigação:

De que maneira Moçambique se preparou para responder e enfrentou a pandemia da Covid-19?

⁵ As ações de saúde comunitária ocorrem por iniciativas do Governo, ou através das ONGs nacionais e internacionais que contam com agentes comunitários em saúde e cobre parcialmente as necessidades básicas da população em áreas sem a presença do SNS (MISAU, 2013)

⁶ O nível 1 consistia em: medidas individuais de prevenção, evitar aglomerações ≤ 300 pessoas, evitar viagens não essenciais e quarentena para países de alta transmissão; o nível 2 as restrições de aglomeração era para ≤ 50 pessoas, quarentena obrigatória para todos os viajantes procedentes de países endêmicos e cancelamento de vistos. O nível 3 consistia em evitar aglomerações ≤ 10 pessoas, restrição severa no setor comercial, obrigatoriedade da rotatividade do setor público e restrição de todos os eventos, atividades desportivas e cultos religiosos; e por fim o nível 4 seria a proibição da saída de casa, fechamento de toda atividade pública, privada e comercial e proibição de viagens. (MISAU, 2020b)

Como a estrutura preexistente dos serviços de saúde e vigilância contribuiu na resposta à evolução da pandemia da Covid-19?

1.2 Objetivos

Geral

Analisar a preparação e resposta governamental de Moçambique para a mitigação, controle e combate a pandemia da Covid-19

Específicos

- Descrever a estrutura do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do país
- Caracterizar a estrutura e a mobilização da vigilância epidemiológica do país, na resposta à pandemia
- Identificar as medidas adotadas pelo Governo (Estado) para a coordenação da resposta nacional, contenção e mitigação da propagação da pandemia.
- Identificar as políticas emergenciais adotadas durante a pandemia.

1.3 Referencial teórico

A pandemia da Covid-19 evidenciou dois aspectos críticos: primeiro a necessidade de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde e, segundo, a necessidade de sua universalização (DE PAULA; IBIAPINA; MOSSÉ, 2018).

É reconhecido que os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias do século XX, e foram adotados como estratégia de fortalecimento da democracia, e promoção dos direitos de cidadania, onde o Estado que assumiu esse papel deve garantir a oferta de serviços e ações de saúde para todos os seus habitantes (REGINA *et al.*, 2019).

Ainda que os sistemas de saúde no mundo apresentem algumas semelhanças, contudo, diferenciam-se quanto ao acesso da população, os serviços ofertados, a organização e o seu desempenho. Estas diferenças são determinadas pelo contexto histórico, econômico, político e cultural de cada sociedade (CONILL, 2006).

Assim, o acesso aos cuidados de saúde, à semelhança de vários atributos, pode remeter a várias interpretações, no entanto, aqui é definido como a condição primordial para alcançar a justiça distributiva e a equidade na saúde com objetivo de proteger financeiramente os indivíduos para que todos tenham acesso aos serviços de saúde sem sofrer dificuldades financeiras. Ademais, a equidade no acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciada pelo modelo de assistência adotado nos diferentes sistemas de saúde (REGINA *et al.*, 2019).

No âmbito internacional a noção de sistemas universais de saúde vem sendo confundida com a cobertura universal, que agrega diretrizes com reformas pró-mercado e com redução da intervenção do Estado, sob o pretexto de que o setor público não é capaz de atender as demandas de saúde da população colocando-se o setor privado como o mais eficiente (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Desta forma entende-se por sistema de saúde o conjunto de relações políticas, econômicas, e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços a alcançar resultados que vão de acordo com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (MACEDO, 2008). Os sistemas de saúde integram cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção, e os serviços devem ser ofertados de acordo com as

necessidades da população, baseados não por mérito ou renda, com serviços organizados em redes territorializadas e ações voltadas para Atenção Primária à Saúde (APS) (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Na Declaração de Alma Ata, a APS é entendida como a função central do sistema nacional de saúde, que facilita a integração para as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação garantindo assim uma atenção integral, sua concretização dependendo muito do grau de segmentação do sistema de saúde, sendo que em alguns países em desenvolvimento convivem com grandes desigualdades no acesso (GIOVANELLA, 2008).

Portanto, ainda que, haja esses entraves, aponta-se, a pertinência do papel indispensável dos sistemas de saúde, para a melhoria da qualidade de vida das populações, sabido que sistemas de saúde são uma forma de organização social (MARTÍNEZ-GARCÍA; HERNÁNDEZ-LEMUS, 2013), dentro de sua grande complexidade para responder às múltiplas necessidades de saúde da população, visto que os diferentes componentes de um sistema de saúde se inter-relacionam com outros determinantes da saúde (PINEAULT, 2016).

O funcionamento desses sistemas de saúde dependem das políticas de saúde que têm uma forte dependência com o papel do Estado em relação a sua formulação política, controle social e financiamento, neste caso entende-se como política de saúde as relações de poder que envolvem o Estado na sua ação ou omissão perante as condições de saúde da população e os determinantes que lhes envolvem (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Nesse contexto, em suas funções, os sistemas de saúde, além das ações de saúde pública, se organizam através do sistema de serviços de saúde (dirigidos por um Governo) para ofertar o cuidado aos cidadãos, passando pela inclusão das condições do meio ambiente, socioeconômica, para produzir impactos, quer seja em restaurar, manter e aprimorar a saúde das populações (PINEAULT, 2016).

Por essas funções, compreende-se que os sistemas de saúde desempenham um papel crucial para o enfrentamento das ameaças de doenças infecciosas, bem assim, as pandemias (NEOGI; PREETHA, 2021).

Assim, considerando essa complexidade dos sistemas de saúde, há uma indissociável relação que se guarda com as políticas sociais e os sistemas políticos dos países, ou seja, as características de um Governo/Estado são, fundamentalmente,

determinantes do tipo de sistema de saúde operado (PINEAULT, 2016; RICHARDSON; BERDZULI, 2017).

Nessa lógica, enfatiza-se que o nível de potencialidade e preparação dos sistemas de saúde, para lidar com a prevenção e proteção perante emergências de saúde, permite contornar eventuais crises, sem se colapsar (NEOGI; PREETHA, 2021).

Para fins de análise, foi adotado o referencial dos autores MARMOR & WENDT (2012), “Estruturas conceituais para comparar políticas e políticas de saúde” que oferece a proposta de classificação de sistema de saúde tendo em conta três critérios o acesso medido pelo grau de cobertura da população, fontes de financiamento e combinação público privada da prestação dos serviços de saúde. Os autores propõem então uma classificação em três grupos: i) modelo de serviço nacional de saúde (do inglês National Health Service-NHS) com cobertura universal, financiamento de impostos e propriedade pública (como por exemplo Suécia, Grã-Bretanha), ii) um modelo de seguro social com cobertura universal, financiamento de seguro social e propriedade público ou privada para prestação de serviços (por exemplo Alemanha), e, iii) um modelo de seguro privado com cobertura, financiamento e propriedade privada de prestação de serviços (por exemplo, Estados Unidos).

Em relação à categoria de Governo, nos apoiamos na tipologia de ESPING-ANDERSEN (1991), a qual nos permite distinguir seguintes classificações de Governo e Estados, a partir da revisão de “As três economias políticas do welfare state”: de caráter liberal, corporativista, social democrata, e de regimes europeus conservadores.

O de caráter liberal beneficia principalmente pessoas de baixa renda, em geral da classe trabalhadora, ou dependentes do Estado. Os benefícios são modestos, o Estado encoraja o mercado providenciando o mínimo e subsidiando esquemas privados (por exemplo Estados Unidos, Canadá e Austrália). O governo do tipo corporativismo estatal este caracteriza-se por ser um Estado pronto para substituir o mercado com preservação das diferenças de status, a provisão privada é tida como secundária (por exemplo França, Alemanha e Itália), (ESPING-ANDERSEN, 1991).

O terceiro modelo o de caráter social democrata é uma fusão peculiar de liberalismo e socialismo, busca promover igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas, este exclui o mercado e constrói uma solidariedade universal e desmercadorizante com objetivo de minimizar os problemas sociais e maximizar os rendimentos. Por fim os regimes europeus

conservadores têm características liberais e social democrata (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Para análise sobre a vigilância epidemiológica de casos e contatos, o nosso guia foi o estudo de SILVA & VIEIRA-DA-SILVA (2008), sobre “proposta de ferramenta para avaliar arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde”, as autoras falam de vários atributos encontradas sobre a vigilância que podemos destacar: vigilância da saúde, vigilância em saúde e vigilância epidemiológica. Os conceitos divergem com base em análise dos meios utilizados para atingir os objetivos e propósitos esperados. Tratando-se de emergências de saúde pública qualquer que seja a terminologia deve ser tecnológica de acordo com o problema em questão.

A Vigilância da Saúde pode ser considerada um modo tecnológico que busca intervir sobre problemas selecionados a partir da integração do controle dos determinantes sócio- ambientais, riscos e danos, para um enfrentamento contínuo articulando um conjunto de ações. Enquanto que a vigilância em saúde envolve ações de prevenção controle, coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informações e por fim a vigilância epidemiológica tradicional centra-se nas ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção das medidas de controle e prevenção de epidemias, principalmente as doenças infecciosas de transmissão compulsória que são de notificação obrigatória. Importa referir ainda que nos países em desenvolvimento a vigilância e as ações de saúde pública são tratadas como processos interdependentes (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

1.4 Metodologia

Foi realizado um estudo de caso sobre a resposta de Moçambique à pandemia de Covid-19 seguindo a metodologia usada no Projeto Análise comparada de sistemas de saúde e a resposta a Covid 19 (SSS e COVID-19) (CHAMADA MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020) coordenado pelas professoras Lígia Maria Vieira da Silva e Monique Azevedo Esperidião, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), em especial a matriz 1 (anexo 1) que orienta os estudos de caso a partir de revisão integrativa ((WHITTEMORE; KNAF, 2005); e revisão documental. Foi considerado o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022.

A revisão de literatura foi executada, nas ferramentas de pesquisa bibliográfica de interesse à saúde, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) identificados em um estudo exploratório.

Foram analisadas as seguintes dimensões: identificação do país e indicadores demográficos (localização geográfica, população total, pirâmide etária, percentual da população por faixa etária, percentual de urbanização, densidade demográfica, indicadores sócio econômicos, índice de Gini, taxa de desemprego, taxa de alfabetização por adulto e Produto Interno Bruto per capita nos últimos 5 anos); características do Estado/Governo (forma, sistema e regime de governo, sistema de proteção social e características do sistema de saúde), segundo classificação de Esping-Andersen; indicadores selecionados de saúde (esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil, principais causas de morbimortalidade); características dos arranjos institucionais e organizacionais dos serviços de saúde (modelo de atenção, infraestrutura, atenção hospitalar, modelo aplicado para APS, cobertura populacional de cada equipe de APS, laboratórios, força de trabalho, insumos, organização, gestão, financiamento incluindo as fontes e gastos, cobertura populacional, modelo de vigilância epidemiológica); respostas à epidemia de Covid-19 (data em que se deu primeiro caso, momento de adoção das primeiras medidas, coordenação e direção da resposta, distanciamento social, medidas adotadas e modelo de vigilância, investigação epidemiológica e testagens); evolução da epidemia no país (taxa de mortalidade, taxa de recuperação, dias sem ocorrência de casos, e estratégias de flexibilização).

Uma revisão exploratória da literatura foi realizada a fim de verificar a produção científica existente acerca da temática. Para identificação dos estudos, foram identificados os descritores e construídas as seguintes estratégias de busca a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): COVID-19 AND Preparedness AND Mozambique e Response AND COVID-19 AND Mozambique. A busca foi efetuada nas seguintes bases de dados propostos no projeto SSS e COVID-19: Pubmed onde identificou-se 13 artigos, Scopus com 23 artigos, Web of Science com 68 artigos, mas também no Google Acadêmico com 22280 onde aplicou-se os seguintes filtros: período (2020-2022) e artigos de revisão. Busca feita no dia 20/07/2022, no Google Acadêmico com os descritores Response AND COVID-19 AND Mozambique localizou 19.200 artigos, após o uso do filtro período (2020-2022) ficaram 14.670. Quando se aplicou o filtro para artigos de revisão ficaram 989 artigos que foram salvos na minha biblioteca e posteriormente exportados no formato RIS, seguindo a mesma ordem de busca para os descritores Preparedness AND COVID-19 AND Mozambique foram identificados 3.080 artigos, aplicado o filtro período ficaram 2.680 e artigos de revisão ficaram 257 que também foram salvos na minha biblioteca e exportados no formato RIS. (Quadro 1).

Dessa busca, foram identificados um total de 1350 documentos. Após leitura dos títulos e resumos foram pré-selecionados 47 artigos para leitura na íntegra dos quais 19 foram selecionados como potenciais artigos, que mais se assemelham com a dissertação (quadro 2).

A busca permitiu evidenciar escassez de artigos que versam sobre a resposta do governo moçambicano à Covid-19, a importância da inclusão do Google Acadêmico para o estudo da resposta do Governo de Moçambique à pandemia de Covid-19.

E o componente documental, foi feito a partir dos endereços eletrônicos do Governo da República de Moçambique (<https://www.portaldogoverno.gov.mz/>), do Ministério da Saúde (<https://www.misau.gov.mz/index.php>), Instituto Nacional de Saúde (<https://ins.gov.mz/>); do endereço do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (<https://www.unicef.org/mozambique/>) e os meios de comunicação social de maior circulação no país a destacar o jornal O País (<https://opais.co.mz/>),

Entre os documentos foram consultados os Planos nacional de preparação e resposta da pandemia, os decretos presidenciais, os boletins epidemiológicos (quadro 3).

1.5 Considerações éticas

Como se trata de um estudo baseado em dados secundários, de domínio público, esta dissertação não precisou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Foi feita uma síntese das informações, considerando as dimensões propostas na matriz 1, buscando reunir elementos que permitam compreender as condições relacionadas ao sistema de saúde e de vigilância para o desempenho do país no enfrentamento à pandemia da Covid-19.

1.6 Resultados e discussão

O estudo identificou artigos que buscavam analisar e avaliar a preparação do governo e do sistema de saúde de Moçambique e o impacto das medidas de restrição (DAS NEVES MARTINS PIRES *et al.*, 2021a; DENHARD *et al.*, 2021; MAROTTA *et al.*, 2021; METTA *et al.*, 2021; PRISTA *et al.*, 2021a), bem como a implementação e o impacto das intervenções não farmacológicas na pandemia (BRAGA *et al.*, 2022; PLOTKIN *et al.*, 2022; PRISTA *et al.*, 2021a), incluindo, também, ações de vigilância epidemiológica como o rastreio de casos, com ênfase em casos importados (KRAUSS *et al.*, 2022). Verificou-se também, estudos que abordavam a avaliação de conhecimento, atitudes e práticas para identificar fatores de risco para a propagação da pandemia (MANJATE *et al.*, 2020). E por fim, foram localizados estudos sobre o envolvimento de agentes comunitários de saúde no enfrentamento da pandemia, assim como os posicionamentos de profissionais de saúde e usuários dos serviços, em relação às dificuldades no fluxo na oferta dos serviços de saúde nas zonas rurais, durante a pandemia (BLIZNASHKA *et al.*, 2022; FELDMAN *et al.*, 2021), e os que investigavam os fatores associados com a aceitabilidade da vacina anti-covid (CHONGO *et al.*, 2022).

Com respeito às estratégias metodológicas desses estudos, houve mais estudos transversais qualitativos com base em entrevistas telefônicas (BLIZNASHKA *et al.*, 2022; CHONGO *et al.*, 2022; IV; FREITAG; YANG, 2020; JÚNIOR *et al.*, 2021; KRAUSS *et al.*, 2022; MAROTTA *et al.*, 2021; PRISTA *et al.*, 2021a) e quantitativo via inquéritos online (MANJATE *et al.*, 2020), seguidos de estudos de revisão de literatura e documental (METTA *et al.*, 2021; PLOTKIN *et al.*, 2022; SUMBANA; PASSANDUCA; RUBINO, 2021; SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). Houve, também, um estudo de análise de estimativa de efeitos da pandemia sobre a economia (BETHO *et al.*, 2021) um estudo com métodos mistos (DAS NEVES MARTINS PIRES *et al.*, 2021a), um estudo de adaptação das diretrizes e formulários para rastreamento de contatos da OMS e do CDC (BRAGA *et al.*, 2022).

Da síntese, sabe-se que, no mundo as características ambientais e populacionais influenciam a propagação de doenças transmissíveis (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). Em Moçambique observa-se um número significativo de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis como a desnutrição crônica, hipertensão,

câncer e asma, e também a malária, o HIV/Aids e a tuberculose o que pode induzir a gravidade da Covid-19 no país (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020).

No caso particular, Moçambique foi um dos últimos países em África a ser afetado pela pandemia da Covid-19 (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). Nesse país, o primeiro caso foi relatado a 22 de março de 2020, importado por um moçambicano que retornou de viagem ao Reino Unido (BLIZNASHKA *et al.*, 2022; MANJATE *et al.*, 2020; SUMBANA; PASSANDUCA; RUBINO, 2021; SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). Esse caso gerou 23 contatos dos quais um foi positivo (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). Na sequência, vários casos importados de países europeus e africanos que fazem fronteira com Moçambique foram relatados (SUMBANA; PASSANDUCA; RUBINO, 2021). Os primeiros relatos de transmissão comunitária, foram reportados na região norte do país, que evoluíram a partir de casos de transmissão local (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020).

Em relação a preparação da resposta do Governo e do sistema de saúde, estes criaram meios de notícias para transmissão da informação sobre a pandemia, através da rádio, televisão, redes sociais e peças publicitárias (MANJATE *et al.*, 2020; PRISTA *et al.*, 2021a), os estudos também revelaram que o sistema de saúde moçambicano enfrenta desafios de instalações e baixo orçamento de saúde, e baixa acessibilidade aos cuidados de saúde com grandes disparidades na distribuição das infraestruturas entre a zona urbana e rural do país (DENHARD *et al.*, 2021; METTA *et al.*, 2021; REPÚBLICA DE MOÇAMBUQUE, 2021).

Sobre o impacto das medidas, esses estudos apontam que populações enfrentam dificuldades no acesso dos serviços de saúde materno e infantil, e em tempos de pandemia os medicamentos para HIV/Aids e planeamento familiar eram disponibilizados em quantidades para evitar possíveis faltas de seguimento (BLIZNASHKA *et al.*, 2022; DAS NEVES MARTINS PIRES *et al.*, 2021b; PLOTKIN *et al.*, 2022).

No que diz respeito à economia do país, Moçambique registrou uma redução acentuada da taxa de pobreza de 1996/97 a 2014/15 (BARLETTA *et al.*, 2021). No entanto, a partir de 2015 foi atingido por uma série de choques econômicos, climáticos e políticos pré-Covid, o que travou o progresso no combate à pobreza de consumo (BETHO *et al.*, 2021). Após a chegada da pandemia em 2020, o governo evitou o confinamento total pois acarretaria um custo pesado para a economia (BARLETTA *et al.*, 2021).

A tomada de medidas não farmacológicas afetou significativamente várias profissões tais como operadores de transportes, venda atacado e varejo, produtores de carvão vegetal cujas ligações e clientes urbanos reduziram (KRAUSS *et al.*, 2022), e isso ocasionou um aumento de pobreza no país (BARLETTA *et al.*, 2021; BETHO *et al.*, 2021).

O nível de conhecimento sobre a pandemia da Covid-19 varia de acordo com a localização e o local de trabalho, grande parte dos servidores públicos possuía conhecimentos práticos para promover a prevenção familiar e comunitária (MANJATE *et al.*, 2020), enquanto que trabalhadores informais e jovens demonstraram vários desafios e lacunas no conhecimento para o enfrentamento da pandemia. Os hábitos culturais e práticas também influenciaram bastante no combate à pandemia (MAROTTA *et al.*, 2021).

Em Moçambique os agentes comunitários e polivalentes (APS)⁷ enfrentaram dificuldades no conhecimento e práticas sobre a covid-19 devido a restrições de viagens e encontros presenciais (FELDMAN *et al.*, 2021).

1.6.1 Identificação do país e indicadores demográficos

Moçambique localiza-se no Sudeste da África (África austral), com uma extensão territorial de 801.590km². Segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, para o ano de 2023, o país possui uma população estimada em 32.419.747 milhões de habitantes sendo 33,4% urbana e 66,6% rural, distribuída em onze províncias. A sua capital política e econômica é a Cidade de Maputo. Faz limite com Tanzânia a norte, a noroeste com Malawi e Zâmbia, a oeste com Zimbabué, a leste com o canal de Moçambique e oceano Índico e a sul e sudoeste com África do Sul e Essuatíni (Suazilândia), (anexo 2) (MOÇAMBIQUE, 2015).

