



DIVERSIDADES E CONVERGÊNCIAS NOS INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL E EM MOÇAMBIQUE¹

<http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020005>

RÔMULO PAES-SOUSA*

LEONARDO CHAVANE**

VERA SCHATTAN P. COELHO***

RESUMO

O artigo apresenta um panorama da trajetória recente das desigualdades em saúde nos dois países. Partindo da sistematização de dados produzidos pelos órgãos oficiais, de estatística e saúde, mostra como evoluíram os indicadores de acesso à saúde. Observa-se a redução das desigualdades em período recente em ambos os países, sendo de forma mais acentuada em Moçambique, em função do aumento da atenção primária à saúde nas áreas rurais.

PALAVRAS-CHAVE: *desigualdades em saúde; Brasil; Moçambique; atenção primária.*

Diversity and Convergence in Health Indicators in Brazil and Mozambique

ABSTRACT

The article presents an overview of the recent trends on health inequalities in two countries. It shows how service provision and social health-related indicators have progressed using administrative data produced by official authorities. Both countries present reduction on health inequalities. Mozambique has produced further pronounced results due to increasing access to primary health care in rural areas.

KEYWORDS: *health inequalities; Brazil; Mozambique; primary care.*

[*] Instituto René Rachou/Fiocruz Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: romulo.paes@fiocruz.br

[**] Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique. E-mail: leochavane@gmail.com

[***] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: verasp@uol.com.br

[1] Os autores agradecem pela grande contribuição prestada a Daiane Machado e Júlia Pescarini no assessoramento técnico para produção

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte do projeto The Accountability Politics of Reducing Health Inequalities in Brazil and Mozambique, que recebe apoio do ESRC/DFID. O projeto investigou o papel de mecanismos de *accountability* — eleitorais, sociais e gerenciais — em potencializar a contribuição da Atenção Primária à Saúde (APS), tanto para a melhora de indicadores básicos quanto para a redução das desigualdades em saúde. Nos dois países, observa-se, entre 1997 e 2017, redução expressiva da mortalidade infantil e ganhos importantes na expectativa de vida, assim como em outros indicadores de saúde.

Esses resultados dão uma dimensão dos avanços experimentados em Moçambique e no Brasil, além de chamarem a atenção para o fato de que grupos que se encontravam em grande desvantagem e ganharam acesso à atenção primária a saúde terem apresentado rápidas melhorias dos seus indicadores básicos de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique foi criado em 1975, e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em 1988. Este artigo descreve de forma comparada as convergências e divergências nas trajetórias dos indicadores dos dois países, com ênfase na mortalidade infantil, indicador muito sensível aos determinantes socioeconômicos. Para explicar as variações estatísticas encontradas, optou-se por descrever padrões ligados às variáveis e aos indicadores disponíveis para os dois países, relacionados ao risco de mortalidade infantil, ou seja, atributos da mãe (escolarização), acesso aos serviços de saúde (vacinação de menores de doze meses, parto institucional), qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto (proxy mortalidade materna institucional), situação nutricional da família (proxy desnutrição de menores de cinco anos).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define desigualdades em saúde como diferenças observadas entre grupos populacionais relativas às condições de saúde ou à distribuição dos determinantes de saúde (OMS, 2018). Essas desigualdades se referem às condições e aos indicadores de saúde de grupos populacionais que podem ser identificados por características socioeconômicas, locais, de gênero, raça, cor e etnia. Neste artigo, descrevemos e comparamos indicadores de saúde e de oferta de serviços públicos de saúde no Brasil e em Moçambique, buscando identificar tendências no comportamento dessas desigualdades nos últimos vinte anos, período em que os dois países já contavam com sistemas universais de saúde consolidados.

Para cada país foi dada atenção especial à trajetória desses indicadores nos grupos populacionais mais distantes: entre os mais pobres e os mais ricos. Com isso, foi possível comparar o grau de redução de desigualdades entre ricos e pobres, nos dois países, no período que vai de 1990 a 2017.

Ao apresentar características dos sistemas de saúde e mudanças no *status* de saúde da população no intervalo observado, oferecemos um panorama das condições locais sobre as quais incidiram os mecanismos de *accountability* analisados nos outros artigos que compõem este dossiê. Esperamos com isso contribuir para o entendimento das diferentes trajetórias nas políticas de saúde que culminaram com a redução das desigualdades em saúde aqui descritas.

Este artigo está dividido em sete partes. A próxima parte pretende compor um quadro comparativo apresentando informações sobre o contexto dos dois países no que se refere à renda e à desigualdade de

da estatística descritiva utilizada no estudo. Os autores também agradecem ao Institute of Development Studies (IDS) pelo apoio na produção das estatísticas que subsidiaram este artigo.

renda entre territórios; ao perfil do sistema público de saúde dos dois países. A terceira parte apresenta a metodologia utilizada, destacando a heterogeneidade dos dados disponíveis para os dois países. A parte 4 expõe os indicadores de saúde analisados. A quinta compara o comportamento entre os de maior e menor IDH em relação aos indicadores apresentados na parte anterior, nos dois países. A sexta apresenta as interpretações correntes encontradas na literatura desses países sobre as variáveis que têm contribuído para a melhoria dos seus indicadores de saúde e eventual redução das desigualdades. Na última parte, apresentamos os comentários finais.

CONTEXTO

Brasil

O Brasil é uma república federativa situada na América Latina. Em 2017, contava com uma população de 208 milhões distribuídos em 26 estados, Distrito Federal e 5.570 municípios. Em 2014, a incidência da pobreza extrema — segundo metodologia baseada no valor de uma cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa, com base em recomendações da FAO e da OMS — foi estimada em 4,2% da população, com 13,39% de incidência de pobreza (definida como o dobro da renda para a pobreza extrema). O estado de Santa Catarina foi o que apresentou melhor resultado, com 0,95% e 3,75% de sua população em pobreza extrema e pobreza, respectivamente. Já o estado do Maranhão tinha os piores indicadores: 12,9% da população em pobreza extrema e 34% em pobreza (Ipeadata, 2019). Houve uma significativa redução da pobreza nas últimas décadas, sobretudo nos anos 2000. Ao mesmo tempo, a desigualdade se reduziu de forma lenta mas contínua desde 1993. Dados mais recentes, no entanto, indicam que o Gini brasileiro interrompeu sua queda em 2015, tendo crescido de 51.3 para 53.7 em 2016 (World Data Atlas). Outros estudos apoiados em metodologia baseada na renda têm mostrado crescimento da pobreza e extrema pobreza desde 2014, tendo a extrema pobreza passado de 2,6% para 4,3% em 2017 e a pobreza de 14,7% para 18%, segundo a Cepal (2019).

Em paralelo à melhora do quadro socioeconômico brasileiro, ampliou-se de maneira considerável o acesso e a oferta de serviços de saúde no país. O sistema de saúde brasileiro foi criado em 1930 e, a partir de 1988, a saúde foi considerada um direito universal de todos os cidadãos, observando os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade dos serviços em saúde. As três esferas do governo (federal, estadual e municipal) estão envolvidas com a implementação do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde a definição das diretrizes da

política de saúde e aos estados e municípios a implementação e coordenação dos serviços de atenção, prevenção e promoção da saúde, bem como a distribuição dos medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Serviços de média e alta complexidade são oferecidos tanto por estados quanto por municípios, cabendo a estes últimos a gestão de toda a rede de atenção primária.

Dados da OMS mostram o crescimento contínuo da despesa *per capita* em saúde no país entre 2002 e 2011. Em 2002, ano de menor valor da série, as despesas equivaliam a 312 dólares americanos *per capita*, tendo alcançado 1.025 dólares em 2011. O ano de 2015 marca uma queda acentuada em tais despesas, chegando a 776 dólares, com uma ligeira recuperação em 2016, quando alcançou 796 dólares *per capita*. Nesse período, a proporção de gastos privados em saúde é relativamente estável, variando de 55% a 58% do total de gastos em saúde. No ano de 2016, equivaliam a 56,84% (*Global Health Expenditure Database*, 2019).

Estima-se que 80% da população brasileira dependa exclusivamente do SUS; o restante contaria com alguma modalidade de atenção provida pelo setor privado (Duarte, 2018). O sistema público é financiado a partir de arrecadação tributária e contribuições sociais e tem seus custos divididos entre os governos federal — responsável por quase 50% dos recursos financeiros —, estaduais — que devem investir pelo menos 12% de suas receitas no SUS — e municipais — que comprometem pelo menos 15% de suas receitas.

No SUS, o crescimento mais expressivo em infraestrutura, nos últimos vinte anos, se deu na APS: hoje há mais de 3,6 unidades básicas de saúde (UBSs) por 10 mil habitantes, refletindo a prioridade conferida pela política de saúde a esse nível de atenção. O número de consultas básicas por habitante/ano ultrapassou o valor de dois, ficando acima do recomendado pelo ministério em todas as regiões do país (CNM, 2018; Gragnolati et al., 2013).

Em termos de fluxos dentro do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica busca acolher, tratar e, quando necessário, referenciar os usuários para os demais níveis de atendimento. A expansão da APS esteve ancorada na Estratégia da Saúde da Família (ESF), operacionalizada por equipes multiprofissionais sediadas em UBS. Essas equipes são formadas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas e outros profissionais da saúde, que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes. A ESF não apenas acolhe os usuários que a procuram na UBS, como também vai buscá-los na comunidade onde vivem.

Com a expansão da APS, novos esforços passaram a ser feitos para fortalecer as regiões de saúde que devem integrar os serviços oferecidos pelos municípios e estados, o que demanda maior cooperação

e coordenação entre eles. Uma importante estratégia nessa direção é a consolidação de redes de atenção à saúde, entre elas: urgência e emergência, Cegonha, atenção psicossocial, cuidados à pessoa com deficiência, e crônicos (Viana et al., 2018).

As políticas de assistência social se consolidaram como instrumentos de combate a pobreza nos anos 2000. As transferências discricionárias de renda condicionadas e não condicionadas foram integradas em um único benefício em 2003, o programa Bolsa Família, produzindo um modelo mais racional, integrado e efetivo de combate à pobreza. Os efeitos sinérgicos da redução de pobreza do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (benefício constitucional para idosos ou portadores de deficiência pobres, implementado a partir de 1992), com políticas de atenção básica à saúde sobre a redução da morbimortalidade na infância, por doenças infectocontagiosas, violências e transtornos psíquicos, estão fartamente descritos na literatura científica (Aquino et al., 2009; Rasella et al., 2016).

