

O Impacto dos Conflitos Armados no Funcionamento dos Sistemas de Saúde: O Caso da Província de Cabo Delgado em Moçambique

The Impact of Armed Conflicts on the Functioning of Health Systems: The Case of Cabo Delgado Province in Mozambique

L'impact des conflits armés sur le fonctionnement des systèmes de santé : le cas de la province de Cabo Delgado au Mozambique

Basilinho Basílio dos Mwelus¹  Autor correspondente / Corresponding author / Auteur correspondant: b.dosmwelus@gmail.com, Anastácia Lidimba², Alexandre Lourenço Jaime Manguele³ , André Beja⁴ , Dulnério Barbosa Sengo¹ 

(1) Serviço Provincial de Saúde de Cabo Delgado, Pemba, Moçambique.

(2) Ministério de Saúde, Maputo, Moçambique.

(3) Instituto Superior de Ciências de Saúde, Maputo, Moçambique.

(4) Associate Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health, LA-REAL, Global Health and Tropical. Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA), Lisboa, Portugal. WHO Collaborating Center for Health Workforce Policies and Planning, IHMT-NOVA.

Resumo

Introdução: O conflito armado em Cabo Delgado, no norte de Moçambique, iniciado em 2017, provocou grave impacto na provisão de cuidados de saúde pública, alterando a funcionalidade da rede sanitária e o acesso da população aos cuidados essenciais. A situação de saúde das populações deslocadas foi agravada com a ocorrência de ciclones tropicais e de surtos de COVID-19 e cólera, que colocaram a prova a capacidade das autoridades de saúde para a resposta. Neste artigo analisam-se os efeitos dos eventos e as estratégias adotadas entre 2017 e 2025.

Material e métodos: Estudo de caso descritivo, baseado na triangulação de dados administrativos de entidades governamentais, relatórios operacionais de organizações envolvidas na resposta, bem como em literatura científica e institucional.

Resultados: O impacto do conflito no sistema de saúde numa das províncias mais carenciadas do país traduziu-se na destruição de equipamentos, ataque a profissionais, quebra de linhas de abastecimento e interrupção da prestação regular de cuidados, fatores que, conjugados com os efeitos de carências estruturais e com os efeitos de eventos inesperados, potenciaram um cenário de fragilidade sanitária. Demonstra-se que as pressões adicionais a um sistema de saúde que já era condicionado por múltiplas limitações, motivaram adaptações organizacionais para responder às necessidades que a crise sanitária exacerbou, mas que, mesmo passados oito anos de violência, persistem grandes desafios relacionados com as infraestruturas, recursos humanos ou de acesso a serviços e cuidados de saúde.

Discussão e conclusões: A análise do impacto do conflito ajuda a compreender como uma disrupção sanitária própria dos contextos de violência armada foi acentuada por condições de fragilidade prévias e por eventos de ordem climática e epidemiológica inesperados. A coordenação interinstitucional e a articulação de recursos foram determinantes para mitigar os efeitos imediatos da disrupção sanitária, pondo em evidência a necessidade e reforço de políticas públicas e a cooperação internacional reforço do sistema de saúde.

Palavras-chave: sistema de saúde; conflito armado; Cabo Delgado; acesso à saúde.

Abstract

Introduction: The armed conflict in Cabo Delgado, in northern Mozambique, which began in 2017, has had a severe impact on the provision of public health-care, altering the functionality of the health network and the population's access to essential care. The health situation of displaced populations was further aggravated by tropical cyclones and outbreaks of COVID-19 and cholera, which tested the response capacity of the health authorities. This article analyses the effects of these events and the strategies adopted between 2017 and 2025.

Materials and methods: A descriptive case study based on the triangulation of administrative data from government bodies, operational reports from organisations involved in the response, and scientific and institutional literature.

Results: The impact of the conflict on the health system in one of the country's most deprived provinces was reflected in the destruction of equipment, attacks on health professionals, disruption of supply lines and interruption of regular care provision. These factors, combined with structural shortages and the effects of unexpected events, intensified a context of health-system fragility. The analysis shows that additional pressures on a health system already constrained by multiple limitations prompted organisational adaptations to respond to needs exacerbated by the health crisis. However, even after eight years of violence, major challenges persist in relation to infrastructure, human resources, and access to health services and care.

Discussion and conclusions: The analysis of the conflict's impact helps to explain how the health-system disruption typical of contexts of armed violence was intensified by pre-existing conditions of fragility and by unexpected climatic and epidemiological events. Interinstitutional coordination and the mobilisation of resources were decisive in mitigating the immediate effects of health-system disruption, highlighting the need to strengthen public policies and international cooperation in order to reinforce the health system.

Keywords: health system; armed conflict; Cabo Delgado; access to healthcare.

Résumé

Introduction: Le conflit armé à Cabo Delgado, dans le nord du Mozambique, déclenché en 2017, a eu un impact grave sur la prestation des soins de santé publique, en modifiant la fonctionnalité du réseau sanitaire et l'accès de la population aux soins essentiels. La situation sanitaire des populations déplacées a été aggravée par la survenue de cyclones tropicaux ainsi que d'épidémies de COVID-19 et de choléra, qui ont mis à l'épreuve la capacité de réponse des autorités sanitaires. Cet article analyse les effets de ces événements et les stratégies adoptées entre 2017 et 2025.

Matériel et méthodes: Étude de cas descriptive, fondée sur la triangulation de données administratives provenant d'entités gouvernementales, de rapports opérationnels d'organisations impliquées dans la réponse, ainsi que de la littérature scientifique et institutionnelle.