⁷ Indivíduos com um nível de educação básico geralmente entre 6^a e 7^a classe que são formados em um mês para prestar serviços básicos de saúde e conduzir atividades de promoção de saúde em áreas remotas onde vive, que inclui a gestão integrada de casos comunitários para malária, pneumonia, diarreia, planeamento familiar, acompanhamento da gravidez, cuidados pré-natais e pós-parto (FELDMAN *et al.*, 2021)

Moçambique apresenta uma natalidade bruta de 38/1000 habitantes, com uma fecundidade estimada em 5,2 filhos. Os grupos da população majoritários são os de 16-64 anos com 50,1% e de 0-14 anos com 46,6% (pirâmide jovem). As principais crenças religiosas são o protestantismo (55%) e o catolicismo (45%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE MOÇAMBIQUE, 2019). Estima-se uma mortalidade geral de 11,8/1000 habitantes, mortalidade materna em torno de 451,6/100.000 habitantes, mortalidade infantil de 67,3/1000 nascidos vivos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE MOÇAMBIQUE, 2019; MITANO *et al.*, 2016). A esperança média de vida é de 53,7 anos, a taxa de alfabetização fica em torno de 50,7% e a população economicamente ativa está estimada em 57,6% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE MOÇAMBIQUE, 2019).

O país é um Estado unitário, capitalista com Estado de bem-estar social do tipo social democracia (ESPING-ANDERSEN, 1991; OLIVEIRA; CRAVO, 2021) com princípios de descentralização e subsidiariedade, com sistema político do tipo democracia multipartidária (MOCAMBIQUE, 2018). O histórico do produto interno bruto (PIB) de Moçambique em bilhões de dólares (USD) é apresentado no quadro 4.

Quadro 4: Histórico do PIB e PIB per capita em USD, Moçambique, 1995 a 2021

Ano	PIB USD	PIB per capita
1995	2,90	185.95
2000	5,65	318.34
2005	8,54	422.44
2010	11,1	509.872
2011	14,38	604.950
2012	16,35	696.589
2013	16,97	701.392
2014	17,32	722.392
2015	15,95	647.561
2016	11,94	455.265
2017	13,22	574.218
2018	14,85	519.555
2019	15,39	521.733
2020	14,03	466.557
2021	15,78	491.84

Fonte: Elaboração da autora baseado em (BANCO MUNDIAL, 2022).

1.6.2 Sistema de saúde

O sistema de saúde moçambicano passou por um processo de reforma depois da independência do país em 1975. Houve a necessidade de implantação de um sistema de saúde que respondesse às necessidades básicas da população, através do Decreto Presidencial n.º 75/83 de 29 de dezembro, uma vez que o sistema anterior beneficiava principalmente os colonizadores portugueses. No artigo 1 deste decreto, o Ministério da Saúde é o órgão do Conselho de Ministros que, de acordo com os princípios, objetivos e tarefas definidos pelo Partido Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) e pelos órgãos centrais do Estado, dirige, planifica e controla o sistema de saúde no País (REPUBLICA POPULAR DE MOÇAMBIQUE, 1983).

Este decreto foi revogado pelo decreto Presidencial n.º 11/95 de 29 de dezembro, pela aprovação da lei n.º 25/91 de 31 de dezembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e a Lei n.º 26/91 de 31 de dezembro, que estabeleceu os termos em que o setor privado pode intervir na assistência médica e sanitária à população. O sistema de saúde do país passou a ser misto, e foram atribuídos os objetivos, e competências ao Ministério da Saúde (MISAU), sendo este o órgão central do aparelho do Estado responsável pela aplicação das políticas de saúde no domínio público, privado e comunitário onde devem ser prestadas as ações preventivas, assistenciais de reabilitação e promoção de saúde (REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, 1995).

A prestação de serviços é feita pelo setor público, setor privado lucrativo e não lucrativo e setor comunitário. O setor público de saúde é do tipo Serviço Nacional de Saúde com cobertura universal e financiamento tributário. O orçamento representa 6,2% do PIB, sendo que o setor depende fortemente de recursos externos e a governança está num processo de descentralização no âmbito das reformas do setor público.

Os cuidados de saúde no setor público são prestados em 4 níveis de atenção: o primário constituído por centros e postos de saúde; o secundário formado por hospitais distritais, gerais e rurais; o terciário composto por hospitais provinciais e, por fim, quaternário composto por hospitais centrais e especializados (MISAU, 2013, 2022a).

Este setor é composto por 1770 unidades sanitárias, destas 1702 do nível primário, 53 do nível secundário, 7 terciários e 8 quaternários, com uma razão total de 17419

habitantes por unidade sanitária. O raio de cobertura do nível primário varia entre 2 km na cidade de Maputo e 14 a 18 km para outras províncias (MISAU, 2013).

O setor privado lucrativo, cobre menos de 5% da população (GARRIDO, 2021), e, beneficia principalmente trabalhadores de grandes empresas, missões diplomáticas e clientes de seguradoras. Devido ao fraco controle deste setor e falta de clareza da sua regulamentação pouco se sabe sobre os recursos que utiliza (GIRONÉS *et al.*, 2018; MISAU, 2013; REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, 1995).

O setor privado não lucrativo, é composto por organizações não governamentais (ONG's) nacionais e internacionais ligadas a missões religiosas, de base comunitária. A maioria concentra-se na provisão de serviços com estreita ligação com o setor público. Estas organizações focam em áreas como HIV/Aids e saúde materno infantil (SMI), complementando desta forma o SNS. O seu financiamento é predominantemente externo (MISAU, 2013).

Por fim o setor comunitário, cobre parcialmente necessidades básicas da população em áreas sem a presença do SNS. As ações de saúde comunitária ocorrem por iniciativas do Governo, tanto através das ONG's nacionais e internacionais que contam com agentes comunitários em saúde (ACS) que se redistribuem em: agentes polivalentes elementares (APE), parteiras tradicionais (PT) e outros ACS. Devido ao número considerável de partos que ocorrem nas comunidades, o MISAU decidiu redirecionar o perfil das PT para promotoras da saúde materna e neonatal na comunidade realizando partos apenas em situações emergenciais (MISAU, 2013).

Existem também os praticantes da medicina tradicional (PMT) que oferecem medicina não alopática complementar a ocidental. São de grande aceitação pelas comunidades por razões culturais, e pelo difícil acesso às unidades sanitárias, e estima-se 1 PMT para cada 200 habitantes. Alguns tratamentos prestados têm resultado em casos de intoxicação por medicamentos tradicionais, assim como algumas práticas não garantem segurança dos pacientes, razão pela qual o MISAU criou o instituto de medicina tradicional (IMT) para promover o conhecimento e o recurso à medicina tradicional e alternativa, e melhorar as práticas dos PMT (MISAU, 2013; REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, 1995).

As principais características do sistema de saúde, segundo PAIM (2019), estão apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Características do sistema de saúde de Moçambique segundo os componentes dos sistemas de saúde propostos por (IMPrensa Nacional de Moçambique, 2021a; MISAU, 2013).

Componentes	Características do sistema de saúde de Moçambique
Organização	O planeamento do setor saúde enquadra-se no ciclo de planificação do Governo e a governança é feita em três níveis: central (MISAU), provincial e distrital.
Financiamento	O investimento em saúde representa 6,2% do PIB. As fontes de recursos são o Orçamento do Estado (OE), fundos verticais destinados a suportar o combate a doenças específicas, e despesas privadas.
Infraestrutura	O setor público é composto por 1770 unidades sanitárias, destas 1702 do nível primário, 53 do nível secundário, 7 terciários e 8 quaternários, desta feita a razão total é de 17419 habitantes por unidade sanitária, e o raio de cobertura do nível primário varia entre 2 km na cidade de Maputo e 14 a 18 km para outras províncias.
Modelo de atenção	Serviço Nacional de Saúde com cobertura universal e financiamento tributário
Gestão	A gestão é feita pelo MISAU, que tem a responsabilidade de elaborar as políticas e estratégias do sector, mobilizar e alocar fundos, fiscalizar e supervisionar os serviços. Com a descentralização, nas províncias criou-se os Serviços Províncias de Saúde (SPS) e Direção Provincial de Saúde (DPS). O SPS tem as funções de garantir a implementação de planos e programas aprovados a nível central; assegurar a expansão e acesso aos cuidados de saúde; velar pela aplicação da legislação de interesse da saúde pública; promover e orientar o desenvolvimento de recursos humanos; enquanto a DPS tem as funções de: assegurar a expansão e acesso aos cuidados de saúde primários; assegurar a prevenção e o controle das doenças endémicas e epidémicas; promover um sistema de cuidados de saúde; promover parcerias público-privado, garantir a prossecução de ações de saúde a população geral, população vulnerável especialmente da criança, mulher e ação social no âmbito de cuidados primários

Fonte: Elaboração da autora

As unidades sanitárias (US) localizam-se nas principais vilas e aldeias. O limite ao acesso é agravado pela ausência de equipas básicas completas provedoras de saúde nestas US e pela qualidade inadequada de infraestruturas, tendo em vista que apenas metade das US periféricas dispõem de sistema de energia e 60% de abastecimento de água o que condiciona a qualidade dos serviços prestados (MISAU, 2013).

Persistem ainda problemas na área de meios auxiliares de diagnóstico especialmente os equipamentos de imagiologia especializados e serviços básicos de laboratório o que resulta em sobrecargas para os serviços e deficiências na qualidade da sua prestação. (MISAU, 2013)

No final de 2021, o serviço nacional de saúde moçambicano contava com um total de 23.576 leitos hospitalares, destes 8.722 eram de maternidade, sendo que a razão dos leitos por 1000 habitantes correspondia a 1,18 para maternidade e 0,76 para o total (MISAU, 2022a).

Em relação aos indicadores da situação de saúde, em Moçambique para indivíduos dos 15 a 49 anos, destacam-se como principais causas de mortalidade doenças como

HIV/Aids, tuberculose, malária, para crianças menores de 5 anos a malária, doenças diarreicas e pneumonia; para idade dos 5 a 14 anos o trauma; e, para indivíduos maiores de 50 anos, as principais causas são as doenças crônicas não transmissíveis como o câncer e as doenças cardiovasculares (MISAU, 2022a).

Em relação a situação de saúde, MITANO *et al.* (2016) apontam que o país enfrenta inúmeros obstáculos para a universalização dos serviços de saúde, a destacar: escassez de infraestruturas sanitárias, insuficiência de recursos humanos, falta de equipamentos, maior demanda, dificuldade de pagamento dos usuários pelos serviços prestados, atitude dos profissionais e características dos serviços de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE MOÇAMBIQUE, 2019; MITANO *et al.*, 2016).

Entre os fatores condicionantes ao estado de saúde encontramos baixos níveis de escolaridade das mulheres, sendo que a taxa de alfabetização fica em torno de 50,7%; dificuldade de acesso à água potável; níveis insuficientes de saneamento básico, e por fim a falta de disponibilidade e acesso aos serviços de saúde de boa qualidade; a insuficiência de recursos humanos, falta de equipamentos, maior demanda, atitude dos profissionais; características dos serviços de saúde; a não distribuição equitativa dos profissionais de saúde entre áreas urbanas, periféricas e rurais, onde as carências sanitárias são mais elevadas; (MITANO *et al.*, 2016); dados apontam para um raio de cobertura 2 km para a cidade de Maputo e 14 a 18 km para outras províncias (MISAU, 2022b).

Esta situação está associada ao problema de uma escassa razão de profissionais de saúde por habitantes. Em 2021, dados apontam para 8,5 médicos/100.000 habitantes, 124,2 técnicos de saúde/100.000 habitantes comparados a 230 recomendados pela OMS, dos quais 33,4 enfermeiros/100.000 habitantes, 82,6 enfermeiras de saúde materno-infantil/100.000 habitantes (MISAU, 2022b).

1.6.3 Respostas à epidemia de Covid-19

O Governo de Moçambique seguindo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da OMS elaborou um plano de preparação e resposta contendo quatro fases para sua implementação: préepidêmica, epidêmica, intraepidêmica e pós-epidêmica, e criou estratégias para transmitir a informação acerca da pandemia através da rádio, televisão, redes sociais e peças publicitárias (MANJATE *et al.*, 2020; PRISTA *et al.*, 2021).

Outra estratégia para transmissão da informação foi a elaboração e divulgação de mensagens chave através das plataformas “Alô Vida” e “PENSA”, partilhadas para os clientes das três empresas de telefonia móvel do país (Vodacom, Tmcel e Movitel); bem como a disponibilidade dessas plataformas para o esclarecimento de dúvidas e a tradução de mensagens pela rádio usando as línguas locais (MISAU, 2020a).

O governo criou também um plano de resposta comunitária à Covid-19. O país conta com 300 mil agentes comunitários distribuídos em 6.673 agentes polivalentes elementares, 1300 socorristas, 79.860 ativistas dos comitês de saúde, 19.455 membros dos comitês de co-gestão das unidades sanitárias, 7.231 PT e 109.642 praticantes de medicina tradicional e outros agentes comunitários. Foram envolvidos também os professores, extensionistas agrários, ativistas dos comitês de água e saneamento, voluntários das organizações religiosas, sociais, de partidos políticos e outros ministérios para transmitirem mensagens de prevenção da Covid-19 e outras doenças que afetam as comunidades (MISAU, 2020b).

Os atores comunitários, foram treinados em diversas áreas com o objetivo de difundir a informação sobre a pandemia bem como para relacionar e reportar casos suspeitos de Covid-19 e doenças gerais. O governo optou por não criar uma nova estrutura de gestão para os agentes comunitários, mas envolver a mesma estrutura existente desde os governos distritais, postos administrativos, localidades, bairros, quarteirões e fortalecer os líderes locais, sendo crucial para a eficácia da resposta (MISAU, 2020b).

Houve envolvimento de ONGs nacionais e internacionais, que se deslocaram para regiões periféricas, locais de aglomeração para informar sobre o coronavírus, suas medidas preventivas, distribuição de máscaras, e medidas a tomar caso tivessem algum parente com sintomas. Essas entidades, com apoio dos ativistas sociais desenvolveram

também atividades de desinfecção de locais com aglomeração de pessoas (ROMEU DA SILVA, 2020).

A Cruz Vermelha de Moçambique (CVM), com representação em todo território nacional, criou um plano auxiliar comunitário para trabalhar, além dos seus voluntários, com os líderes tradicionais comunitários, religiosos, agentes de saúde e médicos tradicionais para disseminar as informações e prestar apoio de EPI, realizar campanhas de higienização das mãos e etiqueta da tosse⁸ (CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE, 2020).

A Fundação Aga Khan (AKF) trabalhou com a sociedade civil para garantir que os mais vulneráveis tivessem acesso à informação e meios de prevenção para a Covid-19 (FUNDAÇÃO AGA KHAN, 2020).

O Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), com foco na saúde sexual e reprodutiva, apoiou o Governo moçambicano para responder a pandemia da Covid-19 envolvendo a comunidade, jovens, líderes religiosos e tradicionais para distribuição de EPI, kits de higiene, apoio psicossocial, garantia dos cuidados de prevenção da Covid-19 e acesso aos serviços de saúde (UNFPA MOZAMBIQUE, 2020).

Outra estratégia do governo moçambicano, foi a criação de um plano de resposta aos impactos da Covid-19 para proteger as populações mais carentes e vulneráveis. A liderança dessa resposta seria pelo Ministério do Gênero, Criança e Ação Social e pelo Instituto Nacional de Ação Social. O apoio beneficiaria 1.695.000 agregados familiares em todo país, famílias chefiadas por: idosos, crianças, portadores de doenças crônicas e degenerativas, mulheres grávidas sem fonte de renda, mulheres vivendo com seis ou mais agregados. Destes beneficiários, 592.179 já faziam parte dos programas de assistência social básica e dos novos (1.102.825) foram divididos em duas fases e receberam um pagamento de subsídios correspondentes a três meses, pagos numa única transferência (MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS, 2022).

Para o combate de Estigma e Discriminação, em julho de 2020, o governo lançou campanhas de comunicação para a intensificação da prevenção a Covid-19 denominada “Está nas nossas mãos”, a campanha contou com lideranças tradicionais locais,

⁸ A etiqueta da tosse consiste em: cobrir a boca e nariz com um lenço ou papel ao tossir e descartar no lixo, na falta do lenço usar a parte interna do braço e lavagem das mãos sempre após tossir ou espirrar. (UNICEF, 2020)

empresariado e parceiros de cooperação com objetivo de promover mais ações de prevenção da Covid-19 e não a discriminação de quem vive com o vírus, pois todos são susceptíveis a contrair o vírus (MISAU, 2020c).

Como estratégia de coordenação, o MISAU criou uma comissão técnico-científica composta por treze membros e presidida pelo ministro da saúde, para a prevenção e resposta à pandemia da Covid-19 com funções de efetuar uma análise situacional e contínua da pandemia e aconselhar o governo nas ações de saúde pública e comunicação social. Realizou e coordenou encontros multissetoriais (defesa, interior e aeroportos) duas vezes por semana, com participação dos parceiros nacionais (MISAU, 2020a).

A triagem dos passageiros provenientes da República Popular da China, independentemente da sua nacionalidade, teve início no dia 22 de janeiro de 2020, e a testagem laboratorial no dia 1º de março, inicialmente, somente para indivíduos com critérios de elegibilidade devido à baixa capacidade de testagem que era realizada apenas no Instituto Nacional de Saúde (INS), e que foi se expandindo de forma gradual (IMPRESA NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, 2020a).

Entre os países africanos, Moçambique foi um dos últimos países a ser afetado pela pandemia da Covid-19, e o primeiro caso foi noticiado pelo Ministro da Saúde em 22 de março de 2020. Tratava-se de um caso importado de um moçambicano de 75 anos que havia retornado de viagem ao Reino Unido. Esse caso gerou 23 contatos dos quais um foi positivo. Na sequência, vários casos importados de países europeus e africanos que fazem fronteira com Moçambique foram relatados (BLIZNASHKA *et al.*, 2022; MANJATE *et al.*, 2020; SUMBANA; PASSANDUCA; RUBINO, 2021).

Foram tomadas medidas não farmacológicas que ficaram estabelecidas como medidas gerais e obrigatórias de prevenção e combate à pandemia, como: uso de máscaras, lavagem frequente das mãos com água e sabão ou cinza⁹, distanciamento interpessoal de no mínimo dois metros, etiqueta da tosse e não partilha de utensílios pessoais. Foram estabelecidas medidas de quarentena domiciliária obrigatória de 14 dias para todas pessoas que tivessem contato direto com casos confirmados de Covid-19. Quanto aos passageiros, mesmo em situação de vacinação regular deveriam apresentar

⁹ Cinza refere-se ao pó acinzentado deixado por um processo de combustão (CINZAS, 2019), é usado em situações em que o sabão não esteja disponível seguindo a mesma técnica e ordem de lavagem das mãos com o sabão (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

um teste de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) negativo realizado no país de origem nas últimas 72 horas anteriores à viagem, com isenção para as crianças dos 0-5 anos de idade (IMPrensa Nacional de Moçambique, 2022; Moçambique, 2021).

A reabertura obedeceu a situação de calamidade pública do país, podendo ser indicadas medidas de confinamento ou relaxamento iniciando por uma capacidade de 25% dos estabelecimentos ou até 50%, mas deveria se garantir o distanciamento físico, lavagem das mãos e uso de máscaras em espaços públicos, empresas privadas, e em transportes públicos (IMPrensa Nacional de Moçambique, 2021).

No que diz respeito aos internamentos, em Moçambique, tanto para o setor público como privado, existia um total de 1.316 leitos distribuídos por vários centros de internamento em todo país para doentes com Covid-19, tendo se atingido o máximo de 30% de ocupação das camas (MISAU, 2022a).

O manejo de casos consistia no isolamento imediato do paciente, tomada de medidas de controle de infecção para Covid-19, e a notificação imediata ao departamento de epidemiologia e direção nacional de saúde pública. A quarentena era domiciliar, com estratégia de monitoramento a depender da gravidade do caso (GOVERNO DE Moçambique, 2020).

Em relação à vigilância em saúde o sistema de informação, monitoramento e avaliação, agregava e reportava dados de rotina ao nível das unidades sanitárias (US). Os dados eram transferidos mensalmente para o Serviço Distrital de Saúde Mulher e Ação social (SDSMAS) e deste para a Direção Provincial de Saúde (DPS) e MISAU. O boletim epidemiológico semanal agregava e reportava dados sobre doenças de notificação obrigatória. Alguns programas como HIV/Aids e nutrição têm sistemas de vigilância sentinela em US selecionadas (MISAU, 2013). Com o surgimento da pandemia, a notificação de casos de Covid-19 passou a ser diária e obrigatória.

As ações de vigilância em Moçambique ocorrem em diversos níveis: na comunidade onde as atividades são realizadas pelos agentes comunitários, líderes religiosos, líderes tradicionais, políticos, veterinários, professores, vendedores de produtos químicos, PMT e voluntários de vigilância identificados a nível local; nas US de todas instituições públicas, privadas lucrativas e privadas não lucrativas; no nível distrital ou provincial. O nível nacional, que corresponde ao nível central, orienta sobre as doenças prioritárias usando o RSI para notificar à OMS (MISAU, 2021a).