Em um balanço de trinta anos do SUS, ocorrido em 2018, Paim (2018) destaca os seguintes avanços: a atenção primária à saúde; a assistência farmacêutica; o programa de imunizações; os sistemas de vigilância em saúde e vigilância sanitária; os programas de transplantes e de hemoderivados; e políticas de combate ao tabagismo e HIV/Aids. Como desafios, o autor destaca: a ausência de apoio político e ideológico ao SUS entre atores políticos relevantes; subfinanciamento e problemas de eficiência; déficits de qualidade do atendimento, da segurança dos procedimentos, do controle de vetores; problemas na infraestrutura dos serviços; e modelo ainda fortemente centrado na atenção hospitalar.

Em 2017, o setor privado atendia 47 milhões de brasileiros (ANS, 2019). A rede prestadora de serviços de saúde privada apoiava-se naquele ano em 4.423 hospitais de diversos portes (o setor público respondia por 3.091 hospitais). Em relação ao número de leitos, o setor privado era responsável por 265 mil, enquanto o público, por 151 mil, implicando uma razão do total de leitos hospitalares de 210 para 100 mil habitantes (FBH/CN Saúde, 2018). Contudo, a população atendida pelo SUS possuía acesso a grande parte do setor privado em função da contratação de leitos pelo setor público. Dessa forma, usuários do SUS tinham acesso a 5.455 hospitais públicos ou privados (Ministério da Saúde [Brasil], 2017). Destes, 34,5% estavam concentrados em cidades de grande porte (mais de 500 mil habitantes), enquanto 15,6% estavam em cidades pequenas (menos de 20 mil habitantes). Hospitais de pequeno porte (com menos de cinquenta leitos) eram o tipo majoritário, representando 58% do total dos hospitais privados (FBH/CN Saúde, 2018).

Moçambique

A República de Moçambique está situada no sul da África. Segundo o Censo Populacional de 2017, contava com uma população de 28,9 milhões, distribuída em onze províncias, incluindo a cidade de Maputo, capital do país, com estatuto de província. O país vem implementando uma política de descentralização que inclui a criação de municípios em várias vilas e cidades. Em 1998, ocorreram as primeiras eleições municipais em 33 vilas e cidades; atualmente, o país conta com 53 municípios.

Em 2014, a incidência da pobreza, segundo metodologia nacional baseada na cesta de alimentos, foi estimada em 46,1%. A cidade de Maputo apresentou a menor incidência, 11,6%; já a província do Niassa tinha 60,6% de pobres. Apesar de altos, os indicadores são resultantes de redução considerável da pobreza em período recente. Entre 1996 e 2014, a incidência de pobreza foi reduzida nas áreas urbanas em 23,6%, enquanto nas áreas rurais essa redução foi de 21,7% (IOF, 2014-15). Não obstante, a desigualdade que vinha em queda desde 1996, apresentou forte crescimento entre 2008, quando o Gini se encontrava em seu pico histórico (45.6), e 2014, quando o Gini do país alcançou seu teto, 54 (World Health Data Atlas, 2019).

Após a independência do país em 1975, o governo nacionalizou as unidades sanitárias e começou a construção do sistema de saúde gratuito, orientado para a promoção de saúde e prevenção de doenças. O modelo adotado tinha ênfase na atenção primária à saúde (Raisler, 1984). Nesse período, o país enfrentou um grande desafio: a falta de recursos humanos para a saúde em função do grande êxodo de profissionais qualificados após a independência, restando apenas cerca de cinquenta médicos em atividade no país. Moçambique enfrentou a necessidade de formação de profissionais de saúde para preencher as lacunas existentes e as criadas em função da rápida expansão dos serviços de saúde, especialmente nas zonas rurais. As novas unidades passaram a vivenciar o paradoxo: falta de pessoal qualificado com demanda crescente por cuidados. Isso implicou a necessidade de maior investimento nas áreas de promoção e prevenção de saúde (Jelley; Madeley, 1984).

Um marco importante foi o investimento na formação de profissionais especializados para a provisão de cuidados de saúde materna e infantil, com início em 1984 (Lourenço; Tyrrell, 2009). Entre 1976 e 1979, Moçambique atingiu a cobertura de 95% de vacinação com dose única contra sarampo, tuberculose e tétano. E, em 1980, o Programa Alargado de Vacinações já estava estabelecido (Cliff; Normahomed, 1988).

Moçambique enfrentou, entre 1976 e 1992, uma guerra civil que impactou fortemente a infraestrutura e os serviços de saúde. Entre

1981 e 1988, um total de 291 unidades sanitárias foram destruídas e 686 foram temporariamente fechadas. Milhões de pessoas deslocaram-se das zonas rurais para as cidades, implicando uma pressão sobre os serviços sociais e de saúde em áreas urbanas. Em 1991, foi estimado que até 3 milhões de pessoas tinham sido deslocadas em consequência da guerra e outro milhão havia deixado o país (Lindelow, 2002). O Ministério da Saúde reforçou então a oferta de serviços de atenção materno-infantil nas cidades, contribuindo para a disparidade entre zonas urbanas e rurais na cobertura de serviços de saúde (Cliff; Noormahomed, 1993).

Após a assinatura do acordo geral de paz em 1992, Moçambique entrou numa fase de reconstrução das infraestruturas sociais destruídas durante a guerra. Em 1995, o governo lançou o Programa de Recuperação do Setor da Saúde (HSRP), um programa de investimento setorial apoiado pelo Banco Mundial. O principal objetivo era reduzir a mortalidade infantil e materna aos níveis da África subsaariana até o ano 2000. Isso seria alcançado com a expansão da cobertura de saúde, particularmente a atenção primária à saúde (Lindelow, 2002). O programa também contribuiu para o estabelecimento de uma plataforma para a parceria do país com agências internacionais (bilaterais e multilaterais) atuando na área da saúde. Em nível macro, com a paz veio a liberalização da economia e uma crescente de ajuda externa para o desenvolvimento. O PIB cresceu em média 6% entre 1992 e 1999.

O governo de Moçambique produziu o seu primeiro Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA 2001-05), que constituiu um marco importante nos esforços do país para a articulação de ações orientadas para atingir a camada mais pobre da sociedade. A saúde faz parte das seis prioridades identificadas para o plano (Chao; Kostermans, 2002). Em maio de 2006, foi aprovado o PARPA II, previsto para cobrir o período 2006-09. Alinhado com esses exercícios de planificação, o setor de saúde passou a elaborar seus Planos Estratégicos do Setor Saúde (PESS), documentos que expressam a sua visão de médio e longo prazo. Esses documentos também servem de instrumentos para a negociação de recursos, tanto nacionais quanto internacionais, necessários para a prossecução das atividades.

Nos anos seguintes, foram realizados esforços do setor de saúde de perseguir uma melhor coordenação e eficácia de ajuda externa para o setor. Durante os anos subsequentes, Moçambique operou com financiamento doméstico e externo numa política global estruturada, que priorizava os cuidados de saúde primários e a resposta à crise do HIV/Aids. Isso permitiu a expansão constante dos serviços de saúde e infraestrutura, especialmente em áreas com déficit de cobertura, reduzindo desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, foram notáveis os esforços comunitários para a elevação dos níveis

de educação que levaram ao aumento da demanda e utilização dessa oferta (Pose et al., 2014).

Moçambique sente enormemente os efeitos da pandemia do HIV. O primeiro caso de Aids no país foi diagnosticado em 1986. Em 2017, estimava-se que 2,1 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV, das quais 170 mil eram crianças (MISAU, 2018). O peso representado pelos cuidados aos pacientes com HIV e Aids tem-se constituído em enorme desafio aos serviços de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é a principal fonte de provisão de cuidados de saúde em Moçambique. De acordo com o IDS 2011, o setor público foi responsável por cerca de 99% dos partos ocorridos em unidades sanitárias. Nos últimos dez anos, o setor registou progressos na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, sobretudo os primários. Cerca de 1.700 unidades de saúde compõem a rede pública de atenção à saúde no país (MISAU, PESS 2014-19). O SNS estrutura-se em quatro níveis de prestação de cuidados. O primário, constituído pelos cuidados em nível comunitário (oferecidos pelo trabalhador de saúde comunitária, que, nesse contexto, é conhecido por Agente Polivalente Elementar — APE).² As unidades básicas de saúde possuem limitada capacidade para oferecer ações curativas em caso de rotina. Dessa forma, o secundário é o primeiro nível de referência de pacientes sendo constituído por hospitais distritais, que se diferenciam dos centros de saúde das sedes distritais por possuírem capacidade cirúrgica instalada para realizar intervenções de emergência comuns e, fundamentalmente, resolver emergências obstétricas. O nível terciário é formado por hospitais provinciais (somente nas capitais) e hospitais gerais. Essas unidades têm maior capacidade de internação, melhores meios de diagnose e maior equipe de especialistas. Em 2015, existiam sete hospitais provinciais e dez gerais. O nível quaternário é representado por quatro hospitais centrais distribuídos pelo país, sendo o maior o Hospital Central de Maputo. Essas unidades são as mais diferenciadas dentro do SNS. Também estavam disponíveis um total de 20.935 leitos, dos quais 9.122 eram destinados ao atendimento em obstetrícia. Dessa forma, estavam disponíveis 81 leitos para cada 100 mil habitantes.

O setor privado tem participação limitada na atenção à saúde no país. A medicina privada no pós-independência foi aprovada pela Lei n. 26/1991. Atualmente, grande parte das unidades médicas privadas encontra-se localizada nas grandes cidades, com ênfase em ações curativas. Há no país 203 unidades, entre clínicas, postos médicos e hospitais; destas, cerca de 76% estão na cidade de Maputo (MISAU, 2018).

Dados da OMS mostram o crescimento da despesa *per capita* em saúde de cerca de US\$ 10, em 2000, para US\$ 37, em 2014. A partir de 2015, verifica-se uma queda acentuada de despesa para saúde, que se

[2] São os trabalhadores comunitários de saúde em Moçambique, criados em 1978. É esperado que cada APE sirva a, em média, de 500 a 2 mil habitantes. O seu trabalho é voltado para ações de promoção à saúde e atendimento primário a situações de rotina, como malária, diarreias, infecções respiratórias.

situou em US\$ 19 *per capita* em 2016. No mesmo período é possível observar uma tendência decrescente da despesa privada *per capita* em saúde, que caiu de 16,35%, em 2000, para 8,55%, em 2016. Houve, entretanto, uma subida importante em 2013 e 2014, quando o percentual de gastos privados em saúde alcançou 19,69% e 12,2%, respectivamente (Global Health Expenditure Database, 2019).

MÉTODOS

Na comparação dos indicadores para os estados brasileiros (agregados a partir dos dados para os municípios) e províncias moçambicanas, utilizou-se a representação em *boxplot*, que são medidas que indicam ao mesmo tempo o comportamento médio das unidades observadas (medianas) e a dispersão dos valores obtidos pelas demais unidades em torno da média. É uma alternativa de aferição das diferenças entre as unidades observadas. Em termos estatísticos, diz-se que os *boxplots* representam a distribuição dos indicadores avaliados. Eles representam graficamente a média da distribuição (2º quartil), os intervalos interquartílicos e os valores adjacentes superior (75º percentil + 1,5* intervalo interquartílico) e inferior (25º percentil + 1,5* intervalo interquartílico).