Résultats: L'impact du conflit sur le système de santé dans l'une des provinces les plus défavorisées du pays

s'est traduit par la destruction d'équipements, des attaques contre les professionnels de santé, la rupture des chaînes d'approvisionnement et l'interruption de la prestation régulière des soins. Ces facteurs, combinés aux effets de carences structurelles et d'événements inattendus, ont renforcé un contexte de fragilité sanitaire. L'analyse montre que les pressions supplémentaires exercées sur un système de santé déjà marqué par de multiples limitations ont entraîné des adaptations organisationnelles afin de répondre aux besoins exacerbés par la crise sanitaire. Toutefois, même après huit années de violence, d'importants défis persistent en matière d'infrastructures, de ressources humaines et d'accès aux services et aux soins de santé.

Discussion et conclusions: L'analyse de l'impact du conflit permet de comprendre comment une perturbation sanitaire propre aux contextes de violence armée a été accentuée par des conditions préalables de fragilité ainsi que par des événements climatiques et épidémiologiques inattendus. La coordination interinstitutionnelle et l'articulation des ressources ont été déterminantes pour atténuer les effets immédiats de la perturbation sanitaire, mettant en évidence la nécessité de renforcer les politiques publiques et la coopération internationale en faveur du renforcement du système de santé.

Mots-clés: système de santé; conflit armé; Cabo Delgado accès aux soins de santé.

1. Introdução

Os conflitos militares são uma das causas mais comuns de crises humanitárias ao redor do mundo, dificultando o desenvolvimento e criando graves desafios de saúde pública, sobretudo nos países de baixa renda [1]. As ameaças à saúde e bem-estar das pessoas vão além do risco direto de morte pelas armas. Incluem danos em infraestruturas básicas, como sistemas de abastecimento de água, saneamento, energia, habitação e instalações de saúde [2].

O deslocamento de populações e a incapacidade de trabalho causam escassez de alimentos e fome, elevando o risco de lesões, doenças transmissíveis e de mortes. As deslocamentos em massa levam pessoas a serem assentadas em zonas com condições precárias em termos de saneamento, propiciando a ocorrência de

surtos e epidemias que pressionam cada vez mais a estrutura sanitária residual [1].

Moçambique localiza-se na costa oriental da África Austral. É limitado a norte pela Tanzânia, a noroeste pelo Malawi e Zâmbia, a oeste pelo Zimbabwe, a leste pelo Canal de Moçambique e Oceano Índico, e a sul e sudoeste pela República da África do Sul e Eswatini. Tem uma área de 801.590 km² e uma população estimada em 36,15 milhões de habitantes (projeção para 2026 dos dados de Censo 2017)[3]. Possui um clima predominantemente tropical, quente e húmido durante grande parte do ano, propenso a vários fatores extremos, como cheias, secas e ciclones. Sofre ciclicamente com esses fenómenos e possui uma capacidade de preparação e resposta muito limitada. Todos os anos, milhões de pessoas são afetadas por desastres naturais em todo o país, algumas de forma recorrente [4].

O país obteve a sua independência a 25 de junho de 1975, após séculos de dominação colonial portuguesa. É considerado de baixa renda, com uma rede sanitária que cobre apenas cerca de 60% da população e com uma desigualdade muito significativa na sua distribuição [5]. Tem maior concentração da rede sanitária nas regiões urbanas em relação às zonas rurais. Existe, igualmente, uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre as regiões Norte, Centro e Sul, com um ligeiro favorecimento na região sul [6].

A província de Cabo Delgado está localizada no norte de Moçambique. Tem uma área de 82.625 km² e uma população estimada de 2,9 milhões de pessoas, das quais mais de metade são crianças e adolescentes com menos de 19 anos [7]. Faz fronteira com a Tanzânia e com as províncias de Niassa e Nampula. A sua localização costeira, aliada aos seus recursos naturais, confere-lhe um elevado potencial de desenvolvimento [8], sendo uma região de extração de recursos naturais como, entre outros, pedras preciosas, grafite, madeira ou gás natural. Apesar disso, enfrenta desafios estruturais que, além de persistentes, comprometem este potencial [9]. A pobreza marca profundamente a vida quotidiana das famílias, com cerca de 84% das crianças a viverem em pobreza monetária e 48% a enfrentarem privação multidimensional em áreas como saúde, educação, nutrição, água e saneamento, habitação e proteção [7].

É neste contexto que a província de Cabo Delgado atravessa desde 2017 uma grave crise humanitária, decorrente de ataques de grupos armados rebeldes que resultaram em milhares de mortos, cerca de 1,2 mi-

lhões de deslocados internos e destruição de infraestruturas familiares, económicos e sociais [10].

O conflito armado começou em 4 de outubro de 2017, data da insurgência jihadista do grupo AlShabab¹. Desenvolveu-se num contexto marcado pela descoberta de recursos naturais, pela instalação de indústrias extrativas transnacionais e pela crise política associada ao escândalo financeiro das “dívidas ocultas”, ligado à aprovação, pelo governo e à revelia do parlamento, de garantias estatais para empréstimos das empresas públicas. Teve o seu pico nos anos de 2020 e 2021 e, apesar da redução do controlo territorial dos insurgentes, o cenário de atividade armada dispersa e instabilidade prolongada tem-se mantido até ao presente [11, 12]. Este artigo tem como objetivo descrever os efeitos deste conflito no sistema de saúde em Cabo Delgado e a forma como o setor saúde abordou os desafios que se impuseram, bem como analisar as respostas adotadas de modo a extrair lições e recomendações de políticas públicas capazes de ajudar outras províncias de Moçambique que possam vir a enfrentar pressões similares, bem como outros países africanos que enfrentam ou venham a viver ciclos de violência com semelhantes características.

2. Material e métodos

Estudo de caso descritivo sobre os impactos do conflito armado no sistema de saúde na província de Cabo Delgado, Moçambique, e das respostas implementadas entre 2017 e 2025.