A vigilância epidemiológica para a pandemia da Covid-19 consistiu no treinamento de pessoal técnico, motoristas e pessoal de apoio, preparação laboratorial e tinha como componentes: verificação e detecção; avaliação do risco e gravidade; e monitoramento da epidemia. A verificação e detecção precoce são consideradas fundamentais para quebrar a continuidade das cadeias de transmissão, e deveria ir além com a capacidade de detectar rumores de fontes formais e informais (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

A avaliação do risco consistiu num processo sistemático de registro e análise de dados provenientes dos sistemas de vigilância. A proposta era que contemplasse informações das características clínicas, tipo de variante, e elementos para determinar a avaliação da sua transmissibilidade, gravidade e impacto (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

As atividades de vigilância em Moçambique tiveram seu início nos pontos de entrada do país (fronteiras, portos e aeroportos), onde deveria haver garantia de equipamentos de proteção individual (EPI), termômetros infravermelhos, produtos de limpeza e desinfecção, instalações de observação, isolamento, e uma ambulância (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

Nesses pontos as atividades consistiam em:

- Rastreamento dos passageiros que tivessem transitado em áreas afetadas pela Covid-19 e recomendação de quarentena domiciliar obrigatória;
- Preenchimento de um formulário de declaração de saúde pública na entrada;
- Sensibilização dos passageiros sobre a necessidade do rastreamento, e isolamento imediato de casos suspeitos, bem como uso do EPI e encaminhamento para US de referência;
- Divulgação das informações sobre a Covid-19 nos pontos de entrada em colaboração com outras entidades (migração, alfândegas, agricultura, operadores de transporte, agências de viagens),
- Compilação diária de toda atividade realizada nos pontos de entrada e encaminhamento ao superior hierárquico;
- Registro imediato de qualquer caso suspeito para o Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), Instituto Nacional de Saúde (INS) e MISAU (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

Nas US e na comunidade, as atividades de vigilância epidemiológica consistiam em:

- Identificação e treinamento dos integrantes da Equipe de Resposta Rápida (ERR) do nível central, provincial e distrital;
- Fortalecimento da notificação precoce nos centros de isolamento e tratamento do coronavírus;
- Estabelecimento de um sistema de alerta, via telefone 24 horas por dia;
- Reforço de atividades dos APE para vigilância ativa na comunidade;
- Rastreio e seguimento dos casos;
- Estabelecimento de um sistema de gestão de dados, dos casos e dos contatos;
- Elaboração de boletins de retro informação, diários e semanais, e disseminação a todos os níveis e parceiros (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

Caso algum profissional (médicos, enfermeiros e técnicos de saúde) suspeitasse de um caso de coronavírus deveria reportar imediatamente ao responsável da US, e este por sua vez informar ao responsável da vigilância da US ou distrito e província e finalmente ao MISAU (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2020).

O INS estabeleceu uma Rede Nacional de Vigilância Genômica do SARS-Cov-2 chamada SEGENA com objetivo de monitorar a circulação de variantes do vírus no país. Até no mês de novembro do ano 2021 circularam no país as variantes Alpha, Beta, Gamma e Delta, com maior frequência da Beta que predominou o período de agosto de 2020 até maio de 2021, a partir de novembro de 2021 foi detectada a variante ômicron em amostras colhidas em Maputo, e em dezembro esta variante foi detectada em várias províncias (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE, 2021).

Em relação ao início da vacinação foram definidos critérios de priorização dos grupos de acordo com as condições existentes e foram estabelecidos como grupos prioritários os profissionais de saúde, locais com transmissão comunitária ou elevada taxa de positividade, pessoas com mais de 55 anos e portadores de comorbidades. Como recursos humanos foram usados profissionais de saúde do sistema nacional de saúde e estudantes concluintes do curso de graduação da área da saúde (MISAU, 2021b).

A vacinação teve seu início no dia 08 de março de 2021. O plano seria ajustado à medida que fossem recebidas doações de doses para grupos vulneráveis ou de riscos específicos e aos acordos de cooperação internacional firmados. Inicialmente foram

criadas quatro fases de vacinação para um público de 54,6% da população total, incluindo maiores de 15 anos, ficando os menores de 15 anos e mulheres grávidas para serem vacinadas posteriormente. Para garantir a abrangência, a vacinação ocorreu em pontos fixos e através de brigadas móveis (MISAU, 2021b).

No início de 2022, Moçambique contava com 22,41% da população vacinada com esquema inicial completo. Em abril de 2023 alcançou 60% da população vacinada. O acesso da população à vacina decorreu de duas iniciativas adotadas pelo Governo de Moçambique: adesão ao programa COVAX e a aquisição direta, ambos baseados em valores de universalidade, solidariedade e respeito mútuo, em linha com o terceiro objetivo da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (MISAU, 2021b).

Pelo convênio Covax, Moçambique recebeu a vacina AstraZeneca dos Governos de Canadá, Reino Unido e França, a vacina VeroCell produzida na China (UNICEF, 2021) e a vacina Johnson e Johnson oferecida pela Bélgica (UNICEF, 2022a). O montante de doses através dessa estratégia cobriria cerca de 20% da população geral (6.166.449), enquanto pelo mecanismo complementar de aquisição direta buscava alcançar a população elegível não coberta (10.659.884 habitantes), cerca de 35% da população total em 2021 (MISAU, 2021b).

Ainda pelo mecanismo Covax, em setembro de 2022, Moçambique recebeu a vacina Pfizer e câmaras de ultra frio dos governos dos Estados Unidos da América (EUA) e Alemanha para vacinar um público de 4,8 milhões de adolescentes dos 12 até 17 anos (UNICEF, 2022b).

O quadro 6 sistematiza as principais medidas adotadas por Moçambique na resposta à Covid-19.

Quadro 6: Evolução e medidas de resposta adotadas à Covid-19, 2020-2022

Principais marcos e eventos da pandemia em Moçambique		
Data	Acontecimento	
Janeiro - dezembro de 2020		
Janeiro	22/01/2020	Início da triagem de passageiros provenientes da República Popular da China, independentemente da sua nacionalidade,
	Janeiro/março	O início da testagem era realizado na sede do Instituto Nacional da Saúde. Até março existiam 43 unidades sanitárias incluindo público e privado e a média dos testes era 53
Março	11/03/2020	A OMS decretou a Covid-19 como pandemia

	14/03/2020	Primeira comunicação do governo sobre a pandemia da Covid-19, Quarentena obrigatória de 14 dias para todos os cidadãos provenientes de países com transmissão ativa de Covid-19, instituição das medidas gerais de prevenção a pandemia de Covid-19: uso de máscaras, lavagem frequente das mãos com água e sabão ou cinza, distanciamento interpessoal no mínimo 2 metros, etiqueta da tosse e não partilha de utensílios pessoais
	20/03/2020	Encerramento das escolas
	22/03/2020	Primeiro caso reportado de um idoso de 75 anos, vindo de uma viagem do reino unido, o paciente foi internado no setor privado e teve uma evolução positiva, em 40 dias teve alta em estado melhorado
	30/03/2020	Foi decretado o Estado de Emergência Nacional por razões de calamidade pública com duração de 30 dias e entrou em vigor a partir de 1 de abril; O estado de emergência foi prorrogado por 4 vezes
Abril	01/04/2020	Primeiro caso de transmissão local que detectou 35 casos positivos relacionados, a transmissão teve dinâmica diferente em cada província crescendo rapidamente em Cabo-delgado e Maputo
Mai	10/05/2020	Várias províncias com casos de Covid-19, que de forma lenta foram se espalhando pelo país
	17/05/2020	Transição para focos de infeção
	25/05/2020	Primeiro óbito reportado de um indivíduo masculino de 13 anos na província de Nampula
Junho	06/06/2020	Foi declarado o padrão de transmissão comunitária para a província de Nampula, seguida da cidade de Pemba e Maputo
Julho	05/07/2020	106 dias depois o país atingiu os primeiros 1000 casos
	28/07/2020	Declaração do fim de estado de emergência, intensificação das medidas preventivas e retoma faseada das aulas,
Agosto	Agosto	Declaração de novo estado de emergência em todo território nacional com início a 8 de agosto e término a 6 de setembro, intensificação das medidas preventivas.
Setembro	7/09/2020	Entrou em vigor o estado de calamidade pública e alerta vermelho, a transmissão foi ocorrendo em várias províncias na maioria dos casos na cidade e província de Maputo
	Setembro/novembro	Primeira onda com média diária de 143 casos
Outubro	11/10/2020	O país registrou 10.001 casos de Covid-19
Novembro	06/11/2020	Testagem abrangente pelo país
	Novembro/dezembro	Maior predominância de C1
Janeiro – dezembro de 2021		
Janeiro	Janeiro	Segunda onda (variante Beta) com média de 536 casos por dia, houve aumento de casos e mortes sendo quatro vezes maior que a primeira onda afetando mais sexo masculino na idade compreendida entre 30-64 anos, também foram reportados 2.101,14 casos por milhão de habitantes
Fevereiro	Fevereiro	Registrou-se o pico do número cumulativo dos óbitos na segunda vaga com 273 óbitos
Março	Março	Foram reportados 3131 internamentos onde 74.7% ocorreram no Maputo, a taxa de letalidade foi de 1.1% a maioria do sexo masculino. Houve o relaxamento das medidas e retoma presencial das aulas, abertura de eventos públicos, estabelecimentos comerciais de diversão e equiparados, com uma capacidade máxima de 25% em locais fechados
	08/03/2021	Lançamento oficial da vacinação, o país iniciou com a vacinação contra Covid-19 obedecendo os critérios de prioridade
Abril	19/04/2021	Segunda fase da vacinação para um público de 217 mil habitantes
	Abril	Tendência de redução dos casos, internamentos e óbitos, mas com casos ativos três vezes superior antes do início da segunda onda, em alguns centros urbanos a taxa de positividade ainda é maior a 10%. Declaração do fim do estado de calamidade pública no país no âmbito da Covid-19, mas, com continuidade do uso obrigatório de máscaras
Junho	Junho	Encerramento de alguns postos de travessia, reabertura cultos e de casinos não excedendo a capacidade de 40%, com um número máximo de 30 pessoas em velórios e para óbitos por Covid-19 não exceder a 10 pessoas, estas medidas foram mantidas para os meses subsequentes
Julho	13/07/2021	O país alcança 1013 óbitos
	19/07/2021	O país registrou 100.785 casos, dos quais 76% recuperados

Setembro	Setembro	Manutenção das medidas anteriores e reabertura de museus e galerias até 40% e piscinas e ginásios, com capacidade máxima de 20%, autorização da retoma do ensino pré-escolar
Outubro	20/10/2021	Terceira fase da vacinação com expectativas de abranger 7 milhões de pessoas até dezembro
Janeiro/dezembro 2022		
Janeiro	Janeiro	Retomada presencial das aulas, abertura de eventos públicos, estabelecimentos comerciais de diversão e equiparados, com uma capacidade máxima de 50% em locais fechados.
Abril	21/04/2022	O presidente anunciou o fim do estado de calamidade pública no âmbito de Covid-19, mas com uso obrigatório de máscaras em locais públicos, com isenção de crianças até aos 11 anos.
Agosto	31/08/2022	Fim da obrigatoriedade do uso de máscaras com exceção a quem apresenta sintomas sugestivos de Covid-19, nas US, lares dos idosos, e em transportes públicos.
Setembro	27/09/2022	Início da vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos.
Mai	05/05/2023	A OMS declarou o fim de emergência de saúde pública.

Fonte: elaboração da autora baseado em (IMPrensa Nacional de Moçambique, 2021b, 2021c, 2021a).

1.6.4 Evolução da pandemia no país

Foram construídos 3 gráficos mostrando a média de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, de Moçambique no período de 2020 até 2022.

Com as medidas do estado de emergência nacional (EEN) que entrou em vigor a partir de 1 de abril e foi prorrogado por 4 vezes, esperava-se conter a propagação e transmissão da Covid-19, no entanto, observou-se um crescimento de casos de transmissão local comparados aos importados o que fez com que o país, no mês de maio, ficasse na situação de transição para focos de transmissão local.

No mês de junho foram detectadas novas cadeias de transmissão em casos autóctones o que levou a declaração do padrão de transmissão comunitária para a província de Nampula, seguida da cidade de Pemba e Maputo (IMPrensa Nacional de Moçambique, 2020b; Sumbana; Sacarlal; Rubino, 2020).

Após a declaração do fim do EEN em 28 de julho, devido ao aumento de número de casos houve a necessidade da declaração de um novo EEN que vigorou entre 8 de agosto e 6 de setembro; porém a partir de 7 de setembro, com o surgimento das variantes B.1, Beta, B.1.1.375, e outros tipos, entrou em vigor o estado de calamidade pública e alerta vermelho. A transmissão passou então a ocorrer em várias províncias. Na maioria

dos casos na cidade e província de Maputo, tendo havido aumento da média diária dos casos para 143. A testagem tornou-se abrangente a partir de novembro (Gráfico 1). Até 31 de dezembro, o país registrou 5,18 óbitos acumulados por milhão.

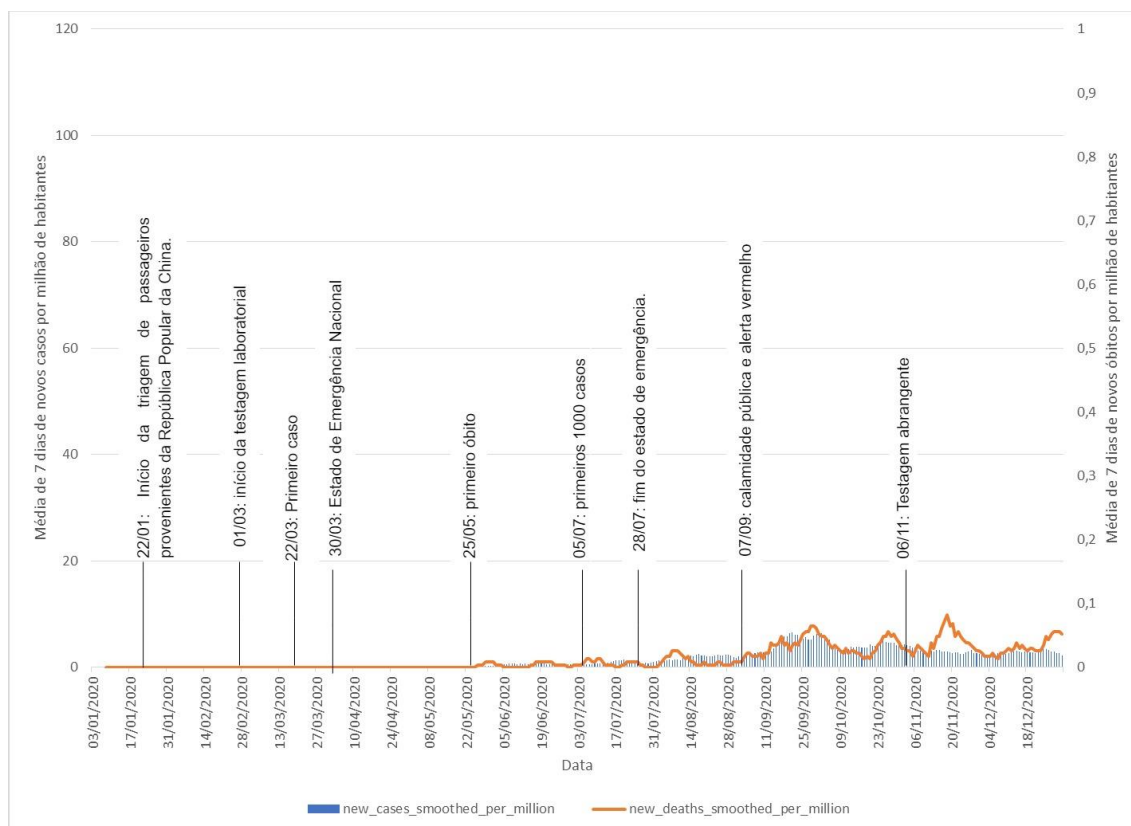


Gráfico 1 - Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2020.

Em janeiro de 2021 registrou-se maior predomínio da variante Beta com um aumento de casos e óbitos quatro vezes maior do que a primeira onda. Naquele momento, a média diária de casos era de 536, tendo sido reportados 2.101,14 casos por milhão de habitantes. A partir de fevereiro de 2021, observou-se um crescimento no número dos óbitos, que no dia 28 atingiu um cumulativo de 641 óbitos (gráfico 2). Para 31 de dezembro foram registrados 62,54 óbitos acumulados por milhão (REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2021).

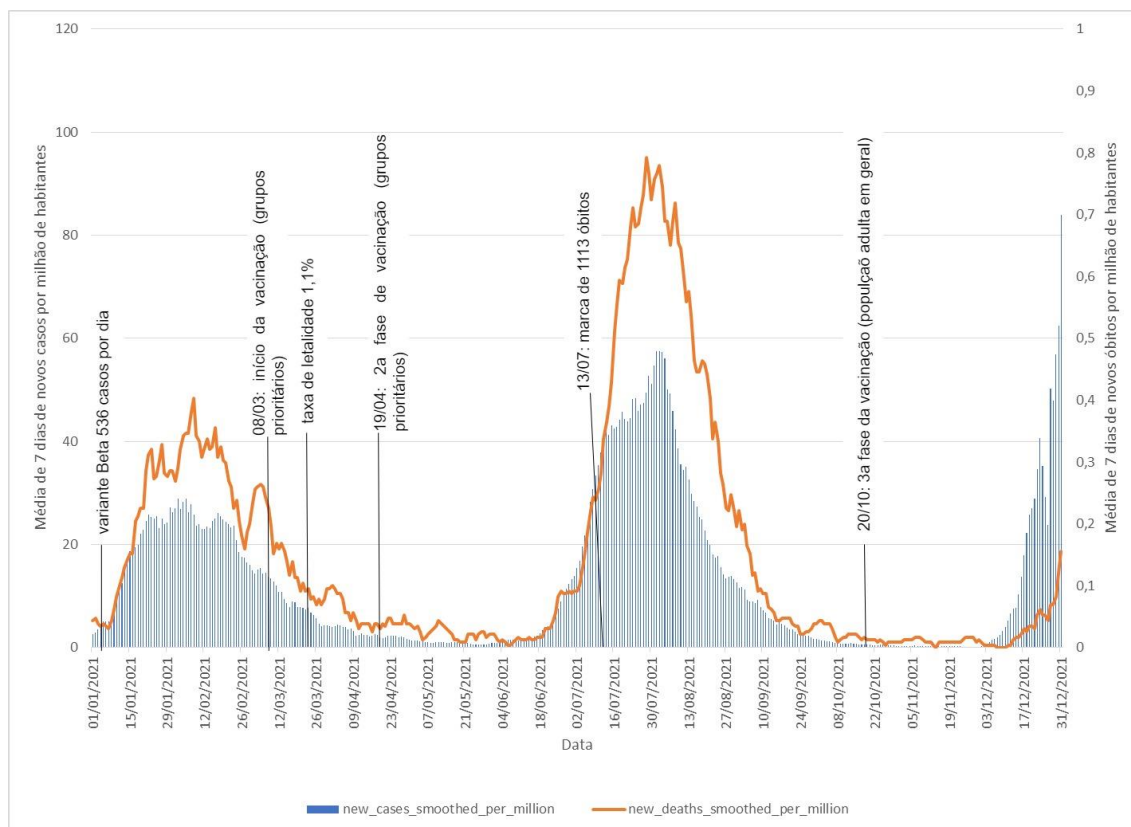


Gráfico 2 - Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2021.

Com a evolução da vacinação, em abril de 2022 foi anunciado o fim do estado de calamidade pública no âmbito de Covid-19, com uma tendência à redução dos casos e óbitos, o que resultou no relaxamento das medidas (Gráfico 3). Para 2022, foram registrados 68,96 óbitos acumulados por milhão.

