



ISSN: 2310-0036

Vol. 4 | Nº. 16 | Ano 2025

Leonor Gonçalves Covane

Universidade Católica de
Moçambique

lgoncalves@ucm.ac.mz

Rosária Rosário Moreira

Universidade Católica de
Moçambique

709240065@ucm.ac.mz



Rua: Comandante Gaivão nº 688

C.P.: 821

Website: <http://www.ucm.ac.mz/cms/>

Revista: <http://www.reid.ucm.ac.mz>

Email: reid@ucm.ac.mz

Tel.: (+258) 23 324 809

Fax: (+258) 23 324 858

Beira, Moçambique

Desigualdades Económicas e Sociais e o Desafio da Cobertura Universal em Saúde Primária em Moçambique

Economic and Social Inequalities and the Challenge of Universal Coverage in Primary Health Care in Mozambique

RESUMO

Este artigo analisa as desigualdades sociais e económicas como barreiras ao acesso equitativo aos cuidados de saúde primários em Moçambique. A questão central investigada foi: quais são os principais eixos de desigualdade que comprometem o acesso equitativo aos cuidados de saúde primários no país? A metodologia adoptada foi a pesquisa bibliográfica, com base na análise e sistematização de livros, artigos e documentos técnicos sobre o tema. Os objectivos foram identificar a relação entre desigualdades sociais e saúde pública e avaliar como essas desigualdades afectam o acesso aos serviços de saúde pela população moçambicana. Os resultados indicam que a desigualdade social impacta negativamente tanto a saúde física quanto a psicológica, contribuindo para estresse crónico, ansiedade, depressão, baixa auto-estima e isolamento social, decorrentes de discriminação e estigma. Verificou-se que factores como posição socioeconómica, escolaridade, sexo, idade, localização geográfica, distância até as unidades sanitárias e tipo de provedor de saúde influenciam significativamente o acesso aos cuidados primários. Conclui-se que as desigualdades sociais representam barreiras estruturais que limitam o acesso equitativo aos serviços de saúde no país.

Palavras-chave: Desigualdade económica; Saúde pública; Acesso aos cuidados de saúde.

Abstract

This article examines social and economic inequalities as barriers to equitable access to primary healthcare in Mozambique. The central research question was: what are the main axes of inequality that compromise equitable access to primary healthcare in the country? A bibliographic research methodology was employed, based on the analysis and systematization of books, articles, and technical documents on the subject. The objectives were to identify the relationship between social inequalities and public health and to evaluate how these inequalities affect access to healthcare services among the Mozambican population. Results indicate that social inequality negatively impacts both physical and psychological health, contributing to chronic stress, anxiety, depression, low self-esteem, and social isolation due to discrimination and stigma. Factors such as socioeconomic status, education level, gender, age, geographic location, distance to healthcare facilities, and type of healthcare provider significantly influence access to primary care. It is concluded that social inequalities constitute structural barriers that limit equitable access to healthcare services in the country.

Keywords: Economic inequality; Public health; Access to healthcare.

Introdução

Actualmente, o debate em torno da Cobertura Universal de Saúde (CUS) ocupa um lugar central nas agendas de políticas públicas de saúde nos países da África Subsaariana. A prestação de cuidados primários continua sendo marcada por profundas desigualdades económicas e sociais, que criam barreiras significativas ao acesso aos serviços de saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis. Em Moçambique, o sistema nacional de saúde enfrenta desafios estruturais persistentes, como o subfinanciamento crónico, a alocação ineficaz de recursos e disparidades regionais que exacerbam a exclusão no acesso a serviços essenciais (OMS, 2008).

Dados do Banco Mundial (2016) revelam que os pagamentos directos por serviços de saúde aumentaram consideravelmente nas últimas décadas — passando de 15 dólares per capita em 1995 para 38 dólares em 2014. Esse crescimento reflecte o peso financeiro imposto às famílias, sobretudo às de baixa renda, que frequentemente são forçadas a arcar com custos elevados para acessar cuidados médicos. Essa realidade ressalta a necessidade urgente de repensar os modelos de financiamento e gestão dos sistemas de saúde, com o objectivo de promover maior equidade, sustentabilidade e universalidade.