O trabalho resulta de uma investigação preparatória para um seminário sobre o tema apresentado pelo primeiro autor a um grupo de alunos de doutoramento do IHMT-NOVA, posteriormente reorganizada para fins de análise científica através de um trabalho de reflexão e aprofundamento partilhado com os restantes autores.

A análise baseou-se na triangulação de dados administrativos de entidades governamentais, relatórios operacionais de organizações envolvidas na resposta, bem como em literatura científica e institucional. Foram incluídas fontes com relevância para a caracterização do contexto provincial, do funcionamento dos serviços de saúde, da deslocação populacional, da ocorrência de surtos e desastres naturais e das medidas de resposta adotadas pelo sector da saúde. Foi feita análise documental dos documentos arrolados (tabela 1), empregando a técnica de análise de conteúdos [13].

¹ Também conhecido por Ash-Shabab, Ansar al Sunna, Ah al-Sunna wa'l'Jamaa ou Mashababe pelos habitantes locais.

Tabela 1: Lista de documentos institucionais analisados

N	Documentos institucionais analisados	Instituição
1	Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2022–23	INE
2	IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: Indicadores Sociodemográficos - Moçambique	INE
3	Termos de Referência (ToR) para investimento em infraestruturas de saúde	MISAU
4	Relatório para a Província de Cabo Delgado	PNUD
5	Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2025	MISAU
6	Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2024	MISAU
7	Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2022	MISAU
8	Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2021	MISAU
9	Perfil Provincial Cabo Delgado 2025	UNICEF
10	Ciclones Tropicais Idai e Kenneth Moçambique - Relatório da Situação Nacional 6	OMS-África

Legenda: INE: Instituto Nacional de Estatística; MISAU: Ministério da Saúde; PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, OMS: Organização Mundial da Saúde

Para descrever e interpretar, de forma integrada, como estes fatores afetaram o funcionamento do sistema de saúde em Cabo Delgado, a informação foi organizada com base em cinco dimensões analíticas: vulnerabilidades estruturais prévias; efeitos do conflito sobre infraestruturas e serviços; impacto da deslocação sobre o acesso e a procura; interação entre conflito, surtos e eventos climáticos; e estratégias de adaptação e coordenação.

Pelas funções desempenhadas no sistema de saúde de Moçambique, os autores BdM. AL, AM e DS² dispõem de conhecimento contextual e institucional sobre a organização da resposta sanitária que foi relevante para a interpretação dos dados e para a reflexão desenvolvida ao longo do estudo. Essa proximidade constituiu um recurso analítico importante, mas implicou também a necessidade de ancorar a análise na triangulação de fontes documentais e administrativas, de modo a reforçar a consistência interpretativa e a reduzir o risco de leituras excessivamente dependentes da experiência profissional e perspectivas individuais.

3. Resultados

Os resultados são apresentados de forma sequencial, abordando as vulnerabilidades sanitárias prévias da província, a capacidade instalada da rede de saúde,

os efeitos do conflito armado sobre os serviços, a situação das populações deslocadas, a ocorrência de surtos e desastres naturais, e as principais estratégias de resposta adotadas.

3.1. Situação sanitária e vulnerabilidades prévias de Cabo Delgado

Diversos estudos e levantamentos nacionais colocam Cabo Delgado como uma das províncias com maiores desafios socioeconómicos, incluindo no domínio da saúde pública. Resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde IDS (2022-23) revelaram que é em Cabo Delgado que se verifica:

- a maior taxa de mortalidade infantil do país (55 mortes em cada 1000 nascidos vivos, em relação a uma média nacional de 39 por 1000);
- a segunda taxa mais alta de desnutrição crónica (45%, superada apenas por Nampula com 47%);
- e uma das mais altas taxas de prevalência de malária, entres outras situações que indicam a vulnerabilidade da província [7].

3.2 Rede sanitária e capacidade instalada antes do conflito

Cabo Delgado possuía uma rede sanitária de 142 unidades, contando com as destruídas durante o con-

² Desde o início do conflito e até ao final de 2025, Basílio dos Mwelus e Anastácia Lidimba ocuparam, respetivamente, o lugar de Chefe do Departamento de Planificação e Cooperação e Diretora Provincial dos Serviços de Saúde de Cabo Delgado. Alexandre Manguela e Dulnério Sengo são docentes do ISCISA, em Maputo.

flito. As unidades sanitárias incluem um hospital de referência provincial em Pemba, 4 hospitais de nível distrital nos distritos de Chiúre, Montepuez, Mocímboa da Praia e Mueda e 137 centros de saúde urbanos e rurais. No início do conflito, a cobertura da rede sanitária era, e ainda é, uma das mais baixas do país, cobrindo somente pouco mais de metade da população da província [7].

3.3 Evolução do conflito e disrupção territorial

À medida que o conflito se alastrou para outros distritos, sobretudo das regiões norte e centro da província, aumentaram a deslocação de pessoas, a destruição de infraestruturas e de bens públicos e privados, e a disrupção dos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde. Este cenário foi-se agravando até ao ponto mais crítico em 2021 (figura 1), altura em que cinco distritos ficaram completamente isolados das autoridades governamentais, incluindo da sua estrutura sanitária [14, 15].

Em março de 2021, num ataque que durou quatro dias em torno de Palma e do complexo de gás natural da Total, os insurgentes mataram vários moradores e trabalhadores contratados de várias empresas ligadas a exploração do gás. Este terá sido um dos ataques mais sangrentos do conflito [16], provocando interrupção das operações da Total. Em resposta, as forças de defesa e segurança do país conseguiram, com apoio de parceiros internacionais, recuperar Palma em pouco tempo e expulsar os atacantes. Posteriormente, e de forma gradual, o governo moçambicano promoveu o regresso dos deslocados às suas povoações de origem, sobretudo nas vilas de Mocímboa da Praia. Mesmo assim, algumas famílias receosas devido a experiências violentas anteriores, recusaram o regresso às suas casas até que a situação de segurança fosse restabelecida [11].