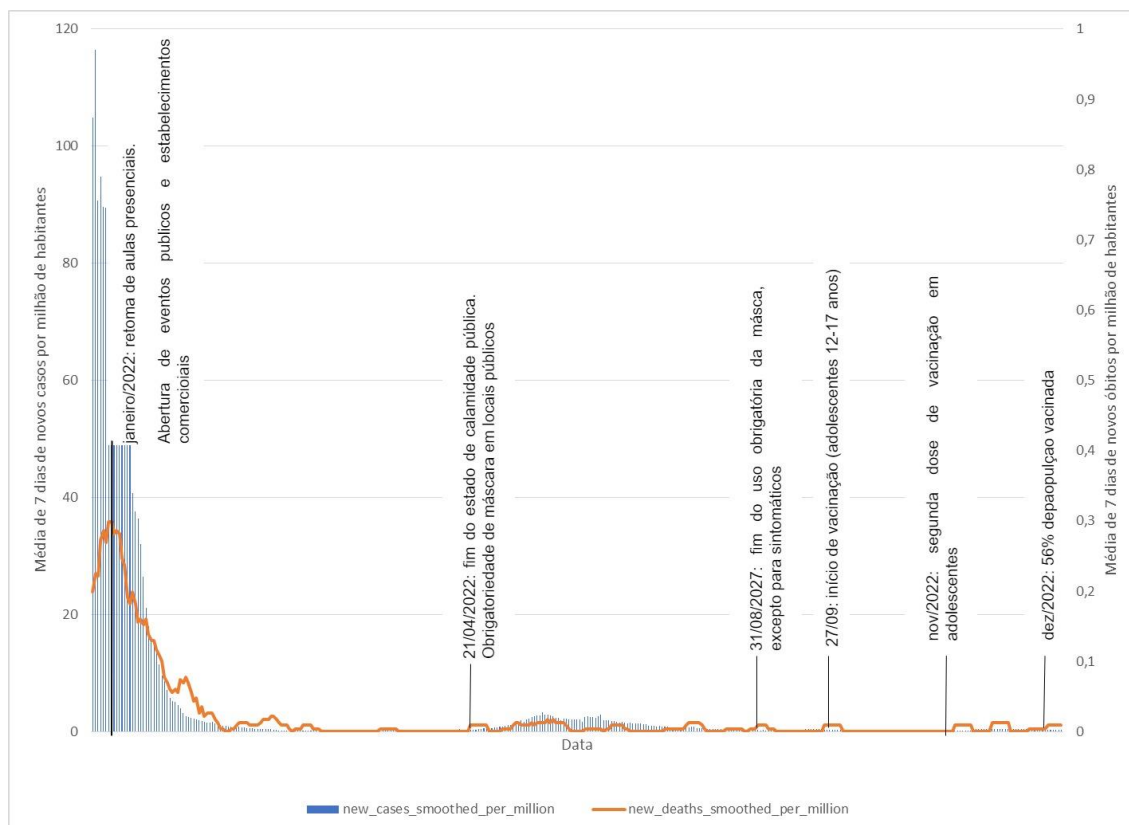


Gráfico 3 - Médias de sete dias de novos casos e novos óbitos por milhão de habitantes e principais desfechos, Moçambique, 2022.

Entre os países mais afetados da África Austral Moçambique ocupou a 5ª posição, antecedido pela África do Sul, Zâmbia, Botswana e Zimbabwe. As províncias com maior número de internamentos foram Maputo Cidade, província de Maputo, Sofala, Tete, Niassa e Manica, sendo que o sexo mais afetado foi o feminino, com 51,9%, no grupo de 15 - 49 anos. Os afetados pela Covid-19 eram na maioria pessoas com vulnerabilidades sociais e profissionais da linha da frente (MISAU, 2023).

1.7 Considerações finais

A partir da revisão integrativa realizada, olhando para a realidade africana, foi possível compreender que a resposta à pandemia do governo de Moçambique foi adequada. O governo elaborou um plano para lhe servir de estratégia no combate à pandemia da Covid-19, garantiu a comunicação oficial e o informe para implementação das medidas não farmacológicas. O governo protegeu trabalhadores públicos implementando medidas de rotatividade nos setores, garantindo assim a prática do distanciamento físico; e contou com o apoio e envolvimento dos líderes locais e dos agentes comunitários para transmitir informações à população, usando idiomas locais o que facilitou a percepção, ainda mais, antes da confirmação do primeiro caso, o governo optou pela suspensão de todos eventos sociais com mais de 50 pessoas, encerramento de todas as escolas e a determinação da quarentena domiciliar.

Essas medidas foram agravadas 8 dias depois da confirmação do primeiro caso, com a declaração do EEN. Porém, o governo evitou o confinamento total adotando medidas até o nível três evitando assim o alerta mais restritivo que seria o nível quatro (lockdown), pois acarretaria um custo pesado para a economia. Estas medidas tiveram um impacto positivo no começo da pandemia.

No entanto, as medidas propostas para o combate a Covid-19 prejudicaram os meios de subsistência da população em todo o país, o que limitou e afetou significativamente várias profissões tais como operadores de transportes, venda atacado e varejo, produtores de carvão vegetal cujas ligações e clientes urbanos reduziram e isso ocasionou o aumento das vulnerabilidades sociais.

Em relação aos impactos na saúde, após a declaração do EEN, a população sentiu-se limitada no acesso aos serviços de saúde, e quanto aos profissionais, as equipes de serviço em saúde diminuíram e houve conseqüentemente uma redução da prestação dos serviços essenciais de saúde, como as consultas eletivas que sofreram grande impacto seguidas dos serviços de saúde materno e infantil e novos inícios de tratamentos de HIV/Aids. Como estratégia para evitar possíveis faltas de seguimento em tempos de pandemia, os medicamentos para HIV/Aids e planejamento familiar eram

disponibilizados em quantidades para mais de um mês.

O avanço da vacinação no país ocorreu graças à cooperação internacional e ao apoio de vários parceiros pelo mecanismo Covax. Por causa dessa dependência, para a Covid-19, o país até então só conseguiu vacinar a população de 12 anos em diante. Mesmo assim, Moçambique continua sendo um dos países com maior cobertura vacinal no continente africano, garantindo a vacina para quase 100% da população alvo nas duas doses e algumas de reforço.

Um entrave para a resposta de Moçambique à Covid-19 foi a violação pela população do EEN decretado. Houve dificuldades para a prática do distanciamento físico nos pontos de ônibus; entre vendedores e compradores nos mercados; não houve cumprimento da lotação dos transportes; e pode-se citar também a reabertura clandestina dos bares.

Para que se observasse um maior sucesso na resposta à pandemia da Covid-19, o governo moçambicano poderia ter criado um centro de quarentena para viajantes vindos de regiões endêmicas e também disponibilizado um suporte básico de forma regular para as famílias vulneráveis de modo a garantir a sustentabilidade, pois, a fome pode ter sido responsável pelo incumprimento das medidas de prevenção.

2 PRODUTO 2 -ARTIGO

Articulação do Serviço Nacional de Saúde com agentes comunitários e os praticantes de medicina tradicional em Moçambique: uma resposta governamental à pandemia da Covid-19

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Articulação do Serviço Nacional de Saúde com agentes comunitários e os praticantes de medicina tradicional em Moçambique: uma resposta governamental à pandemia da Covid-19. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientadora: Sandra Garrido de Barros. Salvador, 2024.

Resumo

Introdução: A Covid-19 trouxe inúmeros desafios para os sistemas de saúde no mundo, exigindo a implementação de várias ações para a saúde pública, contudo, as estruturas preexistentes e às políticas sociais influenciaram bastante a definição das estratégias adotadas. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo descrever a preparação e a resposta governamental de Moçambique para controle e combate a pandemia da Covid-19 no setor comunitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso baseado em revisão integrativa e análise documental. A busca foi efetuada nas seguintes bases: Science Direct, Pubmed, Scopus, Web of Science e no Google Acadêmico. A busca ampla recuperou um total de 692 artigos que foram exportados no formato RIS para o Rayyan para a triagem. Foram excluídas 31 duplicatas, 580 artigos foram excluídos por não se relacionarem com a temática, sendo 81 selecionados para leitura na íntegra e 19 compuseram a amostra final selecionados para a amostra final. **Resultados:** O funcionamento do sistema de saúde moçambicano conta com bastante apoio dos agentes comunitários, distribuídos entre agentes polivalentes elementares, praticantes da medicina tradicional entre outros. Estes agentes desempenharam um papel importante na pandemia da Covid-19 ao realizar campanhas de mobilização e sensibilização da população usando línguas locais para transmitir a informação sobre a prevenção e tratamento da Covid-19. Embora não existam muitos estudos sobre o papel destes agentes na pandemia de Covid-19, eles têm sido intervenientes importantes em colaboração com o governo na promoção de comportamentos saudáveis e no alargamento do alcance aos serviços de saúde primários.

Palavras-chave: Covid-19; Mobilização Social; Participação Social; Sistema de Saúde; Moçambique

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Articulation of the National Health Service with community agents and traditional medicine practitioners in Mozambique: a government response to the COVID-19 pandemic. Dissertation (Master's in Collective Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia. Supervisor: Sandra Garrido de Barros. Salvador, 2024.

Abstract

COVID-19 has brought numerous challenges to health systems worldwide, requiring the implementation of various public health actions. Still, pre-existing structures and social policies have greatly influenced the definition of the strategies adopted. **Aim:** This paper describes the Mozambican government's preparation and response to control and combat the COVID-19 pandemic in the community sector. **Methods:** This is a case study based on an integrative review and documentary analysis. The search was done using the following databases: Science Direct, PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. The broad search retrieved 692 articles, exported in RIS format to Rayyan for screening. Thirty-one duplicates were excluded, 580 articles were excluded because they did not relate to the topic, 81 were selected for full reading, and 19 made up the final sample. **Results:** The functioning of the Mozambican health system relies heavily on the support of community agents, including elementary multipurpose agents, practitioners of traditional medicine, and others. These agents have played an essential role in the COVID-19 pandemic by carrying out population mobilisation and awareness campaigns using local languages to convey information about the prevention and treatment of COVID-19. Although there are not many studies on the role of these agents in the COVID-19 pandemic, they have been essential players in collaboration with the government in promoting healthy behaviours and extending outreach to primary health care services.

Keywords: COVID-19; Social Mobilization; Social Participation; Health System; Mozambique

Zacarias, Iolanda Ermelindo. Articulación del Servicio Nacional de Salud con agentes comunitarios y practicantes de medicina tradicional en Mozambique: una respuesta gubernamental a la pandemia de Covid-19. Disertación (Maestría en Salud Colectiva). Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahia. Supervisora: Sandra Garrido de Barros. Salvador, 2024.

RESUMEN

Introducción: El Covid-19 ha planteado numerosos retos a los sistemas sanitarios de todo el mundo, lo que ha exigido la puesta en marcha de diversas acciones de salud pública, pero las estructuras y políticas sociales preexistentes han influido enormemente en la definición de las estrategias adoptadas. **Objetivo:** Este trabajo pretendía describir la preparación y la respuesta del gobierno de Mozambique para controlar y combatir la pandemia de Covid-19 en el sector comunitario. **Metodología:** Se trata de un estudio de caso basado en una revisión integradora y un análisis documental. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Science Direct, Pubmed, Scopus, Web of Science y Google Scholar. La búsqueda amplia recuperó un total de 692 artículos que se exportaron en formato RIS a Rayyan para su criba. Se excluyeron 31 duplicados, se excluyeron 580 artículos por no estar relacionados con el tema, se seleccionaron 81 para su lectura completa y 19 constituyeron la muestra final seleccionada para el muestreo definitivo. **Resultados:** El funcionamiento del sistema sanitario mozambiqueño depende en gran medida del apoyo de los agentes comunitarios, distribuidos entre agentes polivalentes elementales, practicantes de medicina tradicional y otros. Estos agentes han desempeñado un papel importante en la pandemia de Covid-19 mediante la realización de campañas de movilización y sensibilización de la población, utilizando las lenguas locales para transmitir información sobre la prevención y el tratamiento del Covid-19. Aunque no hay muchos estudios sobre el papel de estos agentes en la pandemia de Covid-19, han sido actores importantes en la colaboración con el gobierno para promover comportamientos saludables y ampliar el alcance de los servicios de atención primaria.

Palabras clave: Covid-19; Movilización social; Participación social; Sistema sanitario; Mozambique

2.1 Introdução

Devido a rápida propagação da Covid- 19 pelos países e regiões do mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), classificou à 11 de março de 2020, esta crise para a categoria de pandemia (MOOCK; DE CARVALHO MELLO, 2020) e por via desta, os países tiveram o desafio de construir e implementar estratégias seguras para seu enfrentamento (NEOGI; PREETHA, 2021).

Frente a este cenário, verificou-se, a nível mundial, a implementação de medidas muito diferenciadas, em cada país, para a resposta à pandemia (SAVINO; DE TITTO, 2020)

Estas medidas exigiam ações não apenas do governo central, mas uma participação integrada, coordenada e multisetorial, com um maior envolvimento comunitário, pois é na comunidade onde residem maiores ações de saúde primária (MISAU, 2020b) contudo estas ações contam com a importância do diálogo comunitário para prevenção e não discriminação de patologias que afetam a comunidade (RASSI *et al.*, 2019).

Para o enfrentamento a pandemias, é necessário o fortalecimento da APS, através de ações voltadas à comunidade por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS) que são profissionais estratégicos na APS, pois influenciam na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis em regiões com escassez de profissionais de saúde e com difícil acesso ao serviço (SAMUDIO *et al.*, 2017).

O sistema de saúde moçambicano encontra-se em processo de descentralização, porém, a nível nacional, o Ministério da Saúde (MISAU) define a política de saúde do país e gerencia tanto os programas de saúde quanto os serviços de apoio operacional, incluindo a aquisição e distribuição de medicamentos e suprimentos médicos para o nível provincial, e este, por sua vez para o nível distrital. Cada direção distrital de saúde tem uma equipe de gestão composta por um diretor distrital, diretor clínico, farmacêutico, estatístico e administrador que é responsável por fornecer apoio e gerir as unidades de saúde que prestam serviços de cuidados de saúde primários (SHERR *et al.*, 2013).

Em países de baixa renda, geralmente os APes respondem às condições de emergência de saúde da população, suas responsabilidades centram-se na promoção e

prevenção da saúde, mas, a partir de 2010, em Moçambique, o MISAU revitalizou o programa para incluir algumas atividades curativas de doenças mais prevalentes como malária, diarreia, infecção aguda do trato respiratório, desnutrição aguda grave e visitas domiciliárias para recém-nascidos. Além disso, podem promover a assistência pré-natal, identificar sinais de perigo na gravidez e encaminhar mulheres grávidas, (SEVENE *et al.*, 2021; VON DADELSZEN *et al.*, 2020) contribuindo desta maneira para resolver as deficiências dos recursos humanos que o país enfrenta (STRACHAN *et al.*, 2015).

Em relação à Covid-19, o envolvimento da comunidade é fundamental para a criação de soluções locais e específicas ao contexto para respostas de prevenção e controle da doença. As medidas não farmacológicas recomendadas pela OMS para prevenir e controlar a Covid-19, como o distanciamento físico, identificação de casos e rastreamento de contatos, dependerão da colaboração da comunidade para sua implementação, pois este envolvimento é considerado crucial para alcançar o resultado dos cuidados de saúde primários e promover serviços centrados na população (GILMORE *et al.*, 2020).

Em Moçambique os ACS são considerados voluntários apoiados pelo MISAU, embora recebam um subsídio mensal equivalente a 20 dólares americanos, são escolhidos pela comunidade e devem ter conhecimentos básicos de alfabetização e aritmética, e passam por um treinamento intensivo de quatro meses (SEVENE *et al.*, 2021), o envolvimento destes nas ações de promoção de saúde teve o seu início em 1978 depois da Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primária (MISAU, 2020b).

Devido ao baixo nível de desenvolvimento socioeconômico, insuficientes unidades sanitárias, e a crença de que as doenças são causadas por espíritos malignos, a população local criou uma forte dependência pelos PMT, e estes desempenham um papel importante nos cuidados de saúde primária da população usando plantas medicinais para o tratamento de doenças (MANUEL *et al.*, 2020), e estima-se 1 PMT para 200 habitantes (MITANO *et al.*, 2016).

As projeções iniciais sinalizavam para um maior número de casos e óbitos pela pandemia da Covid-19 em Moçambique. O que não foi concretizado, apesar do país apresentar um sistema de saúde fragilizado. Esse sucesso no enfrentamento à pandemia, tem sido atribuído a mobilização de agentes comunitários e por meio de estratégias de comunicação para a transmissão da informação, estratégias tiveram grande aceitação pela população.

Nesse sentido, partindo da pergunta “Como se deu a participação do setor comunitário na resposta governamental à pandemia de Covid-19 em Moçambique? ”

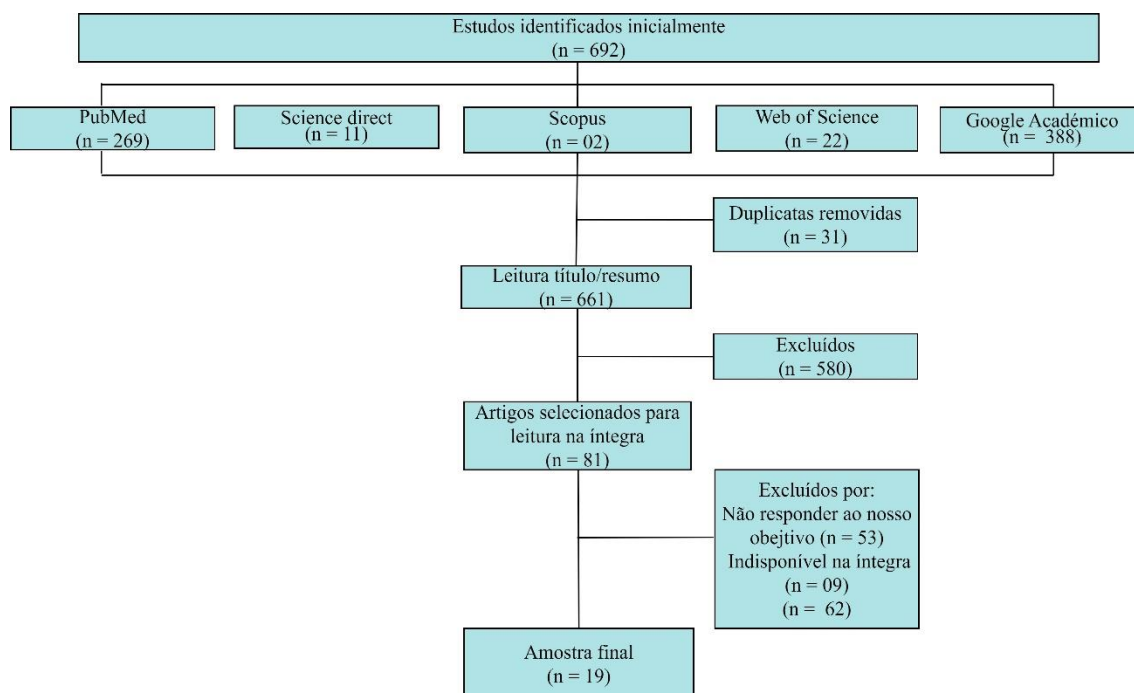
Este artigo tem como objetivo descrever a preparação e a resposta governamental de Moçambique para controle e combate a pandemia da Covid-19 no setor comunitário.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso baseado em revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAF, 2005) e análise documental. Para identificação dos estudos, foram identificados os descritores e construída a seguinte estratégia de busca a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): COVID-19 AND (“Community Participation” OR “Social Participation”) AND (“National Health System” OR “Health System”) AND Mozambique. A busca foi efetuada no dia 12 de agosto de 2023 nas seguintes bases, acessadas por meio da plataforma Periódicos CAPES: Science Direct, Pubmed, Scopus, Web of Science, e Google Acadêmico, da busca ampla foram recuperados 692 artigos que foram exportados no formato RIS para a triagem e seleção no gerenciador bibliográfico Rayyan, onde foram identificadas 31 duplicatas. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 580 artigos, que não se relacionavam com a temática e pré-selecionados 81 para leitura na íntegra. Destes foram excluídos 9 que não estavam disponíveis para o acesso livre, tendo sido lidos 72 artigos, e incluídos 19 artigos na amostra final (figura 1). Os artigos e suas principais contribuições estão apresentados no quadro 7.

No componente documental, foi consultado o plano de Estratégia Nacional de Resposta Comunitária à Covid-19, disponível nos endereços do Ministério da saúde de Moçambique (<https://www.misau.gov.mz/index.php>) (quadro 8).

Figura 1: Fluxograma da estratégia de seleção de artigos.



Fonte: elaboração da autora

2.3 Resultados e discussão

2.3.1 Antecedentes e caracterização da pandemia em Moçambique

Moçambique foi um dos últimos países na África a ser afetado pela pandemia da Covid-19 (SUMBANA; SACARLAL; RUBINO, 2020). O primeiro caso foi noticiado a 22 de março de 2020, pelo ministro da saúde, um caso importado por um moçambicano de 75 anos que retornou de viagem ao Reino Unido BLIZNASHKA *et al.*, 2022; MANJATE *et al.*, 2020; SUMBANA; PASSANDUCA; RUBINO, 2021).

Até abril de 2023, o país chegou a registar aproximadamente 233.395 casos, destes, 2.243 deram-se como óbitos, sendo que as províncias de Maputo Cidade, província de Maputo, Sofala, Tete, Niassa e Manica registraram maior número de internamentos, e o sexo feminino foi mais afetado na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade (MISAU, 2023).

2.3.2 Resposta Governamental e a articulação comunitária

Como resposta à pandemia, o Governo de Moçambique, elaborou em junho de 2020, um plano de estratégia nacional de resposta comunitária à Covid-19. O plano para os agentes comunitários, propôs dois cenários: o cenário A tratava de distritos sem casos confirmados ou com poucos casos esporádicos importados ou detectados localmente enquanto o cenário B indicava distritos com surto ou transmissão comunitária, e, em ambos os casos deveriam haver restrições para visitas domiciliares, caso necessário deveria-se implementar medidas de distanciamento físico, lavagem das mãos e uso de equipamento de proteção individual (MISAU, 2020b).