Posteriormente, foram calculados os quintis anuais de IDH para cada município brasileiro e cada província moçambicana. Sendo o quintil 1 (menor IDH) e o 5 (maior IDH). Foi extraída a média das taxas provinciais para Moçambique; para o Brasil, a média das taxas municipais. Elas foram suavizadas por média móvel de 3 pontos. Dessa forma, para cada ano, somou-se o valor do ano corrente, do ano anterior e do ano posterior e dividiu-se por três. Os dados quantitativos coletados nos dois países foram analisados em conjunto pelos autores e discutidos à luz das interpretações presentes em trabalhos publicados que têm buscado explicar seu comportamento. Optou-se pela utilização dos níveis diferenciados de agregação espacial (municípios, no caso do Brasil, e províncias, para Moçambique) em função da relevância biológica dos fenômenos observados (que não implicariam diferenças relevantes no uso dos níveis de agregação escolhidos) e da disponibilidade dos dados para o Brasil, que permitiu uma maior acurácia na discriminação das áreas quanto aos indicadores de desigualdade.

As informações sobre o Brasil apresentadas neste artigo foram coletadas pela equipe do projeto Vozes Desiguais a partir de pesquisa bibliográfica. Utilizou-se o IDH municipal de 2000 a 2010: como os dados que o compõem são coletados no Censo no país e o último fora realizado em 2010, foi feita a extrapolação dos valores para até 2017. O percentual de analfabetismo foi calculado a partir de informações censitárias. Para o cálculo da taxa de mortalidade

infantil, mortalidade materna geral e institucional foram utilizados dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Para o cálculo do percentual de partos realizados em hospitais ou instituições de saúde foram utilizados o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). O percentual de desnutrição crônica em crianças menores de cinco anos utilizou dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A cobertura de vacinação foi calculada com dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Para o caso de Moçambique foi extraído o IDH de cada província para o período de 1997 a 2011, e extrapolados os valores para os anos seguintes (até 2016) agregados por estado, utilizando-se dados do Instituto Nacional de Estatística (INE). Foram privilegiadas informações fornecidas pelos inquéritos nacionais, nomeadamente Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), Inquérito de Conglomerados de Indicadores Múltiplos (MICS) e Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/Aids em Moçambique (IMASIDA). Também foram incluídos dados extraídos de artigos publicados em revistas científicas indexadas. Completou-se a pesquisa bibliográfica com informações provenientes de relatórios do governo moçambicano, especialmente do Ministério da Saúde e de agências internacionais.

Um desafio presente em estudo comparado de países em desenvolvimento de continentes distintos que considera tanto pesquisas domiciliares como informações administrativas é o alinhamento temporal das variáveis e dos indicadores de interesse. A Tabela 1 indica as periodizações disponíveis das pesquisas domiciliares referentes às variáveis de Moçambique, para as quais foram buscadas periodizações equivalentes nas informações administrativas e das PNADs do Brasil. A amplitude dos anos considerados varia de 1997 a 2017. A maior discrepância se deu na variável “desnutrição em menores de cinco anos”.

TABELA 1
Periodização dos indicadores e variáveis para o estudo comparado sobre Moçambique e Brasil

	Moçambique	Brasil
Analfabetismo entre mulheres	1997-2015	1997-2015
Cobertura vacinal em < de 12 meses	1997-2015	1997-2015
Partos institucionais	1997-2015	1997-2015
Mortalidade materna institucional	2000-17	2000-16
Desnutrição em < de 5 anos	1997-2011	2008-17
Mortalidade infantil	1997-2011	1997-2016

Para esta, Moçambique apoia-se em pesquisas domiciliares, enquanto no Brasil as informações baseiam-se em dados obtidos na atenção básica à saúde, cuja série histórica teve início em 2008. As demais permitiram grande alinhamento nas séries históricas observadas.

PANORAMA DOS INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL E EM MOÇAMBIQUE

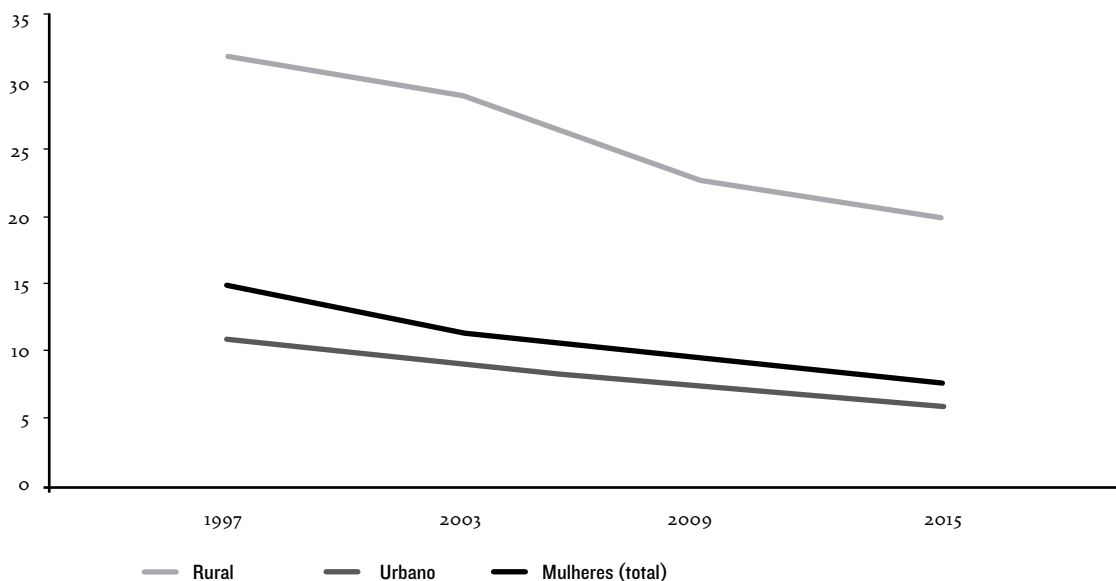
Nesta seção são apresentados indicadores relativos à mortalidade infantil e aos riscos associados.

Escolarização de mulheres

A escolarização tem aumentado no Brasil em todas as regiões e áreas de residência. Por exemplo, o percentual de analfabetismo entre mulheres tem caído no Brasil em todos os estados de maneira consistente há várias décadas, e a diferença entre os estados também diminuiu. O Gráfico 1 indica forte queda, sobretudo nas áreas rurais, para o sexo feminino. O Censo Populacional de 2010 apresenta queda do analfabetismo em todos os estados brasileiros, embora permaneçam diferenças entre os estados com valores extremos quanto à proporção de analfabetos na população de maiores de 14 anos em 2010: 23,6% em Alagoas em contraste com 3,6% no Distrito Federal.

Em Moçambique, o analfabetismo também caiu em todo o país. No período, entre mulheres com idade acima de quinze anos, passou

GRÁFICO 1
Percentual de analfabetismo entre mulheres em áreas urbanas e rurais, entre 1997 e 2015

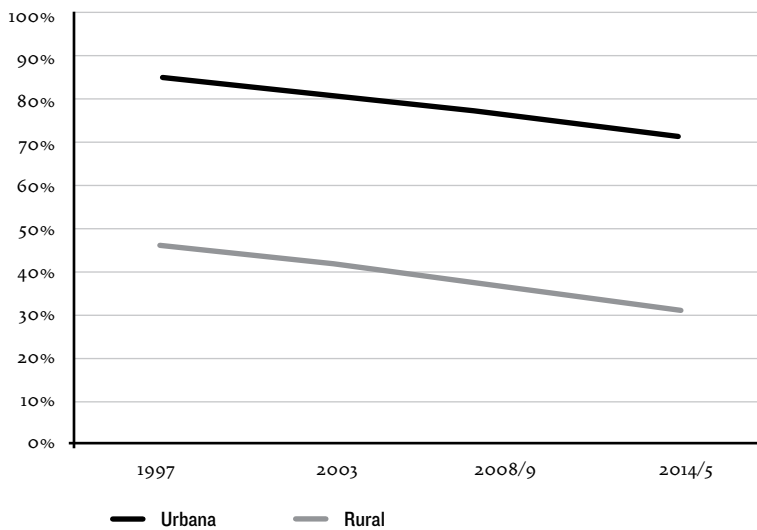


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE).

de 79% para 69% (no mesmo período, para os homens da mesma faixa etária, a taxa diminuiu de 59% para 30%) e a taxa de alfabetização foi estimada em 36,5%, sendo o analfabetismo mais elevado nas áreas rurais, como mostra o Gráfico 2. Números recentes ilustram que o analfabetismo entre mulheres em idade reprodutiva continua alto, sobretudo nas áreas rurais.

GRÁFICO 2

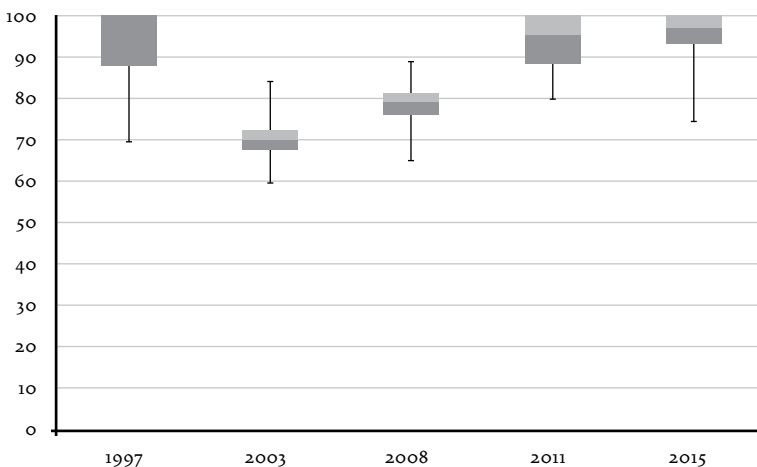
Tendência do analfabetismo entre mulheres em área urbana e rural em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fonte: Base de dados do Banco Mundial. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SE.ADT.LITR.FE.ZS?locations=MZ&view=chart>>.

GRÁFICO 3

Cobertura vacinal de crianças menores de doze meses, por estados brasileiros, entre 1997 e 2015



Fonte: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Nota: foram consideradas as vacinas obrigatórias, em todos os estados brasileiros, para as crianças com menos de um ano: BCG, Hepatite B em < 1 mês, Rotavírus Humano, Meningococo C, Penta, Pneumocócica e Poliomielite.