Cabo Delgado, ainda não voltou a ser um lugar pacífico e sofre ainda efeitos do terrorismo. Parte da vila de Palma, onde os megaprojetos estão concentrados, a proteção militar é agora mais robusta, levando a uma redução da intensidade dos confrontos. Contudo, nos

distritos circunvizinhos, os confrontos esporádicos, ainda produzem vítimas humanas e geram ondas de deslocamentos populares internos [11, 17].

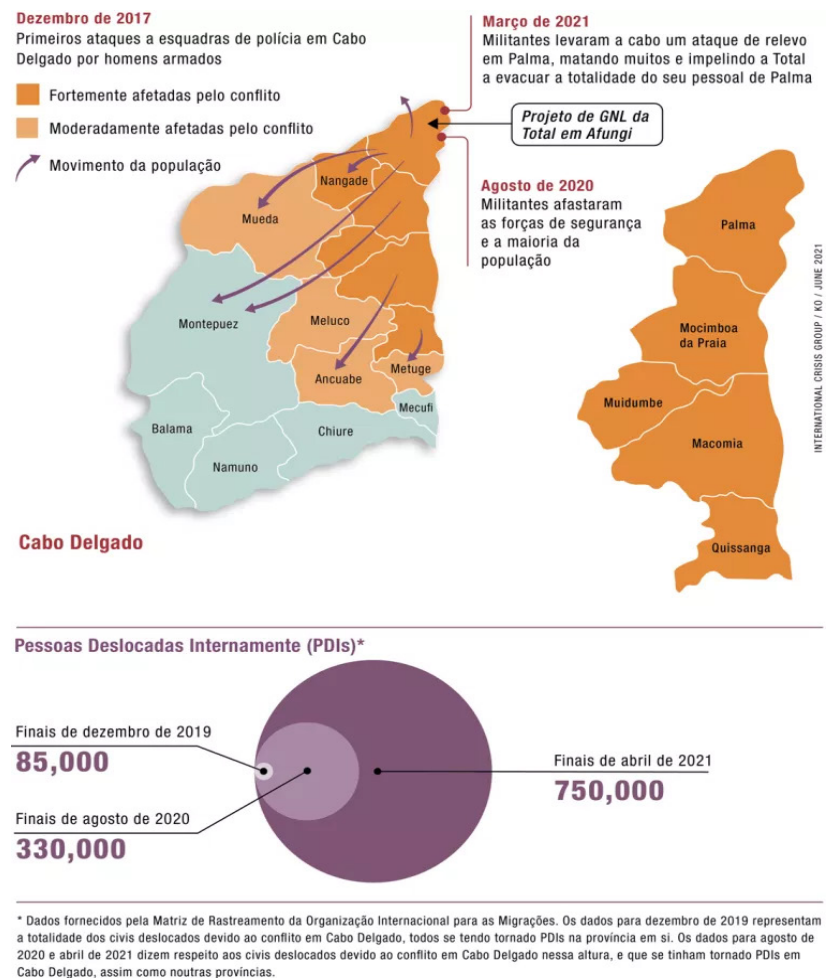


Figura 1: Mapa dos distritos severamente afetados pelos ataques [17]

3.4 Impacto dos ataques nos serviços de saúde

Os ataques tiveram impacto catastrófico nos serviços de saúde. As infraestruturas de saúde foram severamente afetadas, tendo-se registado, até ao final de 2020, a destruição completa de 19 unidades sanitárias e a destruição parcial de outras 22, com maior impacto nos distritos das regiões Norte e Centro da província [15].

Inicialmente os ataques visavam as forças de defesa e segurança e instituições estatais de poder, levando a população a entender que se tratava de uma insurgência política. Mas rapidamente passaram a ser direcionados à população civil e às instituições sociais. As primeiras unidades sanitárias foram destruídas em 2018, no distrito de Macomia, região centro da província. Seguiram-se vários ataques a unidades sa-

nitárias, com saques e incineração de medicamentos e equipamentos médicos, incluindo o assassinato de quatro técnicos de saúde que desempenhavam a sua atividade em diferentes locais [18].

Com a insegurança crescente, foram encerradas as unidades sanitárias das zonas periféricas onde incidiam mais as ações militares. À medida que os ataques atingiam as vilas das sedes dos distritos, as unidades sanitárias destes locais foram sendo igualmente encerradas. No ponto mais crítico do conflito, em 2021, contabilizavam-se 46 unidades sanitárias encerradas, correspondentes a 32% da rede, e 20 viaturas destruídas, incluindo 9 ambulâncias [14, 15].

Todo o pessoal de saúde das regiões afetadas deslocou-se para zonas seguras e houve interrupção da circulação de viaturas em várias estradas, interrompendo a cadeia de abastecimento de medicamentos e insumos médicos [14].

O encerramento destas unidades levou a interrupção de tratamento de doentes crónicos, com destaque para a perda de seguimento de cerca de 16.500 pacientes positivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em tratamento antirretroviral, interrupção de tratamento de 798 doentes com tuberculose ou a perda de acompanhamento de pessoas com outras doenças crónicas, como diabetes e hipertensão arterial, aumentando o risco de complicações, transmissão de doença e óbitos [15].