Para a resposta comunitária à Covid-19, foram mobilizados atores comunitários já existentes. Com a mesma estrutura de gestão, a estratégia tinha o objetivo de reduzir a transmissão e propagação do vírus na população, reduzir o número de casos graves,

óbitos, e minimizar o impacto secundário da Covid-19 sobre os problemas de saúde pré-existentes em Moçambique. Foi necessário um treinamento para os ACS exercerem suas atividades sem tocar os pacientes (MISAU, 2020b).

Cada ACS abrange uma área específica nas zonas rurais e representa o primeiro ponto de contato do sistema de saúde. O paciente precisando de cuidados adicionais era encaminhado para unidade sanitária (US) mais próxima (GIVE *et al.*, 2019).

Para a eficácia na resposta à pandemia, na estrutura de gestão incluiu-se o envolvimento e o fortalecimento das lideranças locais como por exemplo os líderes comunitários, (MISAU, 2020). Essas lideranças têm sido informantes chave na menção dos problemas que assolam a comunidade, assim como servem de vínculo entre a comunidade, gestores, pesquisadores e a população e vice-versa (SCHWITTERS *et al.*, 2015).

Por exemplo, estudo feito por POWELSON *et al* (2022) sobre determinantes do abandono da vacinação entre crianças com menos de 2 anos de idade na província da Zambézia, Moçambique; mostrou que o envolvimento dos líderes comunitários, líderes religiosos e agentes comunitários de saúde nas estratégias de comunicação, pode melhorar a adesão à vacinação.

Entre os atores comunitários, os APEs, Socorristas da Cruz Vermelha e professores, foram treinados para identificar sinais e sintomas de Covid-19 e informar sobre as medidas preventivas, apoiar na referência ou acompanhamento domiciliar, e continuar a tratar as doenças comuns na comunidade, e, ainda servir como elo de ligação entre a comunidade e as unidades sanitárias (US) da atenção primária (MISAU, 2020b).

Devido ao acesso limitado e baixa cobertura dos serviços de saúde, os APEs têm assumido cada vez mais tarefas clínicas como tais como a gestão da malária, diarreia, pneumonia, desnutrição aguda grave e visitas domiciliárias de recém-nascidos, (SEVENE *et al.*, 2021) e são um componente importante na prestação e incentivo da procura de serviços de saúde nas comunidades rurais de Moçambique. Seu trabalho de prevenção e promoção de saúde é bastante apreciado pela população (GIVE *et al.*, 2015; HOBDDAY *et al.*, 2018; NDIMA *et al.*, 2015).

Os outros ativistas de prevenção dos programas implementados pelo MISAU, como da Malária, Tuberculose, HIV, conselheiros leigos, mães mentoras, de nutrição, ativistas de programas de adolescentes e jovens, PMT, PT, ativistas dos comitês de saúde, foram treinados para difundir mensagens para identificação e prevenção da Covid-19 e outras doenças que afetam a comunidade como a malária, diarreia e sempre que

necessário contatar um APE da sua comunidade (MISAU, 2020b). Este cenário mostra a importância do diálogo comunitário para prevenção e não discriminação de patologias que afetam as populações (RASSI *et al.*, 2019).

Uma forte razão para a inclusão dos PMT na resposta à pandemia deve-se ao fato de uma parcela considerável da população moçambicana fazer o uso concomitante dos sistemas de saúde tradicional e formal, porém, a escolha depende do tipo de doença, do acesso aos serviços, da confiança no tratamento e práticas culturais locais, (AUDET *et al.*, 2013; SCHWITTERS *et al.*, 2015). Comparado com os médicos, estes ocupam posições de autoridade nas comunidades pois acredita-se que são capazes de diagnosticar doenças resultantes de fontes como transgressões sociais, espíritos, maldições e feitiçaria (AUDET *et al.*, 2012).

A coordenação da prevenção e resposta à Covid-19 na comunidade era composta pelos Comitês de Saúde, Comitês Comunitários de Proteção à Criança, líderes religiosos, secretários dos bairros e chefes dos quarteirões (MISAU, 2020b). Estudo de RASSI *et al.* (2019) sobre a participação desses agentes nesses comitês mostra o envolvimento de lideranças populares locais na tomada de decisões, apresentando muitas vantagens de colaboração para ambas as partes.

Foram estabelecidos, de igual modo, alguns postos comunitários para prestar serviços relacionados com a Covid-19, malária, saúde materno-infantil, Programa Alargado de Vacinação (PAV), nutrição, onde a equipe deveria ser composta por uma enfermeira de saúde materno infantil (ESMI), um técnico de medicina preventiva com a supervisão de um médico ou outro responsável da US de referência. Esse posto deveria portar os seguintes materiais e equipamentos: uma tenda, material de escritório, material médico cirúrgico, biombo, marquesa hospitalar ou maca, medicamentos, testes para o diagnóstico da malária, reservatórios de água e balde com água e sabão para a lavagem das mãos (MISAU, 2020b).

Quanto ao sistema de informação, para a coleta de dados deveria ter em conta a ficha e o livro de registo de triagem na comunidade, o livro de registo de seguimento de contatos e o fluxo de informação. O processo de vigilância iniciava nas portas de entrada dos Cuidados de Saúde Primários da Saúde Comunitária através de fluxo de informação dos diferentes sectores, devendo se identificar e mapear os principais aglomerados, criar-se uma equipe de resposta rápida e definir-se um ponto estratégico para a triagem comunitária. Para o seguimento dos contatos baseava-se no relatório que o posto comunitário recebia da US ou das equipes de resposta rápida (MISAU, 2020b).

Por exemplo na África do Sul, país que faz fronteira a sul de Moçambique, e o mais afetado pela pandemia de Covid-19 no continente africano, existe uma Lei Nacional de Saúde que estipula os comitês de saúde como parte dos serviços de atenção primária à saúde. Contudo, antes da Covid-19, a relação entre os comitês de saúde com o Estado já era limitada, com pouca colaboração, e durante a pandemia, o Estado não conseguiu restabelecer a relação e, conseqüentemente, a participação comunitária ineficiente pode ter contribuído para o elevado número de casos (KANNEMEYER; COLVIN; HARICHARAN, 2023).

Já no norte de Moçambique, a Tanzânia passou por dois momentos, pois o Governo de maio de 2020 a março de 2021, escolheu sua própria abordagem como o incentivo ao uso da medicina tradicional, inalação de vapor e ingestão de ervas como forma de tratar e prevenir a Covid-19, em vez de seguir os protocolos da OMS para a Covid-19. Este governo decretou o fim da pandemia, limitando a atuação dos agentes comunitários, que mesmo buscando tomar suas próprias iniciativas para apoiar a comunidade na adoção de medidas preventivas, eram rejeitados por contas do discurso do presidente. Com a posse do novo Governo em março de 2021, houve uma mudança de estratégia reconhecendo a existência da covid-19 e orientando a tomada de medidas preventivas incluindo a adesão à vacinação (KESALE *et al.*, 2022).

A Declaração de Alma Ata em 1978, enfatiza a participação comunitária com um envolvimento, não só do setor saúde, mas sim outros ministérios como agricultura, educação, habitação, obras públicas, comunicações e outros setores, onde os governos devem formular políticas e estratégias para uma ação comunitária eficiente (BUSS, 2018). Razão pela qual, em Moçambique, outros ministérios também desempenharam um papel crucial na resposta à pandemia da Covid-19. O MISAU foi o ministério chave para definir padrões relacionados com programas de promoção de saúde e prevenção da Covid-19 a serem implementados por todas as instituições da administração pública e atores comunitários, incluindo os cuidados e tratamento (MISAU, 2020b).

O Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano garantiu o envolvimento dos professores e alfabetizadores de adultos nas questões relacionadas com a resposta comunitária, incluindo a integração das ações de prevenção e sensibilização sobre a Covid-19 nas escolas e em comunidades vizinhas. Enquanto o Ministério da Criança, Género e Ação Social garantiu o apoio psicossocial aos grupos vulneráveis incluindo a informação sobre as medidas preventivas. Por sua vez, o Ministério da Agricultura e

Desenvolvimento Rural, por meio dos Extensionistas, colaborou na informação das medidas de lavagem das mãos, e uso das máscaras para os agricultores (MISAU, 2020b).

O Ministério das Obras Públicas e Habitação e Recursos Hídricos foi responsável por garantir o abastecimento de água, apoiar os postos comunitários de saúde com serviços de água, saneamento e higiene e coordenar a distribuição de materiais para a higiene e a gestão de filas nas torneiras públicas de abastecimento de água potável. O apoio do Ministério de Ciência e Tecnologia baseou-se no envolvimento das operadoras de rede móvel na redução de custos operacionais. E o Instituto Nacional de Gestão de Calamidades atuou na organização dos comités locais de gestão de calamidades para participar na resposta identificando pessoas vulneráveis (MISAU, 2020b).

A atuação da Cruz Vermelha de Moçambique (CVM) consistiu em garantir a capacitação dos socorristas para a prevenção da Covid-19, prestar apoio logístico, divulgar as medidas de prevenção e apoiar a distribuição de materiais de higiene e a instrução das técnicas de lavagem das mãos em locais públicos (MISAU, 2020b). A CVM trabalhou com os líderes comunitários, líderes religiosos, APE, PMT como sendo pessoas influentes da comunidade para disseminar e apoiar na implementação das medidas preventivas da Covid-19 incluindo a realização de reuniões comunitárias e visitas domiciliares às pessoas mais vulneráveis (CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE, 2020).

Em relação a governação local, as Administrações Distritais e os Municípios coordenaram a implementação da resposta local, e mobilização das comunidades, através das estruturas existentes do governo local, para o seu envolvimento em todas as fases do desenvolvimento e implementação dos programas e atividades de prevenção e cuidados da Covid-19 e outras doenças que desafiam o desenvolvimento local (MISAU, 2020b).

As ONG's como parceiros de implementação apoiaram na planificação e resposta distrital, na mobilização e facilitar os recursos, e fortalecer a coordenação local (MISAU, 2020b). Conforme proposto no plano, houve envolvimento de ONG's com apoio dos ativistas sociais para informar sobre o coronavírus, suas medidas preventivas, distribuição de máscaras, em regiões periféricas e locais de aglomeração (CAMÕES INSTITUTO DA COOPERAÇÃO E DA LINGUA, 2021).

Por fim, o Sector Privado estabeleceu parcerias com as estruturas locais de resposta à Covid-19 por forma a prestar apoio logístico e material nas situações que se julgassem necessárias, e mobilizou recursos para o apoio à facilitação e fortalecimento da

resposta comunitária local (MISAU, 2020b). Um dos apoios foi a união de mais de 300 empresas para a compra 500 mil doses de vacina para imunização (LISBOA, 2021).

2.4 Considerações finais

A maior parte das medidas de saúde pública para controlar e combater a Covid-19 precisaram ser implementadas em nível comunitário e, portanto, os agentes comunitários de saúde desempenharam um papel fundamental no combate à pandemia especialmente em países com sistemas de saúde fracos pois a participação da comunidade tem sido fundamental no enfrentamento às barreiras de utilização dos serviços de saúde.

O funcionamento do sistema de saúde moçambicano conta com bastante apoio dos agentes comunitários, distribuídos entre agentes polivalentes elementares, praticantes da medicina tradicional entre outros. Estes agentes reduzem as dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária à saúde ofertando no nível comunitário, determinados serviços de prevenção e tratamento.

Os agentes comunitários desempenharam um papel importante na pandemia da Covid-19 ao realizar campanhas de mobilização e sensibilização da população usando línguas locais para transmitir a informação sobre a prevenção e tratamento da Covid-19. Embora não existam muitos estudos sobre o papel destes agentes na pandemia de Covid-19, eles têm sido intervenientes importantes em colaboração com o governo na promoção de comportamentos saudáveis e no alargamento do alcance aos serviços de saúde primários.

Entre os agentes comunitários é importante destacar os PMT, pois devido a questões culturais associado ao nível de desenvolvimento baixo, incluindo as barreiras de acesso aos serviços de saúde faz com que a população faça o uso simultâneo dos sistemas de saúde tradicionais e nacionais e estes têm uma grande aceitação na comunidade. A decisão de utilizar um determinado sistema de saúde depende do tipo de doença, da distância do serviço, do transporte deficiente, incluindo questões relacionadas ao tempo, pois a demanda nos serviços de saúde é maior.

A escassez de publicações sobre o tema pode comprometer uma perspectiva mais crítica sobre as medidas adotadas e seus resultados, levando a possíveis vieses. Contudo, embora a produção científica seja limitada, os estudos localizados enfatizam a maior aceitação e colaboração da população com os agentes comunitários para o alcance dos resultados na atenção primária à saúde.

Tendo em vista as expectativas sobre número de casos e óbitos, e frente a um sistema de saúde enfraquecido e com recursos limitados, a centralidade da estratégia comunitária em Moçambique pode ter contribuído para uma maior adesão da população às medidas não farmacológicas e para a contenção e mitigação da pandemia.

3 REFERÊNCIAS

AUDET, C. M.; BLEVINS, M.; MOON, T. D.; SIDAT, M.; SHEPHERD, B. E.; PIRES, P.; VERGARA, A.; VERMUND, S. H. HIV/AIDS-related attitudes and practices among traditional healers in zambézia province, mozambique. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 18, n. 12, p. 1133–1141, 2012.

AUDET, C. M.; SALATO, J.; BLEVINS, M.; AMSALEM, D.; VERMUND, S. H.; GASPAR, F. Educational Intervention Increased Referrals to Allopathic Care by Traditional Healers in Three High HIV-Prevalence Rural Districts in Mozambique. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. 1–8, 2013.

BAMGBOYE, E. L.; OMIYE, J. A.; AFOLARANMI, O. J.; DAVIDS, M. R.; TANNOR, E. K.; WADEE, S.; NIANG, A.; WERE, A.; NAICKER, S. COVID-19 pandemic: is Africa different? **Journal of the National Medical Association**, v. 113, n. 3, p. 324–335, 2021.

BANCO MUNDIAL. **GDP (CURRENT US\$) Mozambique**. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=MZ>>. Acesso em: 3 jul. 2022.

BARLETTA, G.; CASTIGO, F.; EGGER, E.; KELLER, M.; SALVUCCI, V.; TARP, F. O impacto da COVID-19 na pobreza de consumo em Moçambique. 2021.

BAY, N.; JUGA, E.; MACUACUA, C.; JOÃO, J.; COSTA, M.; STEWART, S.; MOCUMBI, A. Assessment of care provision for hypertension at the emergency Department of an Urban Hospital in Mozambique. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2019.

BETHO, R.; CHELENGO, M.; JONES; SAM; KELLER, M. **J of Intl Development - 2022 - Betho - The macroeconomic impact of COVID-19 in Mozambique A social accounting matrix (1).pdf**2021.

BLIZNASHKA, L.; AHUN, M. N.; VELTHAUSZ, D.; DONCO, R.; KARUSKINA-DRIVDALE, S.; PINTO, J.; YOUSAFZAI, A. K.; JEONG, J. Effects of COVID-19 on child health services utilization and delivery in rural Mozambique: a qualitative study. **HEALTH POLICY AND PLANNING**, 2022.

BRAGA, J. M.; BANZE, A. R.; DENGGO-BALOI, L.; EVARISTO, V. L.; ROSSETTO, E. V.; BALTAZAR, C. S. **Investigation and contact tracing of the first cases of COVID-19 in Mozambique, 2020.** *The Pan African medical journal* 2022.

BUSS, P. M. Astana : direito universal ou cobertura universal de saúde ? n. 2, p. 22, 2018.

CAMÕES INSTITUTO DA COOPERAÇÃO E DA LINGUA. **Apoio da sociedade civil no combate à pandemia Covid-19 em Moçambique.** Disponível em: <<https://www.instituto-camoes.pt/sobre/comunicacao/noticias/apoio-da-sociedade-civil-no-combate-a-pandemia-covid-19-em-mocambique>>. Acesso em: 5 maio. 2024.

CAMPOS, I. **PORQUE QUE A AFRICA E UM CONTINENTE COM MENOS MORTES POR COVID.** Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-59609551>>. Acesso em: 24 fev. 2023.

CANTO, I. do. **União africana e atuação em conflitos.** Disponível em: <<https://sites.ufpe.br/oci/2022/08/15/uniao-africana-e-atuacao-em-conflitos/>>. Acesso em: 3 out. 2023.

CHONGO, Y.; WHEELER, J.; SERGIO CHICUMBE; CHISSANO, M. DETERMINANTS OF COVID-19 VACCINE ACCEPTABILITY IN MOZAMBIQUE: THE ROLE OF INSTITUTIONAL TRUST. *medRxiv*, v. 1, n. 165, p. 1–13, 2022.

CINZAS, E. E. D. C. DE. **CONCEITO DE CINZAS.** Disponível em: <<https://conceito.de/cinzas>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CONILL, E. M. **Sistemas comparados de saúde** Rio de Janeiro. 2006.

CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE. **Prevenção e Resposta à Pandemia da COVID-19** Maputo , Abril de 2020. 2020.

DA SILVA, G. A. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: Proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saude Publica*, v. 24, n. 11, p. 2463–2475, 2008.

DAS NEVES MARTINS PIRES, P. H.; MACARINGUE, C.; ABDIRAZAK, A.; MUCUFO, J. R.; MUPUELEQUE, M. A.; ZAKUS, D.; SIEMENS, R.; BELO, C. F. Covid-19 pandemic impact on maternal and child health services access in Nampula, Mozambique: a mixed methods research. *BMC Health Services Research*, v. 21, n. 1, 2021a. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

85113797845&doi=10.1186%2Fs12913-021-06878-3&partnerID=40&md5=7857ce260fdcf652b20ca9cd0e0aa97d>.

DAS NEVES MARTINS PIRES, P. H.; MACARINGUE, C.; ABDIRAZAK, A.; MUCUFO, J. R.; MUPUELEQUE, M. A.; ZAKUS, D.; SIEMENS, R.; BELO, C. F.; PIRES, P.; MACARINGUE, C.; ABDIRAZAK, A.; MUCUFO, J. R.; MUPUELEQUE, M. A.; ZAKUS, D.; SIEMENS, R.; BELO, C. F. Covid-19 pandemic impact on maternal and child health services access in Nampula, Mozambique: a mixed methods research. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, 2021b. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85113797845&doi=10.1186%2Fs12913-021-06878-3&partnerID=40&md5=7857ce260fdcf652b20ca9cd0e0aa97d>>.

DE PAULA, J. B.; IBIAPINA, F. L. P.; MOSSÉ, P. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1–3, 2018.

DENHARD, L.; KAVIANY, P.; CHICUMBE, S.; MUIANGA, C.; LAISSE, G.; AUNE, K.; SHEFFEL, A. How prepared is Mozambique to treat COVID-19 patients? A new approach for estimating oxygen service availability, oxygen treatment capacity, and population access to oxygen-ready treatment facilities. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 1, p. 90, 6 dez. 2021. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01403-8>>.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state** 1991.

FAGBAMIGBE, A. F.; TOLBA, M. F.; AMANKWAA, E. F.; MANTE, P. K.; SYLVERKEN, A. A.; ZAHOU, J. Z. B.; GOONOO, N.; MOSI, L.; OYEBOLA, K.; MATOKE-MUHIA, D.; OTHERS. Implications of WHO COVID-19 interim guideline 2020.5 on the comprehensive care for infected persons in Africa Before, during and after clinical management of cases. **Scientific African**, v. 15, p. e01083, 2022.

FELDMAN, M.; KRYLOVA, V. L.; FARROW, P.; DONOVAN, L.; ZANDAMELA, E.; REBELO, J.; RODRIGUES, M.; BULO, A.; FERRAZ, C.; RODRIGUES, H.; ROCA-FELTRER, A.; BAKER, K. Community health worker knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: Learnings from an online cross-sectional survey using a digital health platform, UpSCALE, in Mozambique. **PLOS ONE**, v. 16, n. 2, 2021.

FUNDAÇÃO AGA KHAN. **Como a Fundação Aga Khan está a trabalhar com a**

sociedade civil em Moçambique para conter e travar a transmissão do coronavírus.

Disponível em: <<https://the.akdn/pt/recursos-e-media/o-que-há-de-novo/holofotes/como-fundação-aga-khan-está-trabalhar-com-sociedade-civil-em-moçambique-para-conter-e-travar>>. Acesso em: 6 jun. 2023.

GARRIDO, P. I. Saúde, Desenvolvimento e Factores Institucionais: O Caso de Moçambique. *In: Revista Moçambicana de Ciências de Saúde*. [s.l: s.n.]p. 67–77.

GILMORE, B.; NDEJJO, R.; TCHETCHIA, A.; DE CLARO, V.; MAGO, E.; DIALLO, A. A.; LOPES, C.; BHATTACHARYYA, S. Community Engagement for COVID-19 Prevention and Control: A Rapid Evidence Synthesis. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 10, 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. saúde pública**, v. 24, n. suppl 1, p. 21–23, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>>.

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. Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 2018.

GIRONÉS, A. L.; BELVIS, F.; JULIÀ, M.; BENACH, J. Desigualdades em Saúde em acesso, barreiras e qualidade de. p. 60, 2018.