Assim como no Brasil, observou-se a queda do analfabetismo em todas as províncias entre 1996 e 2004, mantendo-se altos níveis de desigualdade entre as regiões. Em 2004, enquanto a província da Zambézia apresentou níveis de analfabetismo em 71,9%, a cidade de Maputo registrou 13,7%. Contudo, o declínio apresentado em Moçambique quanto a esse indicador foi menos pronunciado do que no Brasil, onde em vinte anos a redução foi de 50%.

Cobertura vacinal de crianças menores de doze meses

No Brasil, como pode ser visto no Gráfico 3, a cobertura vacinal aumentou, entre 1997 e 2015, em todos os estados brasileiros. A cobertura entre crianças menores de um ano chegou, entre 2003 e 2015, a 100% na maioria dos estados brasileiros.

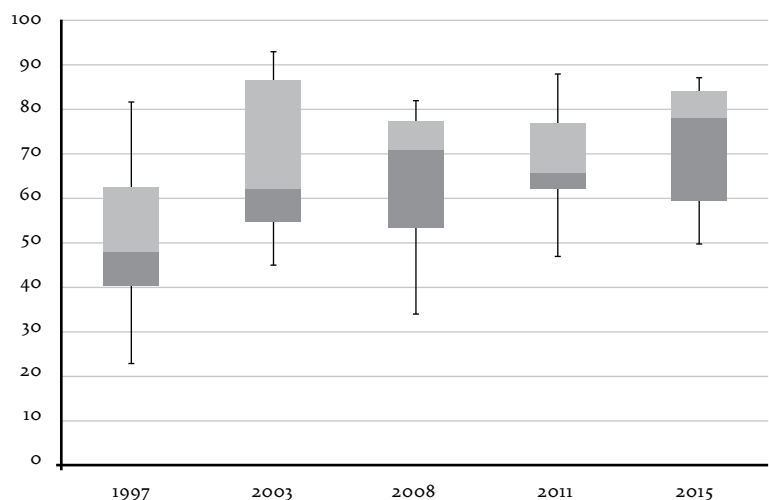
O Gráfico 4 mostra que em Moçambique a média de vacinação entre as províncias permanece abaixo de 70% em muitas delas. No geral, a tendência em todas as províncias é a melhoria da cobertura ao longo do tempo, ocorrendo ainda a diminuição das diferenças entre elas.

Partos institucionais

Como pode ser observado no Gráfico 5, o percentual de partos assistidos por profissionais de saúde (institucionais) no Brasil é muito alto em todos os estados, variando em 2015 de 88,7%, em Roraima, a 99,5%, no Distrito Federal.

GRÁFICO 4

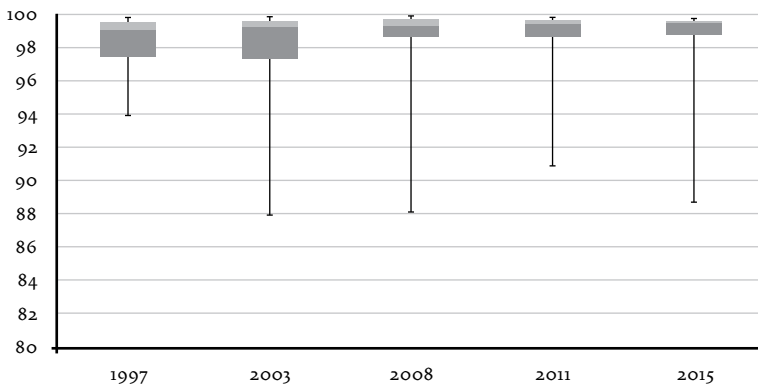
Cobertura vacinal de crianças menores de doze meses, por províncias moçambicanas, entre 1997 e 2015



Fonte: IDS (1997, 2003, 2011); MICS (2008); e IMASIDA (2015).

GRÁFICO 5

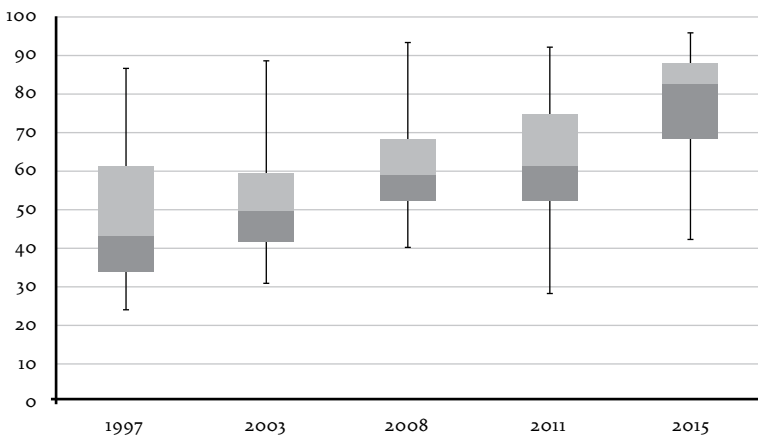
Evolução da proporção de partos institucionais no Brasil, entre 1997 e 2015



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

GRÁFICO 6

Evolução da proporção de partos institucionais em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fonte: IMASIDA, 2015.

O Gráfico 6 mostra que, em Moçambique, o percentual de partos assistidos por profissionais de saúde (institucionais) aumentou em todas as províncias no mesmo período, chegando a atingir mais de 95% na cidade de Maputo em 2015. Desagregando os dados de cobertura por províncias, vemos que as do sul do país, ou seja, a cidade de Maputo, província de Maputo, Gaza e Inhambane, têm uma cobertura relativamente melhor em comparação com as do centro e norte do país. Nas estimativas fornecidas pelo IMASIDA (2015), cinco províncias, no centro e no norte do país, não conseguiram alcançar a cobertura reportada em 1997 para a cidade de Maputo. A Zambézia apresenta a pior situação, seguida pela província de Tete.

Entre 1997 e 2015, ao se compararem os resultados em relação aos partos assistidos por pessoal qualificado, observa-se que as diferenças na cobertura dos serviços estreitaram-se entre os dois países, caindo de 54,9%, no início do período, para 29,1%, ao final do período observado (Gráfico 7).

A convergência observada se deu em função da melhoria da oferta em Moçambique, já que a oferta no Brasil permaneceu estável em sua quase totalidade de cobertura. Embora, em Moçambique, o pacote de serviços seja diferente em termos de quantidade e qualidade do do Brasil, quando falamos de partos institucionais ou assistidos por profissionais de saúde, busca-se dizer que os partos em questão ocorrem todos dentro da unidade sanitária, que pode ser tanto em um centro de saúde periférico como em um hospital.

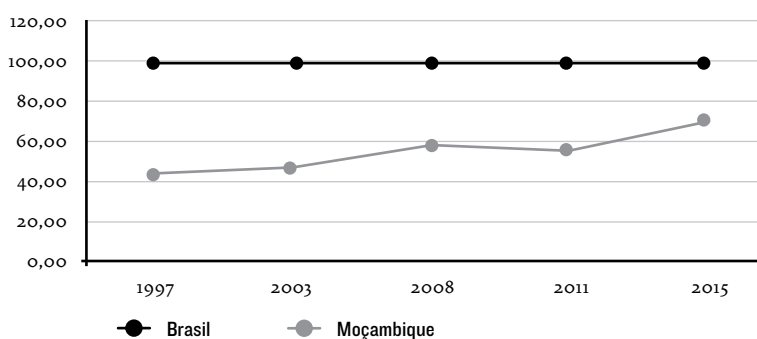
Mortalidade materna institucional

Observa-se, em 2007, grande variação nas taxas de mortalidade materna entre os estados brasileiros (Gráfico 8). No Brasil, nesse ano, a taxa ou razão de mortalidade materna institucional foi de aproximadamente 50 para cada 100 mil nascidos vivos, variando de 27, no Rio Grande do Norte, a 114, em Roraima. Quando se observa o período de 1999 a 2016, notam-se a estabilidade e a média nos anos observados, assim como a amplitude da distribuição entre os estados, que, embora possam ter taxas que variaram ao longo do tempo, permaneceram, no geral, com o mesmo padrão de distribuição. Isso indica a baixa capacidade do país em enfrentar a mortalidade materna.

Entre os anos de 2000 e 2016, em Moçambique, observa-se a tendência de redução tanto da mortalidade materna institucional quanto das diferenças entre as províncias (Gráfico 9).

GRÁFICO 7

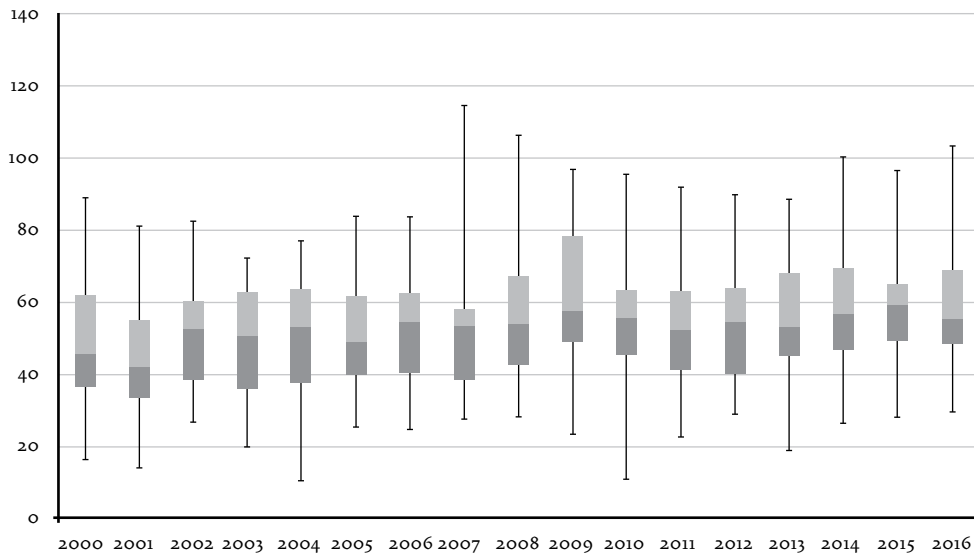
Evolução da proporção de partos institucionais no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

GRÁFICO 8

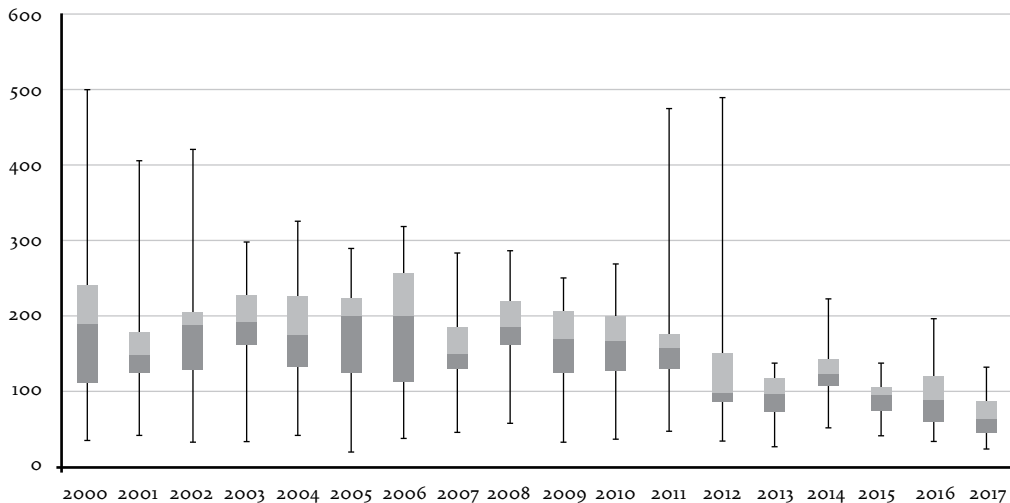
Tendência da mortalidade materna institucional por estados brasileiros, entre 2000 e 2016



Fontes: Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

GRÁFICO 9

Tendências da taxa de mortalidade materna institucional, por províncias moçambicanas, entre 2000 e 2017



Fonte: Relatórios do Ministério da Saúde de Moçambique, 2000-17.