Este artigo busca analisar como as desigualdades socioeconómicas dificultam a implementação efectiva da Cobertura Universal de Saúde Primária em Moçambique. A pesquisa parte da observação de um cenário preocupante no sector de saúde, caracterizado por denúncias recorrentes de superlotação de unidades de saúde, escassez de profissionais qualificados e condições infra-estruturais precárias, amplamente discutidas nas redes sociais e na mídia. Essa situação inspira reflexões sobre os factores socioeconómicos que influenciam o acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

A questão central que orienta este estudo é:

- ***Quais são os principais eixos de desigualdade que comprometem o acesso equitativo aos cuidados de saúde primários em Moçambique?***

Para responder a essa problemática, os objectivos deste trabalho são: identificar a relação entre desigualdades sociais e o acesso aos serviços de saúde, além de analisar os impactos dessas desigualdades sobre a gestão e o financiamento dos cuidados primários.

Fundamentação Teórica

A desigualdade social em Moçambique, assim como em outros países da África Subsaariana, é um fenómeno de carácter histórico, estrutural e persistente. Suas raízes remontam ao período colonial, sendo posteriormente exacerbadas pela adopção de modelos económicos neoliberais, que intensificaram as disparidades na distribuição de renda, poder e acesso a bens e serviços públicos essenciais, como a saúde. Conforme destacam Ferreira e Latorre (2012), a emergência das desigualdades socioeconómicas está profundamente conectada ao advento do capitalismo, sistema

no qual uma minoria concentra os meios de produção, enquanto a maioria depende da venda de sua força de trabalho como única forma de sobrevivência (p. 31).

Esse contexto reflecte-se directamente nas dinâmicas de acesso aos cuidados de saúde primária em Moçambique. A insuficiência na alocação de recursos públicos, somada à herança de exclusão social oriunda de processos históricos e reforçada pelas políticas económicas contemporâneas, submete as populações mais pobres e rurais a uma vulnerabilidade sanitária constante. Segundo Silva (2010), com base em Marx, o pleno emprego é incompatível com a lógica de acumulação capitalista, sendo o desemprego estrutural um mecanismo funcional ao próprio sistema — utilizado, por exemplo, para controlar a inflação e regular a oferta de mão de obra — o que aprofunda ainda mais as condições precárias de vida e saúde das comunidades periféricas (p. 14).

As desigualdades no campo da saúde não são resultado do acaso, mas sim consequência de um modelo de desenvolvimento excludente e historicamente consolidado. Barata (2009) aponta que, desde o século XIX, a promessa liberal de igualdade de oportunidades revelou-se incapaz de superar as diferenças concretas entre os indivíduos. Em um sistema competitivo, aqueles que detêm capital partem em vantagem, enquanto os que dependem apenas de sua força de trabalho enfrentam condições profundamente assimétricas, inclusive no acesso aos serviços de saúde (p. 5).

No âmbito da saúde pública, essas desigualdades muitas vezes são naturalizadas por discursos ideológicos que culpabilizam o indivíduo por sua condição de saúde. Barata (2009) observa que afirmações como “está doente porque não se cuidou” ou “tem depressão porque não é espiritualizado” são comuns e servem para ocultar as condições estruturais que determinam o adoecimento, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e a ausência de políticas sociais eficazes (p. 71). Essa culpabilização individual desvia a atenção das verdadeiras determinantes sociais da saúde, perpetuando um sistema injusto e excludente.

Barreto (2017) defende a necessidade de uma abordagem ampliada da saúde, que considere não apenas os factores biológicos, mas também os determinantes económicos, sociais, culturais e ambientais (p. 6). A visão reducionista, que limita a saúde ao aspecto biomédico, frequentemente serve como instrumento ideológico para desresponsabilizar o Estado pela má gestão e subfinanciamento do sistema. Pensadores clássicos como Louis René Villermé, Edwin Chadwick e Rudolf Virchow já denunciavam, no século XIX, a correlação entre desigualdade social e más condições de saúde, enfatizando a importância de um modelo de cuidado integral e equitativo voltado às populações mais vulneráveis (Barreto, 2017, p. 6).

Assim, a superação dos obstáculos ao acesso universal aos cuidados primários de saúde demanda, antes de tudo, a compreensão das desigualdades como produto de um sistema económico e político que perpetua exclusões. Propostas de cobertura universal que ignorem esses determinantes correm o risco de agravar ainda mais as desigualdades, transformando-se em meros instrumentos de manutenção de um status quo injusto, em vez de promoverem justiça social.