GIVE, C.; NDIMA, S.; STEEGE, R.; ORMEL, H.; MCCOLLUM, R.; THEOBALD, S.; TAEGTMEYER, M.; KOK, M.; SIDAT, M. Strengthening referral systems in community health programs: A qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019.

GIVE, C. S.; SIDAT, M.; ORMEL, H.; NDIMA, S.; MCCOLLUM, R.; TAEGTMEYER, M. Exploring competing experiences and expectations of the revitalized community health worker programme in Mozambique: An equity analysis. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 1–9, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0044-0>>.

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. Plano Nacional de Preparação e Resposta a Pandemia do COVID-19. **COVID-19: Planos de Contingência**, p. 1–47, 2020. Disponível em:

<<https://www.misau.gov.mz/index.php/plano-de-contigencia>>.

HOBDAY, K.; HULME, J.; HOMER, C.; ZUALO WATE, P.; BELTON, S.; PRATA, N. “My job is to get pregnant women to the hospital”: a qualitative study of the role of traditional birth attendants in the distribution of misoprostol to prevent post-partum haemorrhage in two provinces in Mozambique. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2018.

IMPrensa NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, E. P. **BOLETIM DA REPUBLICA, I SERIE nr 58**Maputo. Imprensa Nacional de Moçambique, E.P, 2020a. Disponível em: <http://www.portucelmocambique.com/var/ezdemo_site/storage/original/application/0ec484ab85b7741c2656203e81d2a7d0.pdf>.

IMPrensa NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, E. P. **Decreto_Presidencial_nº_212020_de_26_de_Junho. I SERIE NR 1212020b.**

IMPrensa NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, E. P. Boletim da república I serie nr 121. 2021a.

IMPrensa NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, E. P. Boletim da república I serie nr 185. 2021b.

IMPrensa NACIONAL DE MOÇAMBIQUE, E. P. Boletim da Republica I serie nr 15. 2021c.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE MOÇAMBIQUE. RESULTADOS DEFINITIVOS DO IV RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO. **www.Ine.Gov.Mzwww.Ine.Gov.Mz**, p. 95, 2019. Disponível em: <www.ine.gov.mz>.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. **SAIBA COMO LAVAR CORRETAMENTE AS MÃOS COM AGUA E CINZA.** Disponível em: <<https://youtu.be/uKTLcHbaXT8>>. Acesso em: 3 out. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. **Vigilância genómica do SARS-CoV-2 em Moçambique - Boletim n 001/20212021.**

IV, J. A.; FREITAG, P.; YANG, D. Combatting COVID-19 in Mozambique : Round 1 Summary Report. p. 1–6, 2020.

JÚNIOR, A.; DULA, J.; MAHUMANE, S.; KOOLE, O.; ENOSSE, S.; FODJO, J. N. S.; COLEBUNDERS, R. Adherence to COVID-19 preventive measures in mozambique: Two consecutive online surveys. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 3, p. 1–9, 2021.

KANNEMEYER, N.; COLVIN, C. J.; HARICHARAN, H. Health committee participation in South Africa during the COVID-19 pandemic: a shifting picture. **South African Health Review**, v. 25, p. 1–8, 2023.

KESALE, A. M.; MWKASANGULA, E.; MUHANGA, M.; MAHONGE, C. Leveraging governance strategies adopted by health facility governing committees in response to COVID-19 outbreak at the local level in Tanzania: A qualitative study. **PLOS Global Public Health**, v. 2, n. 11, p. e0001222, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0001222>>.

KRAUSS, J. E.; ARTUR, L.; BROCKINGTON, D.; CASTRO, E.; FERNANDO, J.; FISHER, J.; KINGMAN, A.; MOISES, H. M.; MLAMBO, A.; NUVUNGA, M.; PRITCHARD, R.; RIBEIRO, N.; RYAN, C. M.; TEMBE, J.; ZIMUDZI, C. ‘To prevent this disease, we have to stay at home, but if we stay at home, we die of hunger’ – Livelihoods, vulnerability and coping with Covid-19 in rural Mozambique. **World Development**, v. 151, p. 105757, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105757>>.

LISBOA, O. **Sector privado moçambicano compra 500 mil vacinas contra covid-19**. Disponível em: <<https://www.rfi.fr/pt/moçambique/20210630-setor-privado-moçambicano-compra-500-mil-vacinas-contracovid-19>>.

LONE, S. A.; AHMAD, A. COVID-19 pandemic—an African perspective. **Emerging Microbes and Infections**, v. 9, n. 1, p. 1300–1308, 2020.

MACEDO, R. M. De. Introdução aos Sistemas Clássicos de Saúde. n. 1942, p. 2007–2009, 2008.

MANJATE, J. L. S.; CHAVANE, F. S.; MARTINS, H. R.; NHANTUMBO, L. L. Knowledge, Attitudes and Practices of Mozambican Public Employees on the Prevention of Covid-19. **Revista Produção e Desenvolvimento**, v. 6, p. 1–9, 2020.

MANUEL, L.; BECHEL, A.; NOORMAHOMED, E. V.; HFLASHWAYO, D. F.; MADUREIRA, M. do C. Ethnobotanical study of plants used by the traditional healers

to treat malaria in Mogovolas district, northern Mozambique. **Heliyon**, v. 6, n. 12, 2020.

MARMOR, T.; WENDT, C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. **Health Policy**, v. 107, n. 1, p. 11–20, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003>>.

MAROTTA, C.; NACAREIA, U.; ESTEVEZ, A. S.; TOGNON, F.; GENNA, G. D.; DE MENEGHI, G.; OCCA, E.; RAMIREZ, L.; LAZZARI, M.; DI GENNARO, F.; PUTOTO, G. Mozambican Adolescents and Youths during the COVID-19 Pandemic: Knowledge and Awareness Gaps in the Provinces of Sofala and Tete. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, v. 9, n. 3, mar. 2021.

MARTÍNEZ-GARCÍA, M.; HERNÁNDEZ-LEMUS, E. Health Systems as Complex Systems. **American Journal of Operations Research**, v. 03, n. 01, p. 113–126, 2013.

METTA, E.; MAHUMANE, S. F.; SITALI, D. C.; NYAMHANGA, T.; MBOERA, L. E. G.; FRUMENCE, G.; RWEYEMAMU, M. Response of the social systems to COVID-19 in Mozambique, Tanzania and Zambia: a synthesis of the challenges and opportunities. **Int J Innov Sci Res Rev**, v. 3, n. 01, p. 625–631, 2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS. RELATÓRIO DE MONITORIA DA EXECUÇÃO FINANCEIRA E FÍSICA DOS FUNDOS ALOCADOS EM RESPOSTA À CRISE DA COVID-19 EM MOÇAMBIQUE (MARÇO DE 2020 A DEZEMBRO DE 2021. n. 0, p. 84, 2022. Disponível em: <<https://www.mef.gov.mz/index.php/publicacoes/covid-19>>.

MISAU. Boletim informativo sobre o COVID-19, 9 de Março. v. 19, p. 4, 2020a. Disponível em: <Www.C3.Com.Pt>.

MISAU. **PLANO NACIONAL DE RESPOSTA A PANDEMIA DO COVID-19 ACTUALIZAÇÃO DE 2021** COVID-19: Planos de Contigência 2021a. Disponível em: <<https://www.misau.gov.mz/index.php/plano-de-contigencia>>.

MISAU, D. N. de S. P. Estratégia Nacional de Resposta Comunitária à COVID-19. p. 70, 2020b.

MISAU, M. da saude. **LANÇADA EM NAMPULA A CAMPANHA DE COMUNICAÇÃO PARA A INTENSIFICAÇÃO DA PREVENÇÃO E ELIMINAÇÃO DO ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO**. Disponível em:

<<https://www.misau.gov.mz/index.php/254-lancada-em-nampula-a-campanha-comunicacao-para-a-intensificacao-daprevencao-e-eliminacao-do-estigma-ediscriminacao>>. Acesso em: 4 maio. 2023c.

MISAU, M. da saúde. **Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019** Maputo-Moçambique. REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE: Direcção de Planificação e Cooperação, 2013.

MISAU, M. da saúde. PLANO NACIONAL De Vacinação Contra a Covid-19. 2021b.

MISAU, M. da saúde. Plano Estratégico do Sector da Saúde. v. 2019, p. 171, 2022a.

MISAU, M. da saúde. Anuario Estatístico Saúde 2021. p. 50, 2022b.

MISAU, M. da saúde. **BOLETIM DIARIO NR 1122 ATUALIZAÇÃO CORONAVÍRUS (COVID-19)**2023.

MITANO, F.; VENTURA, C. A. A.; DE LIMA, M. C. R. A. d'Auria; BALEGAMIRE, J. B.; PALHA, P. F. Direito à saúde: (In) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

MOÇAMBIQUE, G. de. **Informação geral, geografia de Moçambique, história de Moçambique, população, economia.** Disponível em: <<https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Informacao-Geral>>. Acesso em: 3 jul. 2022.

MOCAMBIQUE, P. O. D. R. DE. Boletim da Republica Lei 1/2018. v. m, p. 26–27, 2018.

MOOCK, M.; DE CARVALHO MELLO, P. M. V. COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 1, p. 1, 2020.

NDIMA, S. D.; SIDAT, M.; GIVE, C.; ORMEL, H.; KOK, M. C.; TAEGTMEYER, M. Supervision of community health workers in Mozambique: A qualitative study of factors influencing motivation and programme implementation. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2015.

NEOGI, S. B.; PREETHA, G. S. Assessing Health Systems' Responsiveness in Tackling COVID-19 Pandemic. **Indian Journal of Public Health**, v. 65, p. 280–6, 2021.

NYATANGA, B. COVID-19 pandemic: Changing the way we live and die. **British Journal of Community Nursing**, v. 25, n. 5, p. 254, 2020.

OLIVEIRA, M. C.; CRAVO, T. A. Social Protection and Cash Transfers in Mozambique: Between international consensus and local agency. p. 165–194, 2021.

PAIM, J. S. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. SPEC. ISS., p. 73–78, 2006.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. [s.l: s.n.]172 p.

PLOTKIN, M. K.; WILLIAMS, K. M.; MBINDA, A.; OFICIANO, V. N.; NYAUCHI, B.; WALUGEMBE, P.; KEYES, E.; RAWLINS, B.; MCCARRAHER, D.; CHABIKULI, O. N. Keeping essential reproductive, maternal and child health services available during COVID-19 in Kenya, Mozambique, Uganda and Zimbabwe: analysis of early-pandemic policy guidelines. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1–20, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12851-4>>.

POWELSON, J.; MAGADZIRE, B. P.; DRAIVA, A.; DENNO, D.; IBRAIMO, A.; BENATE, B. B. L.; JAHAR, L. C.; MARRUNE, Z.; CHILUNDO, B.; CHINAI, J. E.; EMERSON, M.; BEIMA-SOFIE, K.; LAWRENCE, E. Determinants of immunisation dropout among children under the age of 2 in Zambézia province, Mozambique: A community-based participatory research study using Photovoice. **BMJ Open**, v. 12, n. 3, p. 1–11, 2022.

PRISTA, A.; DAMASCENO, A.; LAUCHANDE, C.; DACA, T.; TCHAMO, M.; PICARDO, S.; RIBEIRO, E.; DE ABREU, A.; MACICAME, I. COMPLIANCE AND IMPACT OF MOZAMBICAN STATE OF EMERGENCY ON COVID-19 CONTAINMENT MEASURES: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN AN URBAN SETTING. **SOUTH AFRICAN JOURNAL FOR RESEARCH IN SPORT PHYSICAL EDUCATION AND RECREATION**, v. 43, n. 3, p. 31–48, 2021a.

PRISTA, A.; DAMASCENO, A.; LAUCHANDE, C.; DACA, T.; TCHAMO, M.; PICARDO, S.; RIBEIRO, E.; DE ABREU, A.; MACICAME, I. Compliance and Impact of Mozambican State of Emergency on Covid-19 Containment Measures: a Cross-Sectional Study in an Urban Setting. **South African Journal for Research in Sport, Physical Education & Recreation**, v. 43, n. 3, p. 31–48, 2021b. Disponível em:

<<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,shib&db=s3h&AN=154279056&site=ehost-live&scope=site>>.

RASSI, C.; MARTIN, S.; GRAHAM, K.; DE COLA, M. A.; CHRISTIANSEN-JUCHT, C.; SMITH, L. E.; JIVE, E.; PHILLIPS, A. E.; NEWELL, J. N.; MASSANGAIE, M. Knowledge, attitudes and practices with regard to schistosomiasis prevention and control: Two cross-sectional household surveys before and after a community dialogue intervention in nampula province, Mozambique. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 13, n. 2, p. 1–17, 2019.

REGINA, L.; SOUTO, F.; SPERLING, S.; DEBATE, S. E. M.; PESSÔA, L. R.; MIRANDA, A. S. De; EDNA, M.; SILVA, B.; GARCIA, S. D.; LEONARDO, C.; CUNHA, F. *Sistemas universais de saúde*. v. 43, 2019.

REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE. **Decreto Presidencial Nr. 11/95**. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=REPUBLICA+DE+MOÇAMBIQUE.+Decreto+Presidencial+11-95+de+29+de+Dezembro++Cria+o+MISAU.+Define+Objectivos+atribuioese+competencias+do+MISAU.pdf%2C+1995.+&oq=REPUBLICA+DE+MOÇAMBIQUE.+Decreto+Presidencial+11-95+de+29+de+Dezemb>>. Acesso em: 5 maio. 2022.

REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE, M. D. S. BOLETIM DIARIO NR 348 DE 28 DE FEVEREIRO Coronavírus (covid-19). 2021.

REPÚBLICA DE MOÇAMBUQUE, Mi. da S. Relatório Anual de Balanço do sector de Saúde. 2021.

REPUBLICA POPULAR DE MOÇAMBIQUE. **Boletim da Republica I serie nr 521983**.

RICHARDSON, E.; BERDZULI, N. Georgia Health Systems in Transition. **Georgia Health system review**, v. 19, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/374615/hit-georgia-eng.pdf>.

ROMEU DA SILVA. **Moçambique: Sociedade civil na rua contra a Covid-19**. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-002/moçambique-sociedade-civil-na-rua-contra-a-covid-19/a-53108115>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SACK, D. A.; DEBES, A. K.; ATEUDJIEU, J.; BWIRE, G.; ALI, M.; NGWA, M. C.;

MWABA, J.; CHILENGI, R.; ORACH, C. C.; BORU, W.; OTHERS. Contrasting epidemiology of cholera in Bangladesh and Africa. **The Journal of infectious diseases**, v. 224, n. Supplement_7, p. S701--S709, 2021.

SAMUDIO, J. L. P.; BRANT, L. C.; MARTINS, A. C. de F. D. C.; VIEIRA, M. A.; SAMPAIO, C. A. Agentes Comunitários De Saúde Na Atenção Primária No Brasil: Multiplicidade De Atividades E Fragilização Da Formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 745–769, 2017.

SAVINO, A.; DE TITTO, E. The COVID-19 pandemic challenges the future. **Waste Management and Research**, n. 1, p. 1–2, 2020.

SCHWITTERS, A.; LEDERER, P.; ZILVERSMIT, L.; GUDO, P. S.; RAMIRO, I.; CUMBA, L.; MAHAGAJA, E.; JOBARTEH, K. Barriers to health care in Rural Mozambique: A rapid ethnographic assessment of planned mobile health clinics for ART. **Global Health Science and Practice**, v. 3, n. 1, p. 109–116, 2015.

SEVENE, E.; BOENE, H.; VIDLER, M.; VALÁ, A.; MACUACUA, S.; AUGUSTO, O.; FERNANDES, Q.; BIQUE, C.; MACETE, E.; SIDAT, M.; VON DADELSZEN, P.; MUNGUAMBE, K.; PIRES, R.; NHAMIRRE, Z.; CHIAÚ, R.; MATAVELE, A.; TEMBE, A.; MACHAI, L.; PAYNE, B.; DREBIT, S.; KARIYA, C.; MAGEE, L. Feasibility of task-sharing with community health workers for the identification, emergency management and referral of women with pre-eclampsia, in Mozambique. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 1–16, 2021.

SHERR, K.; CUEMBELO, F.; MICHEL, C.; GIMBEL, S.; MICEK, M.; KARIAGANIS, M.; PIO, A.; MANUEL, J. L.; PFEIFFER, J.; GLOYD, S. Strengthening integrated primary health care in Sofala, Mozambique. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. SUPPL.2, p. 1–12, 2013.

STRACHAN, D. L.; KÄLLANDER, K.; NAKIRUNDA, M.; NDIMA, S.; MUIAMBO, A.; HILL, Z.; MEEK, S.; TIBENDERANA, J.; CASTEL-BRANCO, A. C.; KERTHO, E.; STRACHAN, D.; KIRKWOOD, B.; SOREMEKUN, S.; LINGAM, R.; VASSAL, A.; KASTENG, F. Using theory and formative research to design interventions to improve community health worker motivation, retention and performance in Mozambique and Uganda. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 1–13, 2015. Disponível em: <???.>

SUMBANA, J.; PASSANDUCA, A.; RUBINO, S. COVID-19 imported cases and

severity: expected information from genomic characterization of SARS-CoV-2 strains in Mozambique. **JOURNAL OF INFECTION IN DEVELOPING COUNTRIES**, v. 15, n. 12, p. 1792–1800, 2021.

SUMBANA, J.; SACARLAL, J.; RUBINO, S. Air pollution and other risk factors might buffer COVID-19 severity in Mozambique. **JOURNAL OF INFECTION IN DEVELOPING COUNTRIES**, v. 14, n. 9, p. 994–1000, 2020.

UNFPA MOZAMBIQUE. **Resposta a covid-19**. Disponível em: <<https://mozambique.unfpa.org/pt/resposta-covid-19#:~:text=O UNFPA>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

UNICEF. **NOVO LOTE DE VACINAS ASTRAZENECA CHEGA EM MOÇAMBIQUE**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/novo-lote-de-vacinas-contra-covid-19-da-astrazeneca-chega-moçambique>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

UNICEF. **MOÇAMBIQUE RECEBE VACINA JOHNSON & JOHNSON**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/moçambique-recebeu-hoje1209600-doses-de-vacina-johnson-johnson-no-âmbito-da>>.

UNICEF. **lote de vacinas da pfizer iniciativa covax**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/lote-de-vacinas-da-pfizer-contra-covid-19-e-câmaras-ultra-frio-da>>. Acesso em: 1 jun. 2023b.

VON DADELSZEN, P.; BHUTTA, Z. A.; SHARMA, S.; BONE, J.; SINGER, J.; WONG, H.; BELLAD, M. B.; GOUDAR, S. S.; LEE, T.; LI, J.; MALLAPUR, A. A.; MUNGUAMBE, K.; PAYNE, B. A.; QURESHI, R. N.; SACOOR, C.; SEVENE, E.; VIDLER, M.; MAGEE, L. A.; MACETE, E.; BOENE, H.; AMOSE, F.; AUGUSTO, O.; BIQUE, C.; BIZ, A. I.; CHIAÚ, R.; CUTANA, S.; FILIMONE, P.; GONÇÁLVES, E.; MACAMO, M.; MACUACUA, S.; MACULUVE, S.; MANDLATE, E.; MATAVELE, A.; MOCUMBI, S.; MULUNGO, D.; NHAMIRRE, Z.; NHANCOLO, A.; NKUMBULA, C.; NOBELA, V.; PIRES, R.; TCHAVANA, C.; VALA, A.; VILANCULO, F.; SHEIKH, S.; HOODBHOY, Z.; AHMED, I.; HUSSAIN, A.; MEMON, J.; RAZA, F.; KATAGERI, G. M.; CHARANTIMATH, U. S.; BANNALE, S. G.; CHOUGALA, K. S.; DHAMANEKAR, V. B.; HONNUNGAR, N. V.; JOSHI, A.

M.; KAMBLE, N. A.; KARADIGUDDI, C. C.; KAVI, A. J.; KENGAPUR, G. S.; KODKANY, B. S.; KUDACHI, U. S.; MASTIHOLI, S. S.; MUNGARWADI, G. I.; RAMDURG, U. Y.; REVANKAR, A. P.; DREBIT, S. K.; DUNSMUIR, D. T.; KARIYA, C.; LUI, M.; SAWCHUCK, D.; TU, D. K.; UKAH, U. V.; WOO KINSHELLA, M. L.; ANSERMINO, J. M.; BETRÁN, A. P.; DERMAN, R.; DHARAMSI, S.; DONNAY, F.; DUMONT, G.; ENGELBRECHT, S. M.; FILLIPI, V.; FIROZ, T.; GROBMAN, W.; KNIGHT, M.; LANGER, A.; LEWIN, S.; LEWIS, G.; MITTON, C.; SCHUURMAN, N.; SHENNAN, A.; THORNTON, J.; ADETORO, O.; SOTUNSA, J. O. The Community-Level Interventions for Pre-eclampsia (CLIP) cluster randomised trials in Mozambique, Pakistan, and India: an individual participant-level meta-analysis. **The Lancet**, v. 396, n. 10250, p. 553–563, 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAF, K. The integrative review: updated methodology. **METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH**, v. 9, n. 1 SUPPL, p. 11–21, 2005.