Em 2007, por 100 mil nascidos vivos, ela variava de 271, em Tete, a 822, em Cabo Delgado. É possível especular que as variações observadas possam estar relacionadas ao acesso a profissionais qualificados, à disponibilidade de serviços de cuidados obstétricos

de emergência e a barreiras no acesso aos equipamentos de saúde. A diferença nas estatísticas de mortalidade entre as províncias é consistente com a disparidade na distribuição das maternidades no país, incluindo a distribuição de profissionais qualificados.

No conjunto, os gráficos relativos à taxa de mortalidade materna institucional entre 2000 e 2017 mostram estabilidade para o Brasil e forte tendência de queda em Moçambique.

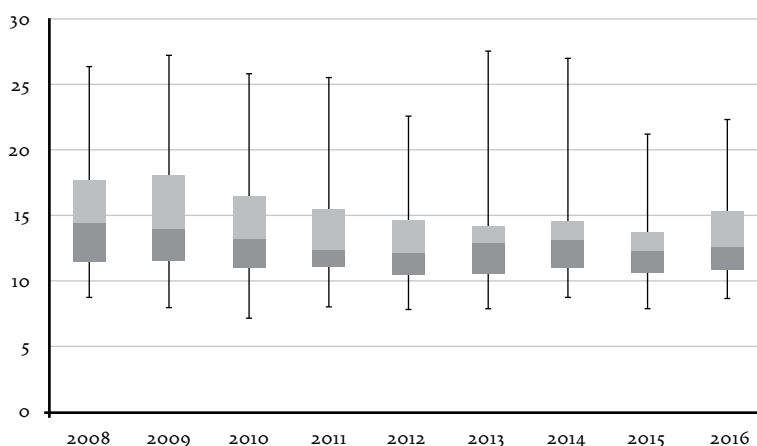
Desnutrição em menores de cinco anos

No Brasil, em comparação com Moçambique, a desnutrição em crianças menores de cinco anos caiu significativamente há várias décadas. Quando se observa nos períodos mais recentes (2008-16) a desnutrição infantil crônica entre crianças menores de cinco anos, que se refere a escassez continuada de alimentos medida pela altura baixa para idade, a proporção de muito baixo para a idade variou de 6,8% para 5,96%, enquanto a proporção de baixo para a idade foi de 8,29% a 6,83% (SISVAN, 2019). Os dados coletados pela rede básica do SUS indicam, portanto, um declínio modesto da média da desnutrição e uma redução das diferenças entre os estados. O Gráfico 10 sugere diminuição das desigualdades nas observações iniciais, seguidas de estabilidade ao final do período estudado.

Para Moçambique, notou-se o crescimento da desnutrição crônica entre crianças menores de cinco anos, no período de 1997 a 2011, de 41% para 43%, indicando as dificuldades no enfrentamento dessas demandas principalmente na zona rural, que atingiu 45,5% entre os menores de cinco anos ao final do intervalo observado.

GRÁFICO 10

Tendência da desnutrição crônica em crianças menores de cinco anos no Brasil, entre 2008 e 2016



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2019.

Ao compararmos as informações de Moçambique e do Brasil, encontram-se taxas de desnutrição bastante inferiores no segundo. Contudo, é preciso considerar que existem diferenças metodológicas importantes entre os dados administrativos do SISVAN e os dos inquéritos domiciliares de Moçambique. Os primeiros referem-se à população atendida pelo SUS, enquanto os seguintes dizem respeito àqueles obtidos em pesquisa amostral de domicílios. Em relação às tendências no comportamento da desnutrição crônica nos dois países, notam-se a redução da desnutrição no Brasil entre 2008 e 2016 e o crescimento desse percentual em Moçambique entre 1997 e 2008.

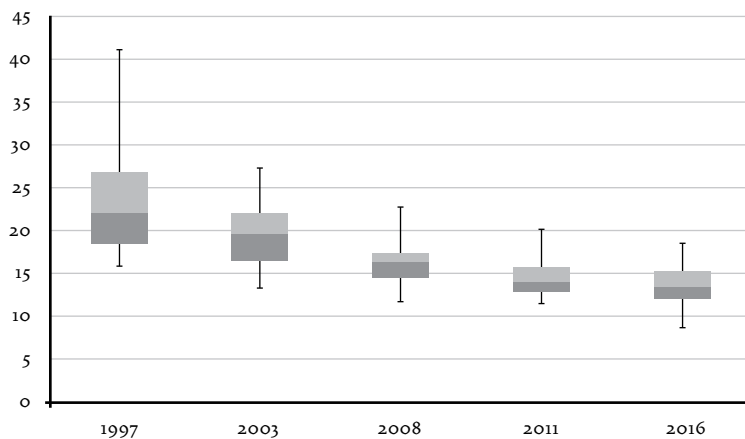
Mortalidade infantil

Como demonstrado inúmeras vezes na literatura científica, a mortalidade infantil tende a decrescer em contexto de melhoria das condições sociais da população. Entre 1997 e 2016, a taxa de mortalidade infantil no Brasil diminuiu de 23,6 para 12,7 por mil nascidos vivos, ocorrendo ainda a redução das diferenças entre os estados brasileiros. O Gráfico 11 apresenta a queda na mortalidade infantil em todos os estados brasileiros entre 1997 e 2016.

É preciso lembrar que, apesar do panorama geral positivo, a taxa de mortalidade decresceu de forma desigual entre os estados brasileiros. Em 2016, enquanto Santa Catarina apresentou, para cada mil nascidos vivos, uma taxa de 8,8 óbitos infantis, a do Amapá foi de 18,3. Populações mais vulneráveis apresentaram indicadores ainda mais desfavoráveis. Em 2010, por exemplo, a mortalidade infantil entre indígenas foi de 47,2 por mil nascidos vivos, enquanto a média brasileira foi de 16,3 (SIM/SINASC).

GRÁFICO 11

Tendência da mortalidade infantil por estado brasileiro, entre 1997 e 2016



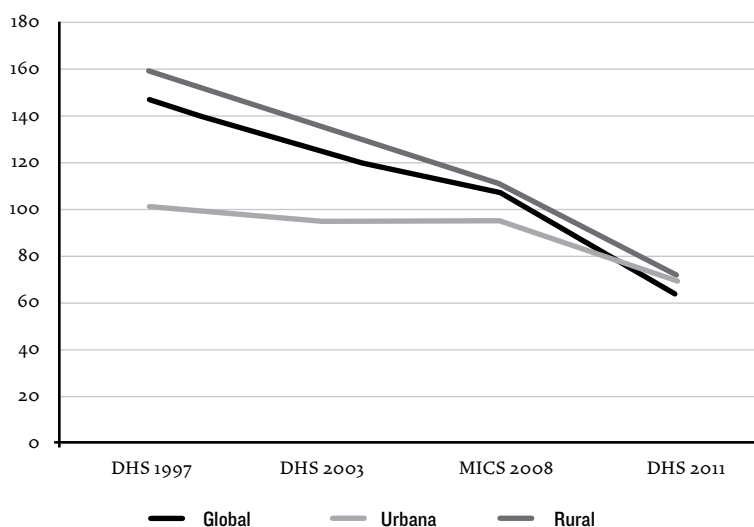
Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Em Moçambique, entre 1997 e 2011, a mortalidade infantil indicou redução de 147 para 64 (56% de decréscimo). A diminuição foi significativa tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas. O Gráfico 12 apresenta uma queda mais acentuada na área rural, diminuindo a distância entre as duas áreas. Se, em 1997, a diferença das taxas era de 60%, em 2011 foi para menos de 20%.

No Gráfico 13, é possível comparar as províncias. A redução mais marcante foi observada na província de Nampula, onde a taxa de

GRÁFICO 12

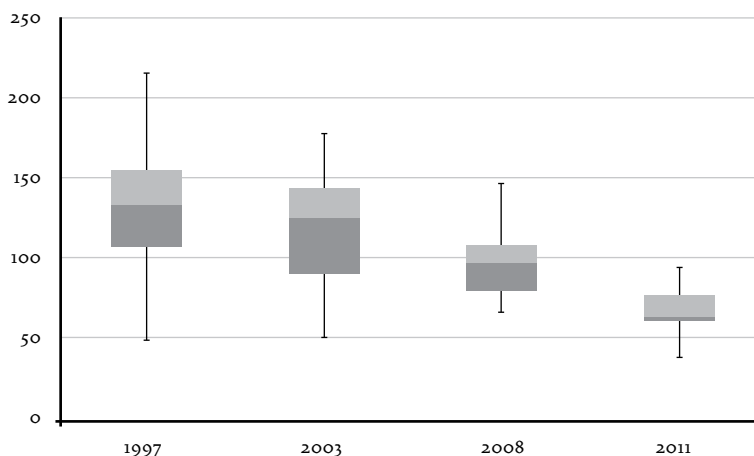
Tendências da mortalidade infantil por local de residência em Moçambique, entre 1997 e 2011



Fonte: IDS (1997, 2003, 2011) e MICS (2008).

GRÁFICO 13

Tendências da mortalidade infantil em Moçambique por província, entre 1997 e 2011



Fonte: IDS (1997, 2003, 2011) e MICS (2008).

mortalidade por mil nascidos vivos caiu de 216, em 1997, para 41, em 2011; ou seja, houve uma redução de 81%. Surpreendentemente, a cidade de Maputo apresentou modesto decréscimo da mortalidade infantil no período, caindo de 97 para 80.