A desigualdade no sistema de saúde torna-se evidente quando analisamos os determinantes sociais que influenciam o acesso aos serviços de saúde. Estudos sobre equidade em saúde destacam que factores como classe social, etnia, género, nível educacional e localização geográfica desempenham um papel crucial na definição das oportunidades que os indivíduos têm para acessar cuidados

médicos adequados e de qualidade (CSDH, 2008). No caso do Brasil, essas disparidades são particularmente alarmantes, considerando o contraste entre o vasto território rico em recursos naturais e a marcante desigualdade socioeconómica que afecta grande parte da população. Essa contradição entre potencial e realidade reflecte uma falha estrutural nas políticas de distribuição de renda e promoção da justiça social, com impactos directos sobre a saúde pública.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2013), o acesso universal à saúde é um componente essencial para promover o bem-estar de uma nação e constitui um dos principais indicadores de desenvolvimento humano. No entanto, apesar dos avanços proporcionados pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil ainda enfrenta desafios relacionados à cobertura, à qualidade dos serviços, ao financiamento adequado e à valorização dos profissionais da saúde. A consolidação do SUS exige, portanto, um compromisso colectivo e contínuo que envolva governantes, profissionais da área e a sociedade civil organizada.

Para melhorar a saúde pública no Brasil e em outros países com níveis elevados de desigualdade, é necessário não apenas investir em infra-estrutura e serviços básicos — como saneamento, alimentação, prevenção de doenças e capacitação profissional —, mas também implementar mudanças estruturais nas políticas públicas e aumentar a responsabilização dos governos. Reduzir a corrupção, ampliar o acesso à educação e garantir que os recursos cheguem efectivamente às populações mais vulneráveis são passos fundamentais para alcançar a equidade em saúde. Somente dessa forma será possível assegurar que todos tenham acesso ao atendimento necessário, independentemente de sua condição social, cultural ou económica.

Em Moçambique, a situação não é diferente. O acesso equitativo aos serviços de saúde continua sendo um desafio significativo, especialmente para as populações rurais e economicamente desfavorecidas. A recorrência anual de surtos de cólera em diversas províncias ilustra a fragilidade dos sistemas locais de saúde, que carecem de investimentos consistentes e de políticas integradas de saneamento e prevenção (Organização Mundial da Saúde, 2013). A debilidade da infra-estrutura, associada à escassez de profissionais capacitados e medicamentos essenciais, compromete a resposta a emergências e perpetua o ciclo de doenças evitáveis.

Conforme destacam Evans, Hsu e Boerma (2013), uma abordagem abrangente e integrada dos cuidados de saúde primários é indispensável para construir sistemas de saúde mais justos e sustentáveis. Isso inclui a atenção básica como o primeiro ponto de contacto das famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, conforme defendido por Starfield, Shi e Macinko (2005), que enfatizam o fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como a estratégia mais eficiente e equitativa para a prestação de serviços de saúde.

A tentativa de agências internacionais de priorizar intervenções de baixo custo e alto impacto, embora justificada por limitações financeiras, muitas vezes reduz a complexidade do cuidado em saúde a medidas pontuais. Essa abordagem selectiva compromete a construção de sistemas de saúde holísticos, que considerem os contextos locais e actuem nas raízes sociais das doenças (Gish, 1982). A promoção da saúde e o fortalecimento do sistema não devem ser vistos apenas como acções de assistência médica, mas como parte de um processo amplo de desenvolvimento social e humano, fundamentado em políticas públicas alinhadas aos princípios da justiça e da equidade.

Os sistemas de saúde que adoptam os princípios dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tendem a apresentar resultados mais equitativos e positivos, especialmente quando há uma articulação eficiente entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção. Essa abordagem favorece um equilíbrio entre prevenção, promoção da saúde e intervenções curativas, oferecendo respostas mais abrangentes às necessidades da população. Estudos indicam que os CSP, ao contrário da atenção especializada isolada, estão associados a uma distribuição mais justa dos serviços de saúde, tanto em nível global quanto dentro de cada país (Starfield et al., 2005). Isso reforça a importância de priorizar sistemas que sejam acessíveis, resolutivos e culturalmente adequados.