3.5 Situação da população deslocada

A violência armada provocou deslocação da população em busca de zonas mais seguras. Em 2019 a deslocação era sobretudo das aldeias periféricas para as sedes dos distritos, onde foram criados centros de acolhimento temporário para famílias deslocadas. Com o agravamento da crise nos distritos onde os ataques eram mais intensos (Macomia, Quissanga e Mocimboa da Praia), as populações começaram a deslocar-se para outros distritos, preferencialmente na zona sul da província, incluindo a cidade de Pemba, capital provincial. Famílias inteiras, compostas maioritariamente por crianças menores e mulheres, deslocaram-se das suas comunidades, despojados de bens pessoais e sem alimentos, aglomerando-se em escolas, igrejas, mesquitas ou casas de familiares. A situação sanitária na cidade de Pemba tornou-se caótica, tendo havido famílias que acolheram mais de cinquenta refugiados de uma só vez, e o contexto de insegurança foi agravado pela limitada capacidade de resposta das autoridades

e pela ameaça que pairava em relação à pandemia da COVID-19 [19].

Em 2020 o governo criou espaços de reassentamento nos distritos da zona sul, considerados mais seguros, podendo as famílias retomar atividades produtivas para seu sustento. Foram abertas 32 novas aldeias, que receberam cerca de 680.000 pessoas. Outras famílias, sobretudo as dos funcionários públicos, foram realocadas em diversos locais dentro e fora da província. A situação de deslocados atingiu o pico em 2021, quando se verificaram mais de 1.2 milhões de pessoas deslocadas, o equivalente a metade da população da província.

3.6 Ocorrência de surtos

A complexidade da resposta à situação foi agravada com a ocorrência de diversos surtos, que tornaram pior um cenário que já era muito difícil. O surgimento da pandemia de COVID-19 em 2020, surtos de cólera em 2020 e 2021, surtos de sarampo em 2021, aumento de casos de malária, entre outros agravos, vieram acrescentar peso a este cenário de grande fragilidade e carência [19, 20].

A província registou os primeiros casos de COVID-19 em abril de 2020, um surto circunscrito a um acampamento em Afungi, na zona de Palma, ligado a empresas de exploração de gás natural na bacia do Rovuma. O registo daqueles casos, aumentou a pressão sobre as autoridades sanitárias da província, não só por se tratar de uma doença até então pouco conhecida, mas também pela falta de capacidade técnica e logística para enfrentar um eventual surto num contexto de aglomeração populacional onde não havia condições para observar distanciamento social. O cenário em Afungi mostrou que era necessário reinventar uma resposta contextualizada para que fosse possível salvar o maior número de vidas. O trabalho desenvolvido na província revelou-se acertado e a dimensão do surto acabou por ficar muito abaixo das expectativas, registando-se um total de 8.529 casos com 17 óbitos [19].

A cólera é uma séria ameaça a saúde pública em Moçambique, particularmente em Cabo Delgado. Nesta província verificam-se surtos de forma cíclica e, por isso, a ocorrência de doença era de esperar, dada as aglomerações de populações em condições precárias que se verificaram. O primeiro surto após o início do conflito foi em 2019 e coincidiu com a passagem do ciclone Kenneth, tendo-se registado 289 casos de cólera com zero óbitos [20]. O maior e mais prolongado sur-

to da história da província ocorreu de 2020 para 2021 com um registo cumulativo de 6.031 casos (2.631 em 2020 e 3.400 em 2021) e 55 óbitos (39 e 16) [15, 21]. A malária continuou a aumentar, registando uma incidência de 430 casos em 1000 habitantes em 2021 e 484 casos em 1000 habitantes em 2022, sendo a principal causa de consultas externas (36%) e de internamento (28%) na província durante este período. Verificou-se ainda uma epidemia de sarampo nas aldeias de reassentamento em Chiúre e Montepuez [15, 21].

3.7 Ocorrência de desastres naturais

Ao longo dos últimos anos, a província de Cabo Delgado foi afetada por duas violentas tempestades, com destaque para os ciclones Kenneth e Chido.

- Em 2019, o ciclone Kenneth, de categoria 4, atingiu severamente a cidade de Pemba e os distritos de Ibo, Metuge, Macomia e Quissanga. Afetou 248.654 pessoas, causou 45 óbitos, 91 feridos e destruiu 23 unidades sanitárias.
- em 2024, o ciclone o Chido, de categoria 3, atingiu os distritos de Pemba, Mecúfi, Chiúre, Ancuabe, Metuge, Namuno e Balama. Afetou 272,382 pessoas, causou 810 feridos e 108 óbitos.

Em ambas as ocasiões as principais estradas ficaram muito danificadas, incapacitando o apoio às vítimas, registando-se interrupção dos serviços de telecomunicações e energia em vários locais durante longos períodos, comprometendo os serviços de socorro e acesso a serviços de saúde, bem como graves danos nos sistemas de abastecimento de água que agravaram as já difíceis condições de fornecimento de água potável e de saneamento [18]. Com isso, aumentou o risco de transmissão de doenças infecciosas, como diarreia, cólera e malária, com maior risco para aqueles que, em contexto de conflito armado, viram as suas casas destruídas e se encontravam deslocados em centros de acolhimento superlotados e com maior exposição ao ambiente externo [22, 23].

3.8 Estratégias de resposta e adaptação

Para assegurar a assistência às vítimas e mitigar os efeitos combinados do conflito armado, surtos e desastres naturais, foram implementadas diversas estratégias. Foi necessário dar resposta de saúde pública abrangente capaz de atender aos problemas das populações.