Comparando-se as evoluções nas taxas de mortalidade infantil no Brasil e em Moçambique, percebe-se que nos dois países houve redução das taxas de mortalidade infantil. O Gráfico 12 mostra que ela foi mais acentuada em Moçambique, embora ainda apresentando taxas mais altas.

Na próxima seção discutiremos esses resultados da perspectiva da redução das desigualdades em saúde.

COMPORTAMENTO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Nesta seção analisamos o comportamento dos indicadores desagregados por quintil de IDH municipal no caso do Brasil e provincial em Moçambique, comparando-se o primeiro e quinto quintis de cada país, ou seja, os quintis de regiões de menor desenvolvimento humano (1º) e os quintis que concentram as mais desenvolvidas (5º).

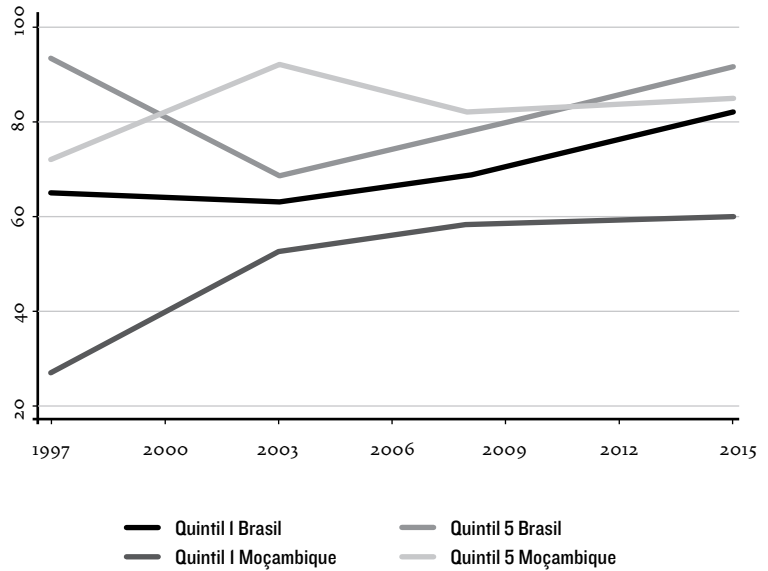
Em relação à cobertura vacinal, nos dois países houve redução nas desigualdades na cobertura vacinal entre os quintis mais pobres e ricos. Enquanto, no Brasil, a cobertura cresceu proporcionalmente nos dois quintis, em Moçambique houve um crescimento mais acentuado no quintil mais pobre, contribuindo para a maior redução da desigualdade entre as coberturas nas províncias mais pobres e mais ricas. Indica ainda uma proximidade da cobertura entre os quintis que concentram populações mais ricas no Brasil e em Moçambique, e uma diferença de cobertura mais acentuada entre os quintis mais pobres nos dois países.

No Brasil, praticamente a totalidade dos partos ocorre em instituições de saúde, tanto nos municípios mais pobres (quintil 1) como nos mais ricos (quintil 5), enquanto, em Moçambique, houve um elevado aumento no percentual de partos institucionais entre as províncias mais pobres e pouco aumento entre as mais ricas. Com isso, entre 1997 e 2015, a diferença entre o quintil de maior IDH e o de menor IDH teve maior redução em Moçambique.

Em relação às taxas de mortalidade materna institucional, em Moçambique houve uma grande redução na diferença entre as províncias com IDH mais alto e mais baixo. Enquanto o quintil de menor IDH reduziu significativamente a taxa de mortalidade materna institucional, o quintil de maior IDH subiu levemente, alcançando aproximadamente a mesma taxa ao final do período (2016). Já no Brasil, no período observado, observou-se a estabilidade das taxas nos dois quintis nas pontas do IDH (Gráfico 16). Isso sugere que a

GRÁFICO 14

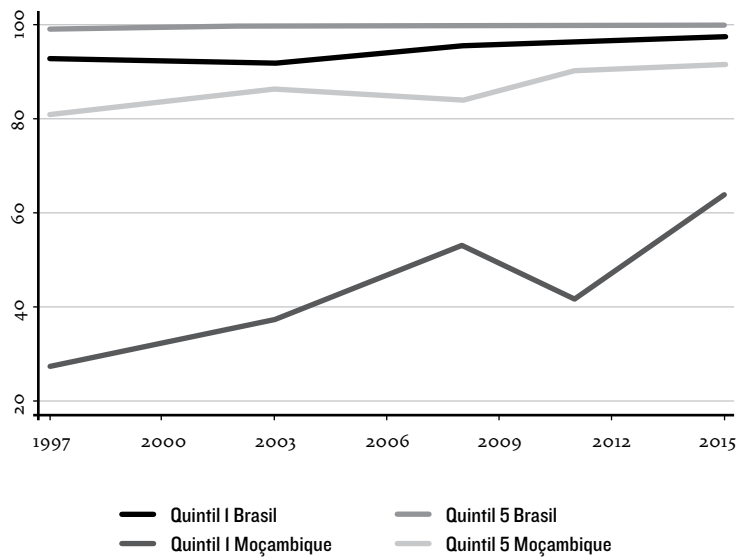
Tendência da cobertura vacinal (%) no quintil de maior e de menor IDH, no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fonte: IDS (1997, 2003, 2011), MICS (2008) e IMASIDA (2015). Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI).

GRÁFICO 15

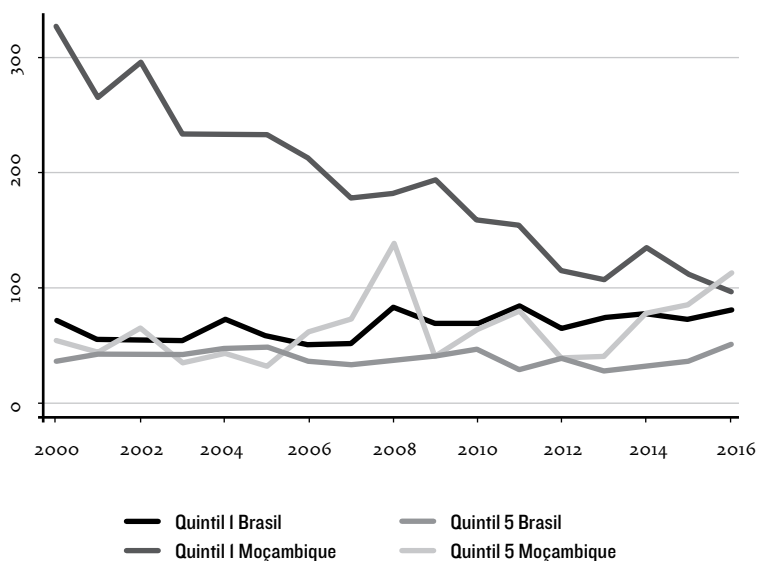
Taxas de partos institucionais por quintis selecionados de IDH no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fontes: Relatórios do Ministério da Saúde de Moçambique, 2000-15. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

GRÁFICO 16

Taxas de mortalidade materna institucional por quintis selecionados de IDH no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2015



Fonte: Relatórios do Ministério da Saúde de Moçambique (2000-16).

Ministério da Saúde: Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

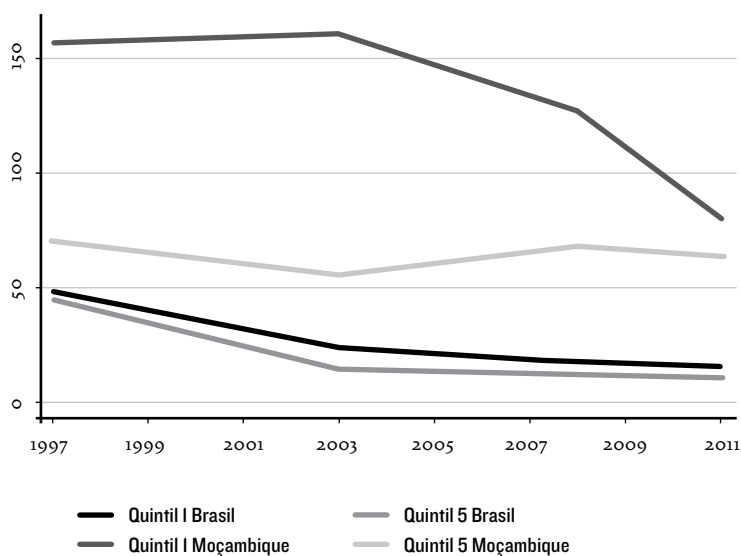
mortalidade materna institucional é um desafio importante tanto para os municípios que concentram populações mais pobres como para os de populações mais ricas.

Quando se observa a diferença entre as taxas de mortalidade materna institucional por 100 mil nascidos vivos entre o quintil menos desenvolvido e o mais desenvolvido no Brasil e em Moçambique, entre 2000 e 2015, observa-se uma grande redução entre o quintil mais rico e o mais pobre em Moçambique. Ou seja, o quintil mais pobre apresentava um excesso de mais de 270 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em relação ao quintil mais rico em 2000, e essa diferença se reduziu para 27 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2015. Já no Brasil, não houve grande variação na diferença ao longo do mesmo período, 34 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2000 e 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2015.

O Gráfico 17 apresenta queda nas taxas de mortalidade infantil no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2011. Enquanto no Brasil essas taxas se aproximaram ao final da década de 1990 e assim permaneceram, em Moçambique, a partir da década de 2000, caiu significativamente nas províncias com quintil de IDH mais baixo, aproximando-se da taxa de mortalidade infantil das províncias de quintil mais alto.

GRÁFICO 17

Tendência da mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por quintis selecionados de IDH no Brasil e em Moçambique, entre 1997 e 2011



Fonte: Perfil de Desenvolvimento Humano em Moçambique (1997-2011). Série Estudos, n. 1. IBGE. Censos Populacionais (2000; 2010).

A comparação do comportamento dos indicadores desagregados por quintil de municípios no Brasil e de províncias em Moçambique traz indicações de redução das desigualdades. Nos dois países, as taxas de mortalidade infantil entre os quintis se aproximaram ao longo dos anos, tendo Moçambique, a partir dos anos 2000, registrado ganhos importantes no primeiro quintil. Em relação à porcentagem de partos institucionais, verifica-se redução das desigualdades nos dois países; porém, enquanto há uma tendência de convergência entre os valores mais recentes alcançados pelos dois quintis brasileiros e o quintil de maior IDH moçambicano, o quintil de menor IDH moçambicano apresenta valores bem menores. Esse comportamento se repete no caso da cobertura vacinal.

FATORES QUE TÊM CONTRIBUÍDO PARA A MELHORA DOS INDICADORES E A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

Os dados apresentados nas seções anteriores apontam para melhora dos indicadores de saúde e redução das desigualdades, sobretudo entre regiões, estados e municípios brasileiros e províncias moçambicanas. A seguir, destacamos as variáveis que têm sido mobilizadas nos dois países para explicar essas trajetórias.