Um sistema de saúde eficaz deve estar próximo da população, com serviços distribuídos territorialmente de forma justa e alinhada às realidades locais. Esse modelo deve proporcionar cuidados integrais ao longo do ciclo de vida, combinando acções de prevenção, tratamento e reabilitação, além de garantir acesso coordenado aos serviços especializados quando necessário. Além disso, os serviços devem ser baseados em práticas cientificamente validadas e socialmente aceites, com custos compatíveis com as condições económicas da comunidade e do país (Organização Mundial da Saúde, 1978). Essa lógica de proximidade e integralidade permite que os cuidados em saúde sejam mais humanizados, eficientes e sustentáveis.

No entanto, uma dimensão frequentemente negligenciada nos sistemas de saúde africanos é a medicina tradicional. Em Moçambique, assim como em muitos países da África Subsaariana, grande parte da população recorre inicialmente a práticas tradicionais como forma de cuidado. Esse cenário evidencia a necessidade de reconhecer, regulamentar e integrar esse conhecimento no sistema oficial de saúde, respeitando a diversidade cultural e ampliando as possibilidades de acesso aos serviços de saúde.

Historicamente, Moçambique adoptou um modelo de saúde pública de base comunitária após a independência. Influenciado por ideias socialistas e pelos desafios económicos da época, o país estruturou um sistema centrado em agentes comunitários de saúde, postos e centros de saúde, hospitais rurais e provinciais. Entre 1975 e 1985, houve um crescimento significativo das infra-estruturas de saúde, passando de 326 para 1.195 unidades, com ênfase na equidade e na superação do legado colonial, que privilegiava os centros urbanos e a medicina curativa (Mondlane, 1969; Magnus Lindelow, Ward & Zorzi, 2004).

Apesar dos avanços institucionais, como a consagração do direito à saúde na Constituição da República, desafios persistentes ainda limitam o acesso aos serviços. Muitos cidadãos enfrentam barreiras relacionadas a custos directos e indirectos, distância geográfica, factores socioculturais e uma percepção limitada dos benefícios dos cuidados biomédicos (Anjos & Cabral, 2016; Wagenaar et al., 2016). Esses obstáculos dificultam a efectivação do direito constitucional à saúde.

O sistema de saúde moçambicano compartilha características comuns com outros países da África Subsaariana: infra-estrutura precária, escassez de profissionais qualificados, falta de medicamentos e equipamentos essenciais, além de dificuldades no fornecimento de água potável, energia eléctrica, transporte e meios diagnósticos (Banco Mundial, 2015). Dados nacionais revelam que apenas 34% das unidades de saúde possuem os três componentes básicos de infra-estrutura — água, saneamento e electricidade — e que menos da metade (42,7%) dispõe de medicamentos essenciais (Banco Mundial, 2015, p. 7).

A isso se soma a fragilidade da atenção especializada e a crescente presença do sector privado, que muitas vezes opera de forma desarticulada, contribuindo para a fragmentação do sistema. Essa realidade compromete a eficiência dos serviços e evidencia a urgência de reformas estruturais capazes de reverter o quadro de exclusão e iniquidade.

Metodologia

Este estudo adoptou uma abordagem qualitativa exploratória, fundamentada na pesquisa bibliográfica como método central de investigação. A escolha desta metodologia alinha-se aos objectivos do artigo, que consistem em analisar criticamente os factores socioculturais que influenciam a participação social na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando as directrizes das políticas públicas e de saúde.

A pesquisa bibliográfica foi conduzida por meio da identificação, selecção, sistematização e análise crítica de fontes documentais relevantes, incluindo livros, artigos científicos, relatórios institucionais e documentos técnicos nacionais e internacionais. Este método é amplamente reconhecido nas ciências sociais aplicadas por permitir o acesso a informações consolidadas e validadas por especialistas, além de possibilitar a construção de novas interpretações sobre temas complexos (Gil, 2008; Lakatos & Marconi, 2007).

A colecta de dados iniciou-se com a definição de conceitos-chave relacionados ao tema central, tais como “participação social”, “atenção primária à saúde”, “políticas públicas de saúde” e “factores socioculturais”. Esses termos orientaram a busca e selecção de fontes bibliográficas, priorizando materiais que atendessem aos critérios de relevância, actualidade e confiabilidade. As fontes seleccionadas foram analisadas de forma crítica e interpretativa, buscando identificar lacunas, contradições e convergências entre as diferentes perspectivas teóricas apresentadas.