Categorização dos distritos

Para garantir a focalização na resposta em saúde para as populações, os distritos da província foram classificados em três categorias com interesse particular para a saúde pública:

1. **Distritos com serviços de saúde parcial ou totalmente interrompidos** – incluíam todos os distritos com insegurança, nomeadamente Macomia, Mocímbo da Praia, Muidumbe, Quissanga Nangade, Palma e Meluco;
2. **Distritos com surtos epidémicos e desastres naturais** – que eram Ibo, Macomia, Mecúfi, Metuge, Mocímbo da Praia e Pemba;
3. **Distritos com maior proporção de deslocados internos** - Pemba, Montepuez, Metuge, Ancuabe e Mueda.

Foi estabelecida uma equipa de coordenação única para a resposta em saúde liderada pelo governo provincial, que incluía, entre outras, entidades do sector público e privado, organizações não governamentais locais, nacionais e internacionais, agências das Nações Unidas, sociedade civil.

A principal função desta equipa foi coordenar todas as operações de resposta emergencial, tendo sido adotada uma matriz baseada no modelo 3W (Who is doing What, Where - Quem está fazendo o quê e onde) das Nações Unidas, uma ferramenta essencial de gestão de informação e coordenação humanitária projetada para identificar e reunir potenciais parceiros e estruturas e mapear as respostas emergenciais, permitindo compreender quem faz o quê, onde e como (figura 2), bem como estabelecer prioridades de intervenção ou identificar possíveis lacunas e sobreposições na resposta [24].

Tipo de intervenções de resposta

A resposta emergencial revelou-se adequada às particularidades e necessidades de cada um destes grupos de distritos, permitindo manter, mesmo em situações de violência intensa, algum nível de acesso aos cuidados básicos.

Para o grupo de distritos com os serviços de saúde interrompidos o objetivo da resposta foi o de estabelecer os serviços mínimos para garantir a assistência as populações. Para tal, apostou-se em capacitar e equipar os agentes comunitários de saúde. Foram mapeados e capacitados 49 Agentes Polivalentes de Saúde (APS) para atividades que normalmente não fazem parte do

Presença dos parceiros - Quem e Onde

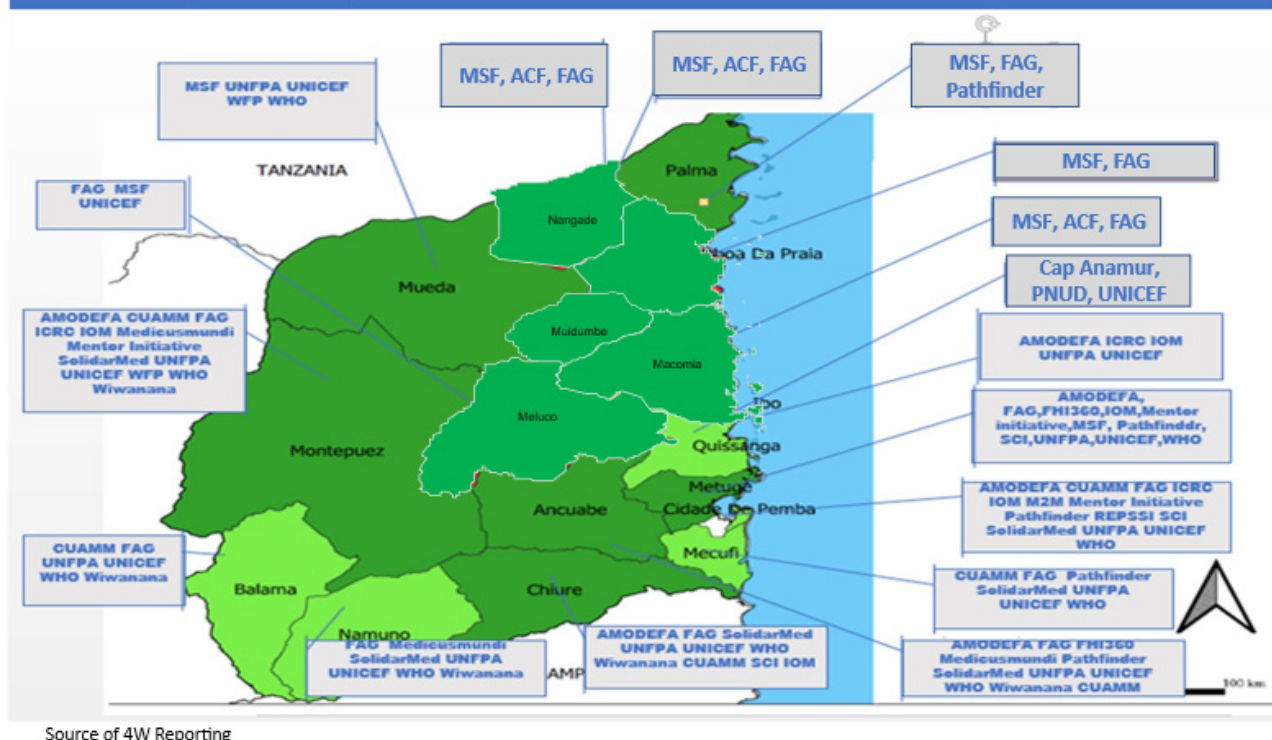


Figura 2: Exemplo do Mapa de Distribuição de Parceiros [17]

seu pacote regular, como, entre outras, provisão de tratamento antirretroviral, administração de contraceptivos injetáveis, e foram reforçados os kits de medicamentos com base numa análise de necessidade. Foram igualmente capacitadas parteiras tradicionais em manejo de parto limpo na comunidade. Outra estratégia usada foi a coordenação com as forças de defesa e segurança para apoiar a assistência sanitária em áreas inseguras, um esforço que envolveu tanto a proteção de profissionais de saúde e equipamentos como o destacamento de efetivos dos serviços de saúde militar para prestar serviço à população civil. Essas estratégias permitiram a recuperação e o reinício da prestação de serviços de saúde em áreas anteriormente sob influência de grupos insurgentes.