Para o Brasil, a análise que Costa et al. (2003) fizeram da redução na mortalidade infantil apontou como fatores determinantes a queda da fecundidade nos anos 1980 e as melhorias na atenção à saúde nos anos 1990. O Ministério da Saúde (2008) indicou como melhorias na atenção à saúde o aumento na taxa de cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano e o declínio na proporção de nascidos vivos de mães sem acesso a consulta pré-natal. Já Holcman et al. (2004) atribuem o declínio na mortalidade infantil à ampliação da rede de abastecimento de água. Nessa linha, dados do Atlas do Censo Demográfico mostram que 84,5% da população brasileira vive em centros urbanos, onde houve aumento da cobertura da rede de saneamento básico, principalmente nas médias e grandes cidades (IBGE, 2013).

Coelho e Dias (2015) salientaram que os avanços registrados nas taxas de mortalidade infantil e de esperança de vida ao nascer estiveram estatística e significativamente associados à renda média dos municípios brasileiros. Aqueles com maior renda *per capita* apresentam sistematicamente melhores indicadores de saúde. Ao analisarem o impacto da desigualdade de renda sobre esses indicadores, encontraram uma associação modesta entre maior desigualdade de renda no município e piores indicadores, tendo esta diminuído ao longo do tempo analisado. Outro fator explicativo para a melhora nos índices é, sem dúvida, a educação. Segundo Coelho e Dias (2015), há uma associação sistemática e estatisticamente significativa entre maior proporção de mulheres com mais de quinze anos com ensino fundamental completo e menores taxas de mortalidade infantil. Grupos com maior nível educacional procuram mais cuidados médicos e se beneficiam por assimilarem melhor as informações e maior cumprimento do tratamento proposto (Szwarcwald et al., 2010; Nyarko et al., 2013).

Em relação ao declínio da desnutrição entre 1974 e 2007, Lima et al. (2010), Monteiro et al. (2010) e Garcia e Santana (2011) indicaram a centralidade da melhora na escolaridade materna, o aumento do poder de compra das famílias, a disponibilidade de assistência de saúde materna e infantil, assim como de serviços de saneamento. O governo brasileiro também implementou programas, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o Programa de Leite para a Vida, cujo principal objetivo foi reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil (Rasella et al., 2016).

Trabalhos mais recentes têm destacado a centralidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na melhora desses indicadores, assim como na redução das desigualdades na sua distribuição entre grupos populacionais. A ESF é um programa de promoção da atenção básica à saúde operacionalizado por equipes multiprofissionais sediadas em UBS. Nessas áreas, equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes.

Enfim, a ESF não apenas acolhe os usuários que a procuram como vai buscá-los ativamente nas comunidades onde vivem.

Estudo de Aquino et al. (2009) evidenciou forte associação entre a cobertura da ESF e o declínio da mortalidade infantil, sobretudo pós-neonatal, entre 1996 e 2004. Segundo essa análise, o efeito da cobertura da ESF foi maior entre o grupo de municípios com taxas de mortalidade maiores e IDH menores que as médias nacionais. O modelo sem ajustes mostrou reduções na taxa de mortalidade infantil de 16%, 23% e 32% em municípios com cobertura incipiente, intermediária e consolidada da ESF, respectivamente, em relação a municípios sem a presença de equipes de ESF. Já o Ministério da Saúde mostrou que, entre 1998 e 2005, indicadores como proporção de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas, proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal, taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva na população de quarenta anos e mais apresentaram tendência significativa de declínio no Brasil, em todos os estratos de coberturas da ESF, tendo sido mais intensa naqueles de cobertura mais elevada da ESF (Ministério da Saúde [Brasil], 2008).

De acordo com estudo de Dourado et al. (2011), foram encontradas evidências de que, entre 1999 e 2007, a cobertura do Programa Saúde da Família nos planos nacional, regional e estadual foi um fator determinante para diminuir as internações associadas a condições de saúde primária. No período, a taxa desse tipo de internação diminuiu 24% no plano nacional, redução 2,5 vezes maior que a das internações por outras causas (idem).

Se, historicamente, negros e mestiços utilizam menos a rede de equipamentos de saúde, a expansão da ESF contribuiu, no entanto, para ampliar esse acesso. Nesse sentido, Araújo e Silva (2011) e Hone et al. (2017) mostraram que a ampliação da ESF beneficiou indiretamente municípios com maior proporção de população negra, na medida em que houve maior implantação desse modelo de atenção na região Nordeste e em municípios com menor nível de desenvolvimento socioeconômico, os quais concentram maior proporção de população afrodescendente. Entre 2003 e 2009, a expansão de cobertura da ESF foi quase duas vezes maior nos municípios com maior proporção de população negra (74% ou mais de população parda e preta) do que no quartil com menor proporção (menos de 44% de população negra), o que, segundo Hone et al. (2017), teria contribuído para reduzir as desigualdades raciais nos índices de mortalidade por causas sensíveis à atenção básica, principalmente nas mortes associadas a doenças infecciosas, deficiências nutricionais, anemia, diabetes e doenças cardiovasculares. Com isso, enquanto, no período, a redução da mortalidade entre brancos foi de 6,8%, entre negros foi de 15,4%.

Em Moçambique, o nível de educação da mãe tem sido relatado como um determinante da escolha do local de parto pelas mulheres (Mengesha et al., 2013; Asseffa et al., 2016; Belay et al., 2016). A cobertura do parto assistido por profissionais qualificados entre as mulheres com pelo menos o nível secundário de ensino tem sido acima de 90% desde o IDS de 1997, enquanto a cobertura entre mulheres sem qualquer nível de educação permaneceu abaixo de 50% até o IDS de 2011 e, somente na última estimativa do IMASIDA 2015, a cifra alcançou 60%. Esse fator parece ter também grande influência no nível de mortalidade infantil, uma vez que esse nível no grupo de mães com pelo menos grau secundário foi menor em comparação com outros grupos. Apesar de ser possível observar uma grande redução nos grupos de mães sem qualquer nível de escolaridade e com nível primário de escolaridade, as taxas encontradas no IDS 2011, ainda são superiores às taxas do grupo de mulheres com pelo menos nível secundário de escolaridade.

A análise da OMS de 2007 dos dados de 2003 do Demographic and Health Survey (DHS) em Moçambique concluiu que a desnutrição é o resultado de uma ingestão inadequada de alimentos e doenças. A análise ilustra que as influências sociais e econômicas subjacentes, por si mesmas, contribuem para 70% da desigualdade existente na desnutrição infantil. A fonte de água potável (18%), a riqueza do agregado familiar (17%) e a ocupação da mãe (13%) são os três maiores contribuintes nessa categoria. A contribuição das influências básicas vem somente através das diferenças regionais (16%). Influências biológicas e comportamentais subjacentes ao nível da mãe respondem por praticamente todo o restante da contribuição.

O comportamento da pobreza é outro fator relevante para explicar a trajetória dos indicadores descritos na seção anterior. Quase todos os indicadores de utilização de serviços de saúde mostram que os pobres têm menos acesso e uso e maus resultados de saúde. De acordo com o estudo da OMS sobre desigualdades na saúde materna e infantil em Moçambique (OMS, 2007), que analisou os dados de 2003 do DHS, as diferenças nos aspectos socioeconômicos representavam 61% das iniquidades na assistência de parto qualificada. Os três principais contribuintes socioeconômicos para as desigualdades foram: riqueza familiar (24%), educação materna (16%) e residir em áreas rurais (12%). Outros contribuintes desse tipo incluíram ainda frequência de acesso a informação (5%) e ocupação da mãe (4%).

Em relação à oferta de serviços de saúde, a qualidade da gestão de casos, aproximada pela qualidade do atendimento pré-natal, contribuiu para mais 23% das desigualdades na obtenção de assistência especializada ao parto, enquanto a maioria das influências remanescentes nas desigualdades se deveu a fatores associados à

utilização dos serviços de saúde materna (16%). Destes, 12% foram atribuídos a barreiras percebidas para o acesso, especialmente a distância à facilidade, enquanto outros 4% foram atribuídos ao recebimento de cuidados pré-natais válidos. Embora a tendência seja a redução da diferença de cobertura nas áreas rurais em comparação com as urbanas, por um longo período, a falta de cobertura de partos com profissionais qualificados foi uma importante fonte de desigualdade no acesso aos serviços de saúde materno-infantil em Moçambique. Ainda hoje, em média, a região sul apresenta maior disponibilidade de serviços. Essa região teve, em 2016, em média, 2,28 camas por 10 mil mulheres em idade reprodutiva, enquanto a região central tinha 1,25 cama e a região norte 1,19 cama para 10 mil mulheres em idade reprodutiva.

CONCLUSÃO

As desigualdades entre regiões com melhores e piores indicadores socioeconômicos impressionam no Brasil e em Moçambique. Nesse cenário, um fato positivo a ser destacado é a importante redução nas taxas de mortalidade infantil em ambos os países no período analisado. No Brasil, entre 1980 e 2010, a mortalidade infantil caiu de 69,1 para 16 mil por mil nascidos vivos; em Moçambique, entre 1990 e 2011, ela caiu de 147 para 64 por mil nascidos vivos. Nos dois casos, como vimos, essa redução foi acompanhada pela redução das desigualdades entre as regiões. Outro fato foi a queda na mortalidade materna institucional: nos dois países seus valores se aproximaram, e as desigualdades entre os quintis de IDH se reduziram. As desigualdades também foram diminuídas para a cobertura vacinal e para as taxas de parto institucional.

Os autores que analisaram essas trajetórias têm destacado o papel da oferta de serviços de saúde, educação, renda e saneamento básico para esses resultados. De fato, nos dois países houve queda do analfabetismo e expansão da cobertura vacinal, dos programas de atenção primária e de saúde materna e infantil, assim como dos cuidados com gestante no pré-natal, parto e pós-parto. No Brasil, na década de 2000, houve também, aumento real do salário mínimo, redução dos índices de desemprego e ampliação dos programas de transferência de renda condicionada, como o Bolsa Família, os quais contribuíram para a mudança no perfil de saúde da população brasileira. Em Moçambique, ao longo dos anos recentes, houve redução da pobreza, avanços na cobertura de educação, especialmente na implementação de programas que favorecem uma maior adesão e retenção das meninas na escola, aumento da cobertura da rede sanitária e das ações preventivas, embora seja preciso notar que de forma menos acelerada.