Esta metodologia permitiu uma compreensão aprofundada do objecto de estudo, ao integrar múltiplas visões e contextos sobre os factores socioculturais que impactam a APS.

Resultados

Os resultados desta pesquisa bibliográfica evidenciam um acesso desigual aos serviços de saúde em Moçambique, condicionado por factores como posição socioeconómica, escolaridade, localização geográfica (urbana ou rural), distância até as unidades sanitárias e tipo de provedor de saúde. Indivíduos de quintis socioeconómicos mais baixos e com menor escolaridade apresentam maior tendência a não recorrer aos serviços, mesmo diante de necessidades graves. A barreira geográfica, incluindo distância e falta de transporte, é um dos principais obstáculos para populações vulneráveis.

Problemas de saúde considerados menos graves são frequentemente resolvidos por automedicação ou ignorados, enquanto problemas percebidos como graves motivam a procura por ajuda profissional, especialmente entre grupos mais instruídos e de maior rendimento. As razões para a não utilização dos serviços incluem: percepção de irrelevância do problema, custos económicos, distância, falta de transporte e uso de alternativas como automedicação. Barreiras objectivas, como custos e distância, representam cerca de metade dos casos de não utilização.

Observou-se também uma diferença clara nos perfis dos usuários: áreas urbanas e estratos mais favorecidos concentram os que utilizam os serviços, enquanto zonas rurais e grupos mais pobres predominam entre os que não acessam cuidados. Variáveis como sexo e idade não mostraram influência significativa, excepto para crianças menores de cinco anos, cujo acesso tende a ser priorizado.

A qualidade dos serviços de saúde é comprometida por falta de higiene, longas esperas, escassez de pessoal qualificado, ausência de medicamentos e casos de corrupção, conforme estudos como o de Biza et al. (2015). Embora a política oficial preveja gratuidade no sector público, custos indirectos – como transporte, espera prolongada e cobranças informais – persistem, impactando principalmente famílias vulneráveis. No sector privado e na medicina tradicional, os custos são variáveis e menos transparentes.

Conclusão

Esta pesquisa teve como objectivos identificar a relação entre desigualdades sociais e o acesso à saúde pública em Moçambique e analisar de que forma essas desigualdades dificultam o uso dos serviços de saúde pela população. Os resultados demonstram uma relação directa entre desigualdade social e acesso aos serviços de saúde pois grupos vulneráveis caracterizados por baixa escolaridade renda reduzida e residência em áreas rurais enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados médicos. A exclusão social também impacta negativamente o bem-estar psicológico dessas populações exacerbando condições como estresse ansiedade e isolamento social decorrentes da carência de recursos básicos e do estigma associado à pobreza. O sistema nacional de saúde é o principal provedor de serviços no país, mas indivíduos com maior poder aquisitivo e escolaridade tendem a buscar assistência no sector privado enquanto os mais desfavorecidos recorrem predominantemente à medicina tradicional ou aos serviços públicos muitas vezes insuficientes e fragmentados. As populações mais pobres apresentam maior prevalência de problemas de saúde graves, porém enfrentam obstáculos estruturais como distância geográfica e ausência de transporte adequado que limitam o acesso às unidades sanitárias. Mesmo quando reconhecem a necessidade de cuidados muitos indivíduos especialmente residentes em áreas rurais e pertencentes aos quintis socioeconómicos mais baixos não procuram assistência devido a barreiras económicas culturais e logísticas.

Referências Bibliográficas

- Anjos, A. L., & Cabral, P. (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Barreto, M. L. (2019). Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Colectiva*, 24(7), 2545-2554. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.02532019>
- Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Organização Mundial da Saúde. http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546–546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Gish, O. (1982). Selective primary health care: Old wine in new bottles. *Social Science & Medicine*, 16(10), 987-991. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90257-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90257-8)
- Mondlane, E. (1969). *The struggle for Mozambique*. London, United Kingdom: Penguin Books.
- Lindelov, M. (2005). The utilization of curative healthcare in Mozambique: does income matter? *Journal of African Economies*, 14(3), 454-478. <https://doi.org/10.1093/jae/eji015>
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10, 15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
- United Nations Development Programme (UNDP). (2016). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
- Wagenaar, B. H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Cuembelo, F., & Sherr, K. (2016). Wait and consult times for primary healthcare services in central Mozambique: a time-motion study. *Global Health Action*, 9(1), 32431. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32431>
-