4 ANEXOS

4.1 Anexo 1: MATRIZ DO ESTUDO DE CASO



Projeto análise comparada de sistemas de saúde e a resposta a COVID-19 MATRIZ PARA ESTUDO DE CASO

Resumo

- I. Identificação do país e indicadores demográficos**
- II. Indicadores selecionados de saúde**
- III. Características do Estado/Governo**
- IV. Sistema de Saúde**
 1. Modelo adotado
 2. Organização
 3. Infraestrutura
 4. Arranjos institucionais e organizacionais dos serviços de saúde
 - 4.1 Modelo de atenção/Modelo de organização dos serviços
 - 4.2 Modelo adotado na vigilância, prevenção e controle de doenças
 5. Financiamento
- V. Respostas à epidemia de Covid19**
 1. Coordenação e direção da resposta
 2. Medidas de resposta à Covid19 adotadas
 - 2.1. Estratégias de Comunicação de Risco/ Estratégia de medidas educativas para população
 - 2.2. Medidas de vigilância, prevenção e controle de riscos e danos adotadas
 - 2.2.1. Níveis de alerta acionados adequados e conforme recomendação OMS?
 - 2.2.2. Distanciamento social

- 2.2.3. Estratégia de Testagem
- 2.2.4. Medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras)
- 2.3. Atenção aos casos
- 2.4. Políticas compensatórias (Fiscais, monetárias, socioeconômicas e/ou de proteção social, para populações em situação de vulnerabilidade)
- 2.5. Outras medidas adotadas

3. Relação entre recursos antes e depois das medidas adotadas

VI. Evolução da epidemia no país

VII. Estratégias de flexibilização – critérios de abertura

I- Identificação do país e indicadores demográficos

- Localização geográfica (Continente)
- População total
- Distribuição percentual da população por faixa etária (padronizar faixas etárias: de 10 em 10 anos até 80 e +)
- Urbanização (%)
- Densidade demográfica (Hab/m²)
 - Indicadores sócio econômicos:
 - ✓ Índice de Gini
 - ✓ Taxa de alfabetização por adulto
 - ✓ Taxa de desemprego
 - ✓ PIB per capita nos últimos 5 anos

II – Indicadores selecionados de saúde

- Esperança de vida ao nascer (em ambos os sexos)
- Taxa de mortalidade infantil
- Principais causas de morte
- Principais causas de adoecimento

III- Características do Estado/Governo (Esping-andersen)

- Capitalista do tipo Social-democrata
- Capitalista do tipo anglo-saxão
- Capitalista do tipo da Europa Continental
- Capitalismo de Estado (China)
- Socialista

Formas de governo: Usar a autodefinição dos países e a caracterização de um cientista social que tenha analisado o país.

Monarquia, República

Sistemas de governo: Usar a autodefinição dos países e a caracterização de um cientista social que tenha analisado o país.

Presidencialismo, parlamentarismo, semipresidencialismo

Regimes de governo: Usar a autodefinição dos países e a caracterização de um cientista social que tenha analisado o país.

Democracia, autocracia, totalitarismo, autoritarismo

Socialismo, capitalismo, social-democracia

Sistema de Proteção Social: descrição das características do caso para posterior classificação.

Seguridade social, Seguro Social, Assistência Social) – observar como os autores caracterizam em relação com o sistema de saúde.

Políticas sociais pré-existent

- a. Seguro-desemprego
- b. Renda mínima
- c. Cuidados com idosos
- d. Cuidados com crianças
- e. Política proativa para emprego

IV - Sistema de Saúde

1. **Modelo adotado** – Beveridgiano, Bismarkiano, residual/orientado pelo mercado e outros

Características do Sistema de Saúde. Vamos usar a tipologia da OECD que é mais simples. Caso o país não se encaixe recorreremos aos 8 tipos de Marmor e Wendt.

- f. A national health service model with universal coverage, tax funding, and public ownership of healthcare provision (e.g., Sweden, Great Britain);
- g. A social insurance model with universal coverage, social insurance financing, and public or private ownership of facilities for provision (e.g., Germany);
- h. A private insurance model with private coverage, financing, and ownership of provision (e.g., the United States) [45]. (OECD. Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries. Paris: OECD; 1987.)

obs.: A tipologia da OECD é ponto de partida para a avaliação. Pode funcionar como tipo ideal. Caso o país estudado não se aproxime de nenhum desses tipos, uma breve descrição do funcionamento do sistema de bem estar social será necessária para uma classificação a posteriori.

2. Espaço das instituições

- ✓ Descrever as principais instituições que organizam e decidem as políticas e ações de saúde e sua estrutura organizacional.

3. Infraestrutura

3.1. Capacidade instalada/ física (**início de 2020**)

3.1.1. Atenção hospitalar

- ✓ Número de leitos gerais/1000 hab
- ✓ Número de leitos em UTI/1000 hab
- ✓ Número de respiradores e ventiladores /1000 hab (teste)

3.1.2. Atenção primária

- ✓ Cobertura
- ✓ População atendida por equipe de APS

3.2. Força de Trabalho

- ✓ Médicos/1000 hab
- ✓ Enfermeiros/1000 hab (enfermeiros, TE, AE, ACS-alguns países)*

3.3. Produção de insumos e Serviços de Apoio

- ✓ Capacidade local de produção de insumos (Produção de medicamentos, EPI, insumos laboratoriais)
- ✓ Laboratórios e demais serviços de apoio a diagnóstico (descrever se o serviço é público, privado, etc)

4. Arranjos institucionais e organizacionais dos serviços de saúde

4.1. Modelo de atenção / organização dos serviços

- Cobertura populacional (público, seguro público, seguro privado, desembolso direto, outros)
- Em que consiste a APS / quais ações / Composição da equipe
- Articulação público x privado

4.2. Modelo adotado na vigilância, prevenção e controle de doenças

- ✓ Descrição das instâncias responsáveis pela vigilância, prevenção e controle de doenças em diversos níveis do governo (Ex: presença ou não de CDC, presença de trabalhadores especializados com formação em epidemiologia de campo; trabalhadores permanentes ou temporários treinados para enfrentamentos de epidemias)
- ✓ Destacar como se faz o uso da informação para tomada de decisão bem como se dá a rotina de alimentar os dados (sistemas de informação disponíveis)
- ✓ Atuação em outras emergências sanitárias

5. Financiamento

- gastos per capita em saúde
- gastos público/privado em saúde
- % Receitas Correntes Brutas voltado à saúde (orçamento público)
- % PIB (investido em saúde)

V- Respostas à epidemia de Covid19

1. Coordenação e direção da resposta

- Qual a estrutura de coordenação e seus componentes?
- Havia um plano prévio de contingenciamento (*Preparedness program*)?
- Adequação do plano de contingência às recomendações da OMS (?)
- Treinamento dos profissionais e disponibilização de EPI

2. **Medidas de resposta à Covid19 adotadas** (registrar a data de ocorrência do primeiro caso e dias decorridos até o caso número 100; a data das primeiras medidas e apresentar as demais conforme linha de tempo)

2.1. Estratégias de Comunicação de Risco/ Estratégia de medidas educativas para população

2.2. Medidas de vigilância, prevenção e controle de riscos e danos adotadas

2.2.1. Níveis de alerta acionados adequados e conforme recomendação OMS?

- ✓ Destacar como se deu o uso da informação para tomada de decisão – Foram criados novos sistemas de informação ou utilizados os existentes?

2.2.2. Distanciamento social (Descrever como foi feito)

2.2.3. Estratégia de Testagem

- ✓ Como eram realizados os testes? - descrever locais/Centros de Testagem, quem aplicava, comunicação dos resultados, suporte laboratorial)

- Testes/ milhão de habitantes
- Teste/caso confirmado

- ✓ Quais medidas adotadas após aplicação dos testes e como eram realizadas?

- Investigação epidemiológica de casos e surtos
- Rastreamento de contatos
- Isolamento de casos e quarentena de contatos (indicar se era de forma obrigatória ou voluntária)
- Destacar aspecto tecnológico incorporado (canais para relatar casos suspeitos, linhas direta de telefone, SMS, e-mail, websites, rastreamento do deslocamento por celular, etc)

2.2.4. Medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras)

2.2.5 Vigilância Genômica: descrever se o país realiza a vigilância, como ocorre e com quais critérios.

2.3. Atenção aos casos

2.3.1. Criação de serviços provisórios (Descrever os serviços: hospitais de campanha, abrigos para isolamento social)

2.3.2. Funcionamento da rede permanente e sua articulação com as estruturas provisórias (explicitar a dinâmica público x privado; APS x hospitalar)

2.3.3. Plano para uso dos hospitais/regulação

2.4 Políticas compensatórias/ emergenciais (Fiscais, monetárias, socioeconômicas e/ou de proteção social, para populações em situação de vulnerabilidade)

- Valor de auxílio emergencial por referência ao salário mínimo vigente (ex. no Brasil, foi de ½ salário mínimo durante 6 meses e depois ...)
- Valor do auxílio emergencial em dólar, especificando número absoluto dos contemplados e percentual de cobertura em relação à população total e elegíveis.

2.5. Outras medidas adotadas

2. **Relação entre recursos antes e depois das medidas adotadas** (esta informação deve ser buscada nos artigos revisados ou nos sites. Caso não exista vamos ajustando a matriz)

- ✓ Diferença entre o número de leitos gerais antes e depois da resposta
- ✓ Diferença entre o número de leitos de UTI antes e depois da resposta
- ✓ Diferença entre o número de respiradores antes e depois da resposta
- ✓ Suficiência dos EPIS
- ✓ Percentual máximo de camas ocupadas em Medicina Intensiva por doentes Covid-19 (registra o número de leitos de UTI ao longo da pandemia, relacionado com a ampliação de estruturas emergenciais; observar se houve colapso nos momentos de pico da epidemia).

3. **Vacinação**

- ✓ Plano de vacinação adotado no país
- ✓ Data da primeira vacina
- ✓ Outros

VI- **Evolução da epidemia no país** (fase inicial x segundo pique/onda ou recrudescimento)

- ✓ Indicadores epidemiológicos;
- ✓ Evolução da curva (dias para reduzir casos e óbitos);
- ✓ Rt (momento em que o Rt ficou abaixo de 1 de forma continuada);
- ✓ Taxa de mortalidade, taxa de contaminação e número total de óbitos;

- ✓ Taxa de ocupação dos leitos de UTI e de leitos;
- ✓ Taxa de recuperação da COVID;
- ✓ Dias sem ocorrência de casos;
- ✓ *Dados de mobilidade*;
- ✓ *Nova variante*
- ✓ Grau de confiança na liderança (descrever estudos que tragam o grau mínimo de confiança nos agentes responsáveis pela condução da resposta à pandemia, nas instituições do sistema de saúde e nas lideranças governamentais)

VII- Estratégias de flexibilização

- ✓ Critérios de abertura

4.2 Anexo 2: Mapa de Moçambique e seus limites



(CARMO, 2015)

5 APÊNDICES

Quadro 1. Estratégia de busca

BASE	DESCRITORES	Nº de artigos encontrados	TOTAL	Total duplicados	Total pós inclusão/exclusão			
Google acadêmico	Response AND COVID-19 AND Mozambique	989	1350	280				
	Preparedness AND COVID-19 AND Mozambique	257						
Pubmed	Response AND COVID-19 AND Mozambique ((RESPONSE) AND (COVID-19)) AND (MOZAMBIQUE)	9						
	Preparedness AND COVID-19 AND Mozambique	4						
Scopus	Response AND COVID-19 AND Mozambique	19						
	Preparedness AND COVID-19 AND Mozambique	4						
Web of Science	Response AND COVID-19 Mozambique	55						
	Preparedness AND COVID-19 AND Mozambique	13						
TOTAL		1350						19

Fonte: Elaboração própria da autora.

Quadro 2 Autor, ano e periódico de publicação; e principais contribuições dos artigos selecionados e usados para o capítulo do livro

Autor	Data (ano/mês)	Periódico	Contribuições
Marya K. Plotkin, Katie M. Williams, Absolom Mbinda, Vivaldo Nunes Oficiano: Manter serviços essenciais de saúde reprodutiva, materna e infantil disponíveis durante a Covid-19 no Quênia, Moçambique, Uganda e Zimbabué: análise das orientações políticas para a precocidade da pandemia	2022	BMC Public Health	Organização da oferta dos serviços de saúde: a pandemia afetou a oferta de serviços essenciais de saúde, com destaque à saúde reprodutiva, materna e infantil, nos países de baixa e média renda, inclusive Moçambique depois da formulação das políticas as mulheres grávidas com queixas menores deviam ligar ao provedor ao invés de se deslocar a unidade de saúde, e os anticoncepcionais eram fornecidos para três meses em novos usuários e para seis meses nas consultas subsequentes
Judith E. Krauss, Luis Artur, Dan rockington, Eduardo Castro Jr, Jone Fernando Jr: Para prevenir esta doença, temos de ficar em casa, mas se ficarmos em casa, morremos de fome" Meios de vida, vulnerabilidade e enfrentar a Covid-19 nas zonas rurais de Moçambique	2021	World Development (ScienceDirect)	Foram tomadas medidas não farmacológicas para evitar a propagação do novo coronavírus como o caso de distanciamento social em todos os locais públicos, restrições de cultos religiosos, redução de passageiros em transportes e o fechamento de fronteiras, sobre os meios de subsistência os dados são empíricos, porém os entrevistados mostraram se inseguros nos seus rendimentos
Lilia Bliznashka, Marilyn N Ahun, Daan Velthausz, Rotafina Donco: Efeitos da Covid-19 na utilização dos serviços de saúde infantil e oferta nas zonas rurais de Moçambique: um estudo qualitativo	2022	Health Policy and Planning	Perturbações relacionadas com a pandemia nos serviços de saúde nas zonas rurais: a falta de comunicação e redução nos horários de atendimento pelas entidades de saúde no início da pandemia ocasionou pouca aderência das consultas infantis e a população sentiu um aumento da insegurança alimentar e redução dos meios de rendimentos e subsistência
José Luís Sousa Manjate; Félix Salvador Chavane,(2020): Conhecimentos, atitudes e práticas dos funcionários públicos de Moçambique em relação à prevenção da Covid-19	2020	Research in Production and Development	Com o surgimento da pandemia os funcionários públicos deviam estar dotados de conhecimentos e medidas para o enfrentamento da Covid-19, e estas medidas foram transmitidas por meio de cartazes, televisão, rádio, e redes sociais e dessa forma a informação ficou acessível para todos os servidores públicos, mas existe uma necessidade de educação sobre a doença pois alguns têm dificuldades de pôr em prática estes conhecimentos
Jefflane, Arianna Rubin Means, Kevin Bardosh, Anna Shapoval: Investigação acesso aberto comparando o distanciamento físico Covid-19 políticas: resultados de um distanciamento físico quadro de codificação de intensidade para o Botswana, Índia, Jamaica, Moçambique, Namíbia, Ucrânia, e os Estados Unidos	2021	Globalization and Health	Deve haver um acompanhamento contínuo das abordagens das políticas para adoção de medidas de prevenção, especialmente Moçambique adotou medidas de distanciamento físico, fechamento de escolas entre outras

James Allen, Patricia Freitag Faustino Lessitala: Combate à Covid-19 em Moçambique: Relatório de síntese da primeira ronda	2020	China center for economic research	Dificuldades na percepção sobre o novo coronavírus, população em zonas rurais mostrou-se relutante, com um conhecimento desigual da pandemia em relação a gravidade da situação assim como para aderir às medidas preventivas, e também impactos negativos na renda o que criou uma insegurança alimentar
Emmy Metta, Sérgio F Mahumane2, Doreen Chilolo Sitali: Resposta dos sistemas sociais à Covid-19 em Moçambique, Tanzânia e Zâmbia: Uma síntese dos desafios e oportunidades	2021	International Journal of Innovation Scientific Research and Review	Fraca implementação de sistema de seguro social em Moçambique impactou negativamente na vida da população para o cumprimento das medidas implementadas para o enfrentamento da pandemia principalmente, com as restrições para práticas de atividades informais para ganho de rendimento das famílias
Yolanda Chongo, Jennifer Wheeler, Sergio Chicumbe, Marcos Chissano: Determinantes da aceitabilidade da vacina Covid-19 em moçambique: o papel da confiança institucional	2022	medRxiv	Para uma maior aceitabilidade da vacina é necessário que haja uma boa ou aceitável comunicação sanitária e construção de uma relação de confiança e um ambiente proativo entre o público e as instituições públicas para uma maior sensibilização. O baixo nível de confiança da população as instituições governamentais levaram a situações de receio na maioria da população para adesão à vacinação. Profissionais de saúde foram flexíveis comparados aos outros.
António Júnior, Janeth Dula , Sérgio Mahumane (2021)Adesão às Medidas Preventivas da Covid-19 em Moçambique: Dois inquéritos consecutivos online	2021	International journal of environmental research and public health	Foram tomadas medidas preventivas para prevenção da pandemia como é o caso de uso de máscaras lavagem das mãos e etiqueta da tosse, os inquéritos o maior número de respondentes é da zona urbana seguida da sub-urbana e rural
Antonio Prista, Albertino Damasceno, Carlos Lauchande: Conformidade e impacto do estado de emergência moçambicano nas medidas de contenção da Covid-19: um estudo transversal num contexto urbano	2021	South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation,	A população tinha informações sobre a pandemia, mas enfrentaram grandes dificuldades na adoção de medidas preventivas como o caso do distanciamento social devido a saídas frequentes e a prática de negócio informal, e houve muita redução de renda, perda de clientes e emprego
Rosario Betho Marcia Chelengo Sam Jones Michael Keller: O impacto macroeconómico da Covid-19 em Moçambique: Uma abordagem de matriz de contabilidade social	2021	Journal of international development	Grande perda de emprego durante a pandemia devido a fraca procura dos serviços, agravou-se a situação de desemprego devido a necessidade de fechamento de algumas atividades laborais no comércio e na mineração
Barletta, Giulia et al (2021) O impacto da Covid-19 na pobreza de consumo em Moçambique	2021	The United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER), Helsinki,	Em Moçambique a pobreza vem aumentando desde 2015, com o surgimento da pandemia o artigo aponta perdas diretas de salários, devido ao fechamento de empresas, houve diminuição do consumo e aumento da pobreza, em especial em zonas rurais, sendo observado aumento da taxa de níveis de pobreza. Estima-se que o consumo diminuiu entre 7,1 e 14,4 por cento e que a pobreza aumentou entre 4,3 e 9,9 pontos percentuais em 2020, equivalente a 2 milhões de pessoas que caíram na pobreza em menos de 1 ano

José Sumbana, Alfeu Passanduca, Salvatore Rubino(2021) Covid-19 casos importados e severidade: informação esperada da caracterização genómica das estirpes da SRA-CoV-2 em Moçambique	2021	The journal of infection in developing countries	Casos importados em outros países com destaque a África do Sul e países europeus potencializaram o surgimento da pandemia e de novas variantes em Moçambique dando um agravamento no quadro epidemiológico.
Paulo Henrique das Neves Martins Pires, Cynthia Macaringue, Ahmed Abdirazak impacto da pandemia de Covid-19 na maternidade e acesso aos serviços de saúde infantil em Nampula, Moçambique: um método misto Investigação	2021	BMC Health Services Research	As restrições do governo ao acesso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva tiveram efeitos negativos no acesso aos serviços de saúde reprodutiva materno e infantil, houve uma diminuição das equipas em serviço, pacientes enfrentaram barreiras para aceder os serviços de planeamento familiar, redução das consultas pré-natais, aumento de partos caseiros, diminuição de cirurgias eletivas
Langan Denhard, Parisa Kaviany, Sérgio Chicumbe, Cláudio Muianga, Guitunga Laisse, Kyle Aune Como Moçambique está preparado para tratar Pacientes da Covid-19? Uma nova abordagem para estimar a disponibilidade do serviço de oxigénio, capacidade de tratamento de oxigénio, e população acesso a instalações de tratamento preparadas para oxigénio	2021	International Journal for Equity in Health	Resposta para o atendimento aos pacientes com Covid-19 e disponibilidade de equipamento: défices e disparidades entre as províncias. Disparidade para o acesso de instalações de saúde com disponibilidade de oxigénio para pacientes Covid-19
José Sumbana, Jahit Sacarlal, Salvatore Rubino A poluição atmosférica e outros factores de risco podem amortecer a gravidade da Covid-19 em Moçambique	2020	The journal of infection in developing countries	As características ambientais e populacionais têm vindo a influenciar na propagação de doenças não transmissíveis, no entanto, para Moçambique as doenças não transmissíveis podem desempenhar um papel importante na gravidade da doença, não se esquecendo da má nutrição que é predominante no país.
Claudia Marotta , Ussene Nacareia , Alba Sardon Estevez , Francesca Tognon, Giselle Daiana Genna: Adolescentes e Jovens Moçambicanos durante a Covid-19 Pandemia: Lacunas de Conhecimento e Sensibilização nas Províncias de Sofala e Tete	2021	Healthcare	Existe uma necessidade urgente de se reforçar sobre as medidas preventivas da Covid-19 principalmente em jovens e adolescentes, e uma necessidade de as políticas públicas reduzirem desinformações e mal-entendidos sobre a pandemia.
Judite Monteiro Braga, Auria Ribeiro Banze, Liliana Dengo Baloi: Investigação e rastreio dos primeiros casos de COVID-19 em Moçambique, 2020	2022	Pan African Medical Journal	Depois da identificação do primeiro caso houve rastreio massivo de contactos e testagem dos casos, de indivíduos vindo de viagens em países cujos eram endémicos
Mitra Feldman, Vera Lacey Krylova, Poppy Farrow, Laura Donovan: Conhecimento do trabalhador comunitário da saúde, atitudes e práticas em relação à Covid-19: Aprendizagem a partir de um corte	2021	Plos one	Um estudo feito para avaliar o nível de conhecimento dos APS em matéria de prevenção da pandemia verificou-se um baixo nível de desempenho sobre os sintomas vias de transmissão da pandemia.

transversal em linha inquérito utilizando uma plataforma de saúde digital, UpSCALE, em Moçambique			
---	--	--	--

Fonte: Elaboração própria da autora.