Ao lado dessas similaridades foi possível identificar diferenças entre os dois países no que diz respeito à trajetória de construção de seus sistemas públicos de saúde. No caso do Brasil, o SUS tem experimentado um processo de descentralização com priorização da expansão da atenção primária nas áreas mais carentes. Já Moçambique, após uma fase inicial de forte implementação dos cuidados de saúde primários com expansão do acesso para as zonas rurais, enfrentou a guerra civil que confinou as atividades de saúde nas cidades em detrimento das zonas rurais, aprofundando naquele período uma situação, que se mantém até hoje, de concentração de recursos mais favorável nas zonas urbanas e em províncias do sul do país. Apesar dessa distorção no acesso aos recursos de saúde em Moçambique, são evidentes os resultados da implementação de vários programas e diferentes estratégias que privilegiam a expansão para as zonas rurais e procuram alcançar as populações mais pobres. O governo moçambicano colocou como meta da sua estratégia a redução da pobreza; por outro lado, tem sido notória a pressão com vista a uma maior descentralização dos recursos e a necessidade de redução das assimetrias regionais.

Esse conjunto de observações acerca das tendências históricas dos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique reforça a tese dos que advogam pela centralidade dos determinantes sociais da saúde: o acesso a serviços de saúde, educação e redução da pobreza tem contribuído para a saúde da população e, o que é igualmente importante, para a redução das desigualdades. Com isso, reforça também a importância da discussão sobre como fortalecer sistemas universais de saúde.

RÔMULO PAES-SOUSA [<https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>] é médico, PhD em epidemiologia (Universidade de Londres), pesquisador da Fiocruz Minas e pesquisador honorário do Institute of Development Studies. Foi secretário-executivo do Ministério do Desenvolvimento Social e diretor do UNDP World Centre for Sustainable Development. Contribuiu na idealização do artigo, definiu e coordenou a abordagem estatística, consolidou os argumentos e realizou a redação final do artigo.

LEONARDO CHAVANE [<https://orcid.org/0000-0001-7382-0665>] é médico, PhD em ciências de saúde pela Universidade de Ghent (Bélgica). Foi diretor-adjunto de saúde pública no Ministério da Saúde de Moçambique. É docente de saúde pública na Universidade Eduardo Mondlane. Contribuiu no levantamento das informações referentes a Moçambique e no desenvolvimento das diferentes versões do artigo.

VERA SCHATTAN P. COELHO [<https://orcid.org/0000-0002-2000-6536>] é doutora em ciências sociais, coordenadora do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Cebap (NCSD), professora do Programa de Políticas Públicas da UFABC e pesquisadora associada do CEM-CEPID/Fapesp. Contribuiu na idealização do artigo, no levantamento das informações referentes ao Brasil e no desenvolvimento das diferentes versões do artigo.

Recebido para publicação
em 9 de janeiro de 2019.

Aprovado para publicação
em 12 de julho de 2019.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

114, mai.–ago. 2019

pp. 291-320

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Saúde — ANS. “Dados e indicadores do setor”. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 31/07/2019.
- Aquino, Rosana et al. “Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities”. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, 2009, pp. 87-93.
- Araújo, C.; Silva, R. “Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil”. In: Popolo, F.; Cunha, E.; Ribotta, B.; Azevedo, M. (coords.). *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. Serie Investigaciones 12. Rio de Janeiro: ALAP Editor, 2011.
- Asseffa, Netsanet A. et al. “Determinants of Use of Health Facility for Childbirth in Rural Hadiya Zone, Southern Ethiopia”. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 16, n. 1, 2016.
- Belay, Alemayehu Sayih; Sendo, Endalew Gemechu. “Factors Determining Choice of Delivery Place Among Women of Child Bearing Age in Dega Damot District, North West of Ethiopia: a Community Based Cross-Sectional Study”. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 16, n. 1, 2016.
- Cepal. “Brasil, perfil nacional sócio-demográfico”. Disponível em: https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=BRA&idioma=spanish. Acesso em: 19/08/2019.
- Chao, Shiyang; Kostermans, Kees. *Improving Health for the Poor in Mozambique The Fight Continues*. HNP discussion paper. Washington: World Bank, 2002.
- Cliff, Julie; Noormahomed, Abdul Razak. “Health as a Target: South Africa’s Destabilization of Mozambique”. *Social Science & Medicine*, v. 27, n. 7, 1988, pp. 717-22.
- . “The Impact of War on Children’s Health in Mozambique”. *Social Science & Medicine*, v. 36, n. 7, 1993, pp. 843-8.
- CNM. *Relatório da Confederação Nacional dos Municípios*. Agência Brasil, 2018.
- Coelho, Vera Schattan P.; Dias, Marcelo. “Saúde e desigualdade no Brasil”. In: Arretche, M. (org.). *Trajatória das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora Unesp/CEM, 2015.
- Costa, Maria da Conceição Nascimento et al. “Infant Mortality in Brazil During Recent Periods of Economic Crisis”. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 6, 2003, pp. 699-706.
- Dourado, Ines et al. “Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: the Role of the Family Health Program, Project ICSAP-Brazil”. *Medical Care*, v. 49, n. 6, 2011, pp. 577-84.
- Duarte, Elisete et al. “30 anos do Sistema Único de Saúde”. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 27, n. 1, 2018.
- Federação Brasileira de Hospitais/Confederação Nacional de Saúde — FBH/CN Saúde. *Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil maio 2018*. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais/Confederação Nacional de Saúde, 2018.
- Garcia, Leila Posenato; Santana, Lúcia Rolim. “Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008”. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, 2011, pp. 3717-28.
- Global Health Expenditure Database*. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acesso em: 19/08/2019.
- Gragnotati, Michele et al. “Have the SUS Reforms Transformed the Brazilian Health System?”. In: *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2013.
- Holcman, Marcia Moreira et al. “Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000”. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 2, 2004, pp. 180-6.
- Hone, Thomas et al. “Association Between Expansion of Primary Healthcare and Racial Inequalities in Mortality Amenable to Primary Care in Brazil: A National Longitudinal Analysis”. *PLoS Med*, v. 14, n. 5, 2017.
- IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil*. IBGE: Rio de Janeiro, 1999.
- . *Atlas do Censo Demográfico 2010*. IBGE: Rio de Janeiro, 2013.
- . *Tábua completa de mortalidade para o Brasil — 2015*. IBGE: Rio de Janeiro, 2016.
- INE — Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito demográfico e de saúde 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2005.
- . *Multiple Indicator Cluster Survey*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2009.
- . *Inquérito demográfico e de saúde 2011*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2012.
- . *Inquérito de indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015 — Relatório de indicadores básicos*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2015.
- Ipeadata. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 19/08/2019.
- Jelley, Diana; Madeley, Richard J. “Primary Health Care in Practice: a Study in Mozambique”. *Social Science & Medicine*, v. 19, 1984, pp. 773-82.
- Lima, Ana Lucia Lovadino et al. “Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006)”. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, 2010.
- Lindelow, Magnus. *Health Care Demand in Rural Mozambique: Evidence From the 1996/97 Household Survey*. FCDN documento de discusión 126, 2002. Disponível em: <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16420/1/fco20126.pdf>. Acesso em: 05/12/2018.
- Lourenço, Maria Acácia Ernesto; Tyrrell, Maria Antonieta Rubio. “Programas de saúde materno-infantil em Moçambique: marcos evolutivos e a inserção da enfermagem”. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 3, 2009, pp. 617-24.

- Mendes, A.; Marques, R. M. "O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde". *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, out./dez. 2014, pp. 900-16.
- Mengesha, Zelalem Birhanu et al. "Determinants of Skilled Attendance for Delivery in Northwest Ethiopia: a Community Based Nested Case Control Study". *BMC Public Health*, v. 13, n. 1, 2013.
- Ministério da Saúde (Brasil). *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. *Secretaria de Atenção à Saúde: Relatório de Gestão 2017*. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>>. Acesso em: 31/07/2019.
- Ministério da Saúde — MISAU (Moçambique). *Código de Conduta de Kaya Kwanga*, 2001. Disponível em: <<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/moz-code-conduct.pdf>>. Acesso em: 25/07/2019.
- _____. *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025*, 2016. Disponível em: <[http://41.220.166.132:8090/esipsaude/Material/observatorio__material/Políticas__Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://41.220.166.132:8090/esipsaude/Material/observatorio__material/Políticas__Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf)>. Acesso em: 25/07/2019.
- _____. *Relatório Anual 2017 — Relatório Anual das Atividades Relacionadas ao HIV/SIDA*. Maputo: Ministério da Saúde, 2018.
- Moçambique, República do. *Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2001-2005*. Maputo, 2001.
- Monteiro, Carlos Augusto et al. "Narrowing Socioeconomic Inequality in Child Stunting: the Brazilian Experience, 1974-2007". *Bulletin World Health Organization*, v. 88, n. 4, 2010, pp. 305-11.
- Nyarko, Kwame A. et al. "Explaining Racial Disparities in Infant Health in Brazil". *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 9, 2013, pp. 1.675-84.
- OMS — Organização Mundial da Saúde. *A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique*. jan. 2007. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/moz__motherchild__inequities.pdf>. Acesso em: 19/08/2019.
- _____. *Health Impact Assessment (HIA)*, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/hia/about/glos/en/indexi.html>>. Acesso em: 09/12/2018.
- Paim, Jairnilson Silva. "Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, 2018, pp. 1.723-8.
- Pose, Romina Rodríguez et al. *Against the Odds Mozambique's Gains in Primary Health Care*. Londres: Overseas Development Institute, 2014.
- Raisler, Jeanne. "Nurse-Midwifery in a Developing Country: Maternal and Child Health in Mozambique". *Journal of Nurse-Midwifery*, v. 29, 1984, pp. 399-402.
- Rasella, Davide et al. "Assessing the Relevance of Indicator in Tracking Social Determinants and Progress Toward Equitable Population Health in Brazil". *Global Health Action* 9, 2016.
- STN. *Relatório aspectos fiscais da saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Economia, 2018.
- Szwarcwald, Célia L. et al. "Socioeconomic Inequalities in the Use of the Outpatient Services in Brazil According to Health Care Need: Evidence from the World Health Survey". *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, 2010, p. 217.
- The Capacity Project. *Mozambique: Operational Plan and Curriculum Development for Community Health Interventions Support to the Government Of Mozambique, Ministry of Health (MISAU) for the Revitalisation of the Existing Agentes Polivalentes Elementares de Saúde (APE) or Community Health Worker Programme*. Maputo, 2009.
- Viana A. L. A. et al. "Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil". *Novos Caminhos*, n. 15, 2018.
- World Data Atlas*, 2016. Disponível em: <<https://knoema.com/atlas/Brazil/topics/Poverty/Income-Inequality/GINI-index>>. Acesso em: 19/08/2019.
- World Health Data Atlas*, 2019. Disponível em: <<https://knoema.com/atlas/Mozambique/topics/Health/Health-Expenditure/Health-expenditure-per-capita>>. Acesso em: 22/07/2019.