Para os distritos com surtos e com desastres naturais a resposta teve como objetivo principal intensificar a prevenção e resposta aos surtos de doenças epidêmicas e pandêmicas, através de ações de reforço da vigilância (deteção e investigação laboratorial precoce) e de promoção de saúde através de mobilização social e engajamento comunitário, bem como da implementação das medidas para reforçar acesso a água potável, condições de higiene sanitária (medidas WASH) e de preparação das Unidades Sanitárias para receber doentes.

Foi estabelecida vigilância baseada na comunidade, atra-

vés de comités de saúde nas aldeias e centros de reassentamento. Com o Instituto de Comunicação Social foram estabelecidos programas de educação através de pontos de escuta coletiva – espaços equipados com um altifalante para transmissão de mensagens de interesse comunitário - nos principais centros de reassentamento, bem como vacinação de bloqueio de sarampo em Ancuabe, Balama, Metuge, Montepuez e Namuno (1.695.658 vacinados) e contra cólera nas comunidades de deslocados em Metuge, Ancuabe e Chiure (476.406 pessoas), tendo ainda sido feita vacinação contra COVID-19 em todos os centros e aldeias de reassentamento.

No grupo de distritos com maior proporção de pessoas deslocadas a resposta teve como objetivo garantir o reforço de prestação de serviços de saúde. Foram identificadas 4 linhas de intervenção:

- 1) Estabelecer um posto de saúde em todos os centros de acomodação (comunidades temporárias criadas para acolher famílias deslocadas) e nas novas aldeias de reassentamento;
- 2) Reforçar a presença e regularidade de brigadas móveis integradas, equipas multidisciplinares móveis, vocacionadas para prestação de cuidados primários e apoiadas por autoridades de saúde e parceiros humanitários, que se deslocam a comunidades remotas, zonas de reassentamento, locais de deslocados internos

e áreas de difícil acesso para garantir a prestação de diversos serviços de saúde, incluindo, entre outros, consultas gerais, nutrição, vacinação, saúde infantil, saúde sexual e reprodutiva;

3) Aliviar a superlotação das unidades sanitárias através de extensão de horário de serviço;

4) Aumento de técnicos através da contratação de pessoal adicional e/ou a integração de técnicos deslocados, colocação de tendas para aumento de gabinetes de atendimento nas unidades sanitárias e a realização de mini campanhas de saúde integradas e periódicas.

4. Discussão

A insurgência em Cabo Delgado é amplamente interpretada na literatura como um fenómeno multidimensional, resultante da interação entre fragilidade do Estado, desigualdades socioeconómicas e dinâmicas de violência transnacional. A limitada presença estatal, a fraca provisão de serviços públicos e a exclusão política e económica de comunidades locais criaram condições estruturais que facilitaram a mobilização armada, particularmente entre jovens marginalizados [1, 25]. Paralelamente, a economia política dos recursos naturais desempenha um papel central na compreensão do conflito. A descoberta e exploração de gás natural e rubis intensificou expectativas de desenvolvimento, mas também agravou percepções de exclusão devido à distribuição desigual dos benefícios económicos. Este padrão é frequentemente enquadrado na literatura da “resource curse”, segundo a qual a riqueza extrativa pode aumentar tensões sociais em contextos de fraca governação [26, 27].

Adicionalmente, a literatura reconhece a presença de elementos de jihadismo transnacional, embora rejeite explicações exclusivamente religiosas. Em vez disso, argumenta-se que narrativas ideológicas foram articuladas com queixas locais, pobreza estrutural e marginalização, facilitando processos de recrutamento insurgente [28]. Dados de monitorização de conflito indicam ainda que deslocamentos populacionais massivos e choques humanitários aumentaram a vulnerabilidade das comunidades afetadas e contribuíram para a persistência da violência [29, 30].

Resumindo, a situação em Cabo Delgado reflete uma crise híbrida, na qual fatores estruturais internos e dinâmicas globais se combinam para produzir e sustentar a insurgência.

Esta insurgência confirma que os conflitos armados afetam os sistemas de saúde por duas vias simultâ-

neas: a destruição direta da sua capacidade operacional (equipamentos, abastecimento, condicionamento de recursos humanos) e o potenciamento das condições que favorecem surgimento de epidemias e outras emergências sanitárias [1]. Em Cabo Delgado, estas duas dinâmicas sobrepuseram-se: as dificuldades causadas pela destruição ou inutilização de unidades sanitárias foi acompanhado pela pressão causada por milhares de deslocados, maioritariamente mulheres e crianças, aglomeradas em condições precárias nos distritos de acolhimento [31]. Além das causas ligadas ao conflito, a crise sanitária em Cabo Delgado resultou também da convergência de vulnerabilidades estruturais prévias com choques agudos provocados por eventos de natureza climática e epidemiológica.

A rede sanitária da província já era frágil e desigualmente distribuída pelo território, sendo condicionada por subfinanciamento crónico, escassez de recursos humanos, infraestruturas precárias e incapaz de absorver choques sem rutura nos serviços essenciais [5, 6]. Por outro lado, a pobreza extrema que afeta a maioria da população [7] agravou a vulnerabilidade, condicionando o acesso aos cuidados existentes [32].

A sobreposição do conflito armado com a pandemia de COVID-19, surtos de cólera e sarampo e com dois ciclones de grande intensidade colocou o sistema perante múltiplos choques simultâneos, exigindo respostas altamente adaptativas num contexto de elevada exposição a catástrofes e capacidade de preparação estruturalmente limitada [4]. A interrupção do tratamento antirretroviral de milhares de doentes e do seguimento de casos de tuberculose ilustra um dos efeitos mais graves e menos visíveis da crise: o abandono de programas que dependem de continuidade logística e cujas consequências — em termos de mortalidade, resistências farmacológicas e transmissão comunitária — se prolongam muito além do período agudo da crise.