Quadro 3 Documentos usados para o capítulo do livro

Item	Nome do documento	Conteúdo
1	Decreto 11/95 de 29 de dezembro	Cria o atual sistema nacional de saúde, e atribui competências ao MISAU com seus objetivos e funções
2	Resultados definitivos Censo 2017. IV Recenseamento Geral da População e Habitação de Moçambique	Apresenta as generalidades sobre a população em Moçambique, suas características, habitação, posse de bens e acesso às tecnologias de informação
3	Lei 1/2018 de 12 de junho	Trata da revisão da Constituição da República, onde define o país como um Estado unitário, com princípios de descentralização.
4	Plano Estratégico do setor da Saúde 2014-2019	É o terceiro plano estratégico para o setor da saúde em Moçambique, com extensão para 2023; faz uma descrição sobre as agendas e reformas para o setor da saúde, os principais programas de saúde desenvolvidos no país, seus desafios, o perfil e o estado de saúde da população de Moçambique, os seus componentes, financiamento, gestão, governação e os recursos.
5	Anuário Estatístico de Saúde 2021	Apresenta o relatório dos dados sócio demográficos, dos recursos, rede sanitária, serviços prestados por província, e a taxa de cobertura dos principais programas.
6	Resolução nº 20/2020 de 25 de março	É criada a comissão técnico-científica para a prevenção e resposta à pandemia, composta por 13 membros incluindo o ministro da saúde com deveres de desenvolver estratégias de prevenção, comunicação social e resposta a nível nacional, provincial e distrital
7	Plano Nacional de Preparação e resposta à pandemia de Covid-19-2020	O plano foi elaborado antes do registo de casos no país, mas já existiam casos na região da África Austral. Elaborou-se para manter o SNS em alerta tendo em conta o reconhecimento da declaração de emergência de saúde pública, o plano previa quatro fases, (pré epidêmica, epidêmica, intra-epidêmica e pós epidêmica) e define as ações específicas para cada fase.
8	Plano Nacional de Resposta à pandemia de Covid-19 Atualização 2021	Fala das lacunas do ano anterior, dos fundos da teoria de mudança e objetivos a seguir na resposta à Covid-19 no ano 2021; das necessidades financeiras entre outras
9	Boletim epidemiológico sobre Covid-19	Fala da situação da pandemia a nível global, continental e local; e alerta sobre as precauções a serem tomadas.
10	Lei nº 1/2020 Declaração de Estado de Emergência	O estado de emergência foi declarado em todo território nacional por razões de calamidade pública; com restrições à realização de eventos públicos, encerramento parcial das fronteiras e introdução da rotatividade laboral.

11	Decreto 79/2020	No mês de setembro declarou-se a situação de calamidade pública no país devido ao aumento do número de casos com objetivo de garantir um melhor equilíbrio na estratégia de prevenção da Covid-19 e a necessidade de um regresso gradual à normalidade.
12	Covid-19 em Moçambique relatório do 1º ano	Fala da evolução da pandemia desde o início até 31 de março de 2021, faz menção da evolução cronológica da pandemia, incluindo as duas variantes Beta e Delta, que acometeram o país nesse período.
13	Plano Nacional de Vacinação	Descreve sobre os métodos de aquisição da vacina, sua chegada, a distribuição e administração segundo o protocolo dos grupos prioritários; e, monitoria de segurança dos eventos adversos após a vacinação.
14	Decreto 8/2021 de 8 de março	Define critérios de vacinação a serem implementadas a nível nacional obedecendo princípios de justiça, transparência, bem-estar, equidade e reciprocidade; e, critérios de quantidade vacinal disponível, grupos de profissionais de risco, perfil epidemiológico e pessoas vulneráveis

Fonte: Elaboração própria da autora.

Quadro 7: artigos usados para a escrita do produto 2

AUTOR	ANO	TÍTULO	OBJETIVO	PERÍODO	CONTRIBUIÇÕES
Leonardo Manuel, Aurelio Bechel, Emília Virgínia Noormahomed, Delfina Fernandes Hlashwayo, Maria do Ceu Madureira	2020	Estudo etnobotânico das plantas usadas pelos curandeiros tradicionais para tratar a malária no distrito de Mogovolas, norte de Moçambique	Relatar os resultados de uma pesquisa etnobotânica realizada no distrito de	Heliyon	Devido ao baixo nível de desenvolvimento socioeconômico, à insuficiência de instalações de saúde e à crença de que as doenças são causadas por espíritos malignos, a população local criou uma forte dependência dos curandeiros tradicionais, e esses praticantes da medicina tradicional desempenham um

			Mogovolas, região norte de Moçambique		papel importante na atenção primária à saúde da população, usando plantas medicinais para tratar doenças.
Peter von Dadelszen, Zulfiqar A Bhutta, Sumedha Sharma, Jeffrey Bone, Joel Singer, Hubert Wong, Mrutyunjaya B Bellad, Shivaprasad S Goudar, Tang Lee, Jing Li, Ashalata A Mallapur, Khátia Mungumbe, Beth A Payne, Rahat N Qureshi, Charfudin Sacoor, Esperança Sevene, Marianne Vidler, Laura A Magee, and the CLIP Trials Working Group	2020	Os ensaios clínicos randomizados em grupo Community-Level Interventions for Pre-eclampsia (CLIP) em Moçambique, Paquistão e Índia: uma meta-análise em nível de participante individual	Reduzir os resultados adversos de todas as causas com intervenções a nível comunitário dirigidas a mulheres com hipertensão durante a gravidez em três países de baixo rendimento.	CrossMark	Os agentes comunitários respondem às condições emergenciais de saúde da população em países de baixa renda, realizando visitas guiadas para mulheres grávidas, oferecendo, assim, cuidados básicos em suas comunidades.
Amea Schwitters, Philip Lederer, Leah Zilversmit, Paula Samo Gudo, Isaias Ramiro, Luisa Cumba, Epifanio Mahagaja, Kebba Jobarteh	2015	Barreiras aos cuidados de saúde nas zonas rurais de Moçambique: uma avaliação etnográfica rápida de clínicas de saúde móveis planeadas para TARV	Compreender as barreiras ao acesso aos serviços de atendimento e o tratamento do HIV e a aceitabilidade e o uso potencial das clínicas de saúde móveis como meio alternativo de prestação de serviços	Global Health: Science and Practice	Em geral, a população moçambicana usa tanto o sistema de saúde tradicional quanto o nacional, sendo que a escolha depende do tipo de doença, do acesso aos serviços, da confiança no tratamento e das práticas culturais locais. Os líderes comunitários têm sido informantes importantes ao mencionar os problemas que afligem a comunidade, além de servirem como um elo entre a comunidade, os gerentes, os pesquisadores e a população e vice-versa.

<p>Kenneth Sherr, Fatima Cuembelo, Cathy Michel, Sarah Gimbel, Mark Micek, Marina Kariaganis, Alusio Pio, João Luis Manuel, James Pfeiffer, Stephen Gloyd</p>	<p>201 3</p>	<p>Fortalecimento da atenção primária à saúde integrada em Sofala, Moçambique</p>	<p>Melhorar a qualidade dos dados de rotina e desenvolver ferramentas adequadas para facilitar a tomada de decisões pelos gerentes provinciais e distritais. Fortalecer a gestão e o planejamento o dos sistemas de saúde integrados em Sofala nos níveis distrital e provincial</p>	<p>BMC Health Services Research</p>	<p>Em nível nacional, o Ministério da Saúde define a política de saúde do país e gerencia os programas de saúde e os serviços de apoio operacional, incluindo a aquisição e a distribuição de medicamentos e suprimentos médicos para o nível provincial. Cada uma das 11 províncias de Moçambique tem sua própria diretoria de saúde, que também desempenha funções de gerenciamento operacional e programático e representa uma unidade organizacional fundamental por meio da qual os serviços de atenção primária à saúde são gerenciados, coordenados e ampliados. Cada direção distrital de saúde tem uma equipe de gestão composta por um diretor distrital, um diretor médico, um farmacêutico, um estatístico e um administrador, que são responsáveis por fornecer suporte e gerenciar as unidades de saúde que, por sua vez, prestam serviços de atenção primária à saúde.</p>
<p>Carolyn M. Audet, Meridith Blevins, Troy D. Moon, Mohsin Sidat, Bryan E. Shepherd, Paulo Pires, Alfredo Vergara, and Sten H. Vermund</p>	<p>201 2</p>	<p>Atitudes e práticas relacionadas ao HIV/AIDS entre curandeiros tradicionais na província de Zambézia, Moçambique</p>	<p>Documentar o conhecimento sobre o HIV, as práticas de tratamento e a disposição dos curandeiros tradicionais de se envolverem com o sistema de saúde na</p>	<p>THE JOURN AL OF ALTERN ATIVE AND COMPLE MENTA RY MEDICI NE</p>	<p>Em comparação com os médicos, os praticantes da medicina tradicional geralmente ocupam posições de autoridade nas comunidades porque se acredita que eles são capazes de diagnosticar doenças resultantes de fontes como transgressões sociais, espíritos, maldições e bruxaria. Este estudo constatou que as práticas tradicionais provavelmente aumentam o risco de HIV para pessoas infectadas e não infectadas por meio do atraso no encaminhamento para atendimento e da reutilização de lâminas de barbear. A demora no encaminhamento se deve ao fato de que eles atribuíam a patogênese do HIV e de outras doenças a etiologias espirituais em vez de infecciosas e, por sua vez, se dedicavam e acreditavam que</p>

			província de Zambézia, Moçambique e.		estavam trabalhando para curar a fonte da doença, não apenas os sintomas.
Brynne Gilmore, Rawlance Ndejjo, Adalbert Tchetchia, Vergil de Claro, Elizabeth Mago, Alpha A Diallo, Claudia Lopes, Sanghita Bhattacharyya	2020	Envolvimento da comunidade na prevenção e no controle da COVID-19: uma rápida síntese de evidências	Identificar como as abordagens de envolvimento da comunidade foram usadas em epidemias anteriores pode apoiar uma implementação mais robusta na resposta à COVID-19.	BMJ Global Health	Em relação à Covid-19, o envolvimento da comunidade na saúde é fundamental para alcançar a atenção primária à saúde e promover serviços centrados nas pessoas. As medidas recomendadas pela OMS para prevenir e controlar a Covid-19, como o distanciamento físico-social, a identificação de casos e o rastreamento de contatos, dependem da colaboração da comunidade para serem cumpridas.
Jocelyn Powelson, Bvudzai Priscilla Magadzire, Abel Raiva, Donna Denno, Abdul Ibraimo, Bonifácia Beleza Lucas Benate, Lídia Carlos Jahar, Zélia Marrune, Baltazar Chilundo, Jalilo Ernesto Chinai, Michelle Emerson, Kristin Beima-Sofie, Emily Lawrence	2022	Determinantes do abandono da imunização entre crianças com menos de 2 anos de idade na Província da Zambézia, Moçambique: um estudo de pesquisa participativa com base na comunidade usando Photovoice	Descrever as experiências de imunização dos cuidadores e identificar os determinantes da desistência da vacina.	BMJ Open	O envolvimento de líderes comunitários, líderes religiosos e agentes comunitários de saúde nas estratégias de comunicação pode melhorar a adesão à vacinação.
Christian Rassi, Sandrine Martin, Kirstie Graham, Monica Anna de Cola,	2019	Conhecimento, atitudes e práticas com relação à prevenção e ao controle da esquistossomose: Duas pesquisas domiciliares transversais antes e depois	Avaliar o impacto sobre o conhecimento, as atitudes e as	PLoS Neglected Tropical Disease	É importante o diálogo comunitário para a prevenção e a não discriminação de patologias que afetam as populações na comunidade.

Celine Christiansen-Jucht, Lauren E. Smith, Ercílio Jive, Anna E. Phillips, James N. Newell, Marília Massangaie		de uma intervenção de Diálogo Comunitário na província de Nampula, Moçambique.	práticas relacionadas à esquistossomose na população		
Carolyn M. Audet, José Salato, Meredith Blevins, David Amsalem, Sten H. Vermund, Felisbela Gaspar	2013	A intervenção educacional aumentou o número de encaminhamentos para cuidados alopatóicos por parte de curandeiros tradicionais em três distritos rurais com alta prevalência de HIV em Moçambique	Avaliação das taxas de encaminhamento de curandeiros e do conhecimento sobre o HIV em três distritos rurais na província de Zambézia.	PLOS one	Os curandeiros tradicionais desempenham um papel importante no encaminhamento das pessoas aos centros de saúde. As pessoas procuram os curandeiros tradicionais devido à aceitação social, à percepção da origem da doença, à confiança no tratamento do curandeiro (e/ou à falta de confiança no centro de saúde), ao fácil acesso, ao baixo custo e à percepção da adequação da explicação do curandeiro sobre a doença.
Celso Give, Sozinho Ndima, Rosalind Steege, Hermen Ormel, Rosalind McCollum, Sally Theobald, Miriam Taegtmeier, Maryse Kok and Mohsin Sidat	2019	Fortalecimento dos sistemas de referência em programas de saúde comunitária: um estudo qualitativo em dois distritos rurais da província de Maputo, Moçambique	Explorar as barreiras e os facilitadores do encaminhamento dentro das lentes dos sistemas de saúde adaptativos complexos	BMC Health Services Research	Os ACS geralmente representam o primeiro ponto de contato para as pessoas nas áreas rurais; os indivíduos atendidos pelos ACS em suas comunidades que precisam de cuidados adicionais são encaminhados para as unidades de atenção primária à saúde mais próxima onde estão os supervisores diretos dos ACS. Cada unidade de saúde tem uma área de abrangência especificamente definida, onde vários ACS atuam
Neusa BAY, Edna JUGA, Carlos MACUACUA, José JOÃO, Maria COSTA, Simon STEWART and Ana MOCUMBI	2019	Avaliação da prestação de cuidados para hipertensão no departamento de emergência de um hospital urbano em Moçambique	Avaliar o tratamento da hipertensão num serviço de urgência	BMC Health Services Research	O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique compreende o sector público, o sector privado com fins lucrativos, o sector privado sem fins lucrativos e o sector comunitário. O setor público, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), é o principal prestador de serviços de saúde.
Daniel Llywelyn Strachan, Karin Källander, Maureen	2015	Uso de teoria e pesquisa formativa para projetar intervenções para melhorar a	Descrever como duas intervenções	Human Resource	Os agentes comunitários de saúde (ACSs) são usados em países de baixa renda para

Nakirunda, Sozinho Ndima, Abel Muiambo, Zelee Hill		motivação, a retenção e o desempenho dos agentes comunitários de saúde em Moçambique e Uganda	s foram elaboradas pelo projeto Innovations at Scale for Community Access and Lasting Effects (inSCALE) para lidar com essas restrições em Uganda e Moçambique, com base na teoria comportamental e nos resultados da pesquisa formativa	s for Health	realizar tarefas essenciais de saúde e abordar deficiências de recursos humanos, de acordo com a agenda de "transferência de tarefas" da OMS
Celso Soares Give, Mohsin Sidat, Hermen Ormel, Sozinho Ndima, Rosalind McCollum and Miriam Taegtmeier	2015	Explorando experiências e expectativas concorrentes do programa revitalizado de agentes comunitários de saúde em Moçambique: uma análise de equidade	Explorando as experiências e expectativas dos APes, membros da comunidade e profissionais de saúde que supervisionam os APes.	Human Resources for Health	Os APes são apreciados pelas comunidades, que os veem como "médicos comunitários" que fornecem um link ou informações para acessar o sistema de saúde.
Sozinho Daniel Ndima, Mohsin Sidat, Celso Give, Hermen Ormel, Maryse Catelijne Kok and Miriam Taegtmeier	2015	Supervisão de agentes comunitários de saúde em Moçambique: um estudo qualitativo dos fatores que influenciam a motivação e a implementação do programa	Entender como e quais aspectos da supervisão afetam a motivação do APE e a implementa	Human Resources for Health	Os agentes comunitários de saúde, conhecidos em Moçambique como Agentes Polivalentes Elementares (APes), são um componente importante da prestação de serviços de saúde nas comunidades rurais de Moçambique.

			ção do programa.		
Esperança Sevene , Helena Boene, Marianne Vidler, Anifa Valá, Salésio Macuacua, Orvalho Augusto, Quinhas Fernandes, Cassimo Bique, Eusébio Macete, Mohsin Sidat, Peter von Dadelszen and Khátia Munguambe	2021	Viabilidade do compartilhamento de tarefas com agentes comunitários de saúde para a identificação, o gerenciamento de emergências e o encaminhamento de mulheres com pré-eclâmpsia, em Moçambique	Descrever a viabilidade do compartilhamento de tarefas da triagem inicial e do início do atendimento de emergência obstétrica para pré-eclâmpsia/eclâmpsia dos prestadores de serviços de saúde primários para os agentes comunitários de saúde em Moçambique e documentar a preparação das unidades de saúde para responder aos encaminhamentos.	Reprodutiva Health	Os ACS em Moçambique têm assumido cada vez mais tarefas clínicas, como o tratamento de malária, diarreia, pneumonia, desnutrição aguda grave e visitas domiciliares a recém-nascidos, recebendo um subsídio mensal equivalente a US\$ 20. Esses trabalhadores são escolhidos pela comunidade e devem ter habilidades básicas de alfabetização e aritmética. Eles concluem um curso de treinamento intensivo de quatro meses
Karen Hobday, Jennifer Hulme, Caroline Homer, Páscoa Zualo Wate, Suzanne Belton and Ndola Prata	2018	“Meu trabalho é levar as mulheres grávidas ao hospital”: um estudo qualitativo sobre o papel das parteiras tradicionais na distribuição de misoprostol para prevenir a hemorragia	Explorar o papel das parteiras tradicionais no programa de misoprostol	Reprodutiva Health	As parteiras tradicionais são um canal adequado para a distribuição de misoprostol para a prevenção de hemorragia pós-parto em nível comunitário. Às vezes, as parteiras tradicionais dão palestras à comunidade e às mulheres sobre a busca de cuidados pré-natais, parto e vacinação infantil. Os APEs

		pós-parto em duas províncias de Moçambique	e as opiniões das mulheres que usaram misoprostol para prevenir a hemorragia pós-parto		e os líderes comunitários também desempenham um papel importante no incentivo ao comportamento de busca de saúde e de partos em instalações hospitalares.
Jan-Walter De Neve, Henri Garrison Desany, Kathryn G. Andrews, Nour Sharara, Chantelle Boudreaux, Roopan Gill, Pascal Geldsetzer, Maria Vaikath, Till Bañighausen Thomas J. Bossert	2017	Harmonização dos programas de agentes comunitários de saúde para o HIV: Um estudo qualitativo de quatro países na África Austral	Avaliar os mediadores de uma abordagem mais harmonizada para a implementação de programas de ACS em larga escala para o HIV no contexto de sistemas de saúde complexos e vários doadores.	PLOS Medicine	Os ACSs apoiam os programas de HIV, o envolvimento dos líderes comunitários na tomada de decisões é de grande valor para os pesquisadores

Fonte: elaboração da autora

Quadro 8: documento usados para o produto 2

NOME DO DOCUMENTO	ANO	CONTEÚDO
Estratégia nacional para Resposta da Comunidade à Covid-19	Junho 2020	O plano foi elaborado em junho de 2020, após a notificação de casos de Covid-19 no país, com o objetivo de conter a propagação da pandemia no país. O plano tem três vertentes principais que foram adaptadas a cada comunidade. A primeira vertente estava relacionada à implementação de um conjunto de ações destinadas a conter a propagação da epidemia de Covid-19 antes que haja um tratamento. A segunda está ligada à garantia da continuidade dos serviços essenciais e dos programas de saúde e, a terceira vertente consiste na participação ativa de todos os agentes de

		desenvolvimento comunitário para lidar com os determinantes sociais da saúde, para garantir que as populações tenham acesso rápido a serviços essenciais de saúde e para melhorar seu bem-estar.
--	--	--

Fonte: elaboração da autora