Dentro deste quadro de fragilidades e de necessidades crescentes, a resposta do sector de saúde ficou marcada pela capacidade de manter um comando único provincial e de desenvolver estratégias diferenciadas por contexto. A aposta nos APS como primeira linha de resposta em zonas de maior insegurança foi particularmente significativa: em províncias onde a distância às unidades sanitárias já constituía um obstáculo estrutural antes do conflito, esta abordagem não é apenas uma medida de contingência, mas uma estratégia de equidade com justificação permanente [6]. A coordenação regular entre parceiros, através de

mecanismos de prestação de contas, foi determinante para evitar duplicações e orientar recursos para as necessidades mais prementes — uma exigência tanto mais premente quanto a assistência que dependia quase inteiramente de financiamento externo volátil. O desempenho na gestão do surto de COVID-19, contido muito abaixo das projeções iniciais apesar das condições de aglomeração, demonstra que a contextualização da resposta e a liderança institucional podem compensar, pelo menos parcialmente, as fragilidades estruturais do sistema.

A experiência de Cabo Delgado evidencia, por fim, uma tensão recorrente em contextos de fragilidade: a resposta humanitária de emergência, por mais eficaz que seja, não substitui o investimento estrutural de longo prazo nem responde a uma mudança estrutural necessária para alavancar os indicadores de saúde, mas também a paz: a melhoria das condições de vida da maioria da população [9, 10]. A sustentabilidade dos ganhos obtidos durante a crise depende de investimento contínuo na força de trabalho em saúde, da acessibilidade geográfica — a destruição de estradas pelos ciclones e pelo conflito foi frequentemente o principal fator limitante da resposta [4] — e em mecanismos de financiamento menos voláteis, que articulem resposta humanitária, recuperação e desenvolvimento. Sem este enquadramento estratégico, os avanços institucionais conquistados durante a crise arriscam-se a não sobreviver ao recuo do financiamento externo [32].

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações associadas ao seu desenho descritivo e à dependência de fontes documentais, administrativas e operacionais. Em contexto de conflito armado, estes dados podem apresentar lacunas, subnotificação e variações nos critérios de registo entre períodos, distritos e instituições. A ausência de recolha de dados primários limita a análise da experiência dos profissionais, gestores e populações afetadas, bem como a avaliação da efetividade e sustentabilidade das respostas adotadas. Além disso, a sobreposição entre conflito, fragilidades prévias, deslocamentos, surtos e eventos climáticos dificulta a atribuição causal direta dos efeitos observados exclusivamente ao conflito.

5. Conclusão

Este estudo contribui para a literatura global sobre sistemas de saúde em contextos frágeis ao demonstrar

empiricamente como conflitos armados, choques climáticos e epidemias podem interagir de forma sinérgica, produzindo disrupções sistémicas prolongadas. Ao analisar o caso de Cabo Delgado, reforça-se a importância de abordagens integradas que ultrapassem a separação entre resposta humanitária e desenvolvimento, destacando o papel da governação, da equidade territorial e da cooperação multisetorial na capacidade de resposta dos sistemas de saúde.

Com base nos resultados apresentados, propõe-se um quadro conceptual integrador para a análise de sistemas de saúde em contextos de conflito, estruturado em quatro dimensões interdependentes: vulnerabilidades estruturais pré-existent, choques agudos múltiplos (conflito, surtos epidémicos e eventos climáticos), mecanismos de disrupção do sistema de saúde e respostas adaptativas. Este modelo destaca a natureza dinâmica destes elementos, sugerindo que a resiliência ou colapso dos sistemas de saúde depende da interação entre estas dimensões.

Em conjunto, estes resultados reforçam a necessidade de sistemas de saúde em contextos frágeis serem concebidos como sistemas adaptativos complexos, exigindo respostas integradas e sustentadas ao longo do tempo.

Aprovação por comité de ética

Estudo de caso descritivo que, por ser baseado em análise documental e não ter envolvido pesquisa com seres vivos ou tratamento de dados sensíveis, não careceu de aprovação por comité de ética

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

6. Bibliografia

1. NTAKA B. The Cabo Delgado Insurgency: A Symptom of Governance Failure in Mozambique. *The African Journal of Governance and Development (AJGD)* 2023; 12: 21–42.
2. Levy BS. The impacts of war on health, human rights, and the environment—an overview. *Front Public Health*; 13. Epub ahead of print September 17, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1547784.
3. Instituto Nacional de Estatística (INE). *IV Recenseamento geral da população e habitação. 2017: indicadores sócio-demográficos de Moçambique* Maputo: INE, 2018.
4. Freia ACB, Nhachungue FG, Ferracini R. A Geografia de (em) Moçambique: Percursos e Desafios Actuais. In: *II Conferência Nacional da Associação de Geógrafos de Moçambique*. Nampula: Revista África e Africanidades, 2024.
5. Ministério da Saúde. *Termos de Referência (ToR) para investimento em infraestruturas de saúde*. Maputo: MISAU, 2018.
6. dos Anjos Luis A, Cabral P. Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *Int J Equity Health* 2016; 15: 173.
7. Instituto Nacional de Estatística (INE). *Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique*. Maputo: INE, 2018.

bique 2022–23. Maputo: INE, 2024.

8. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Perfil Provincial Cabo Delgado 2025*. Maputo: UNICEF, 2025.

9. Langa ENB. Moçambique: o extremismo violento e o terrorismo na província de Cabo Delgado. *Revista Brasileira de Estudos Africanos*; 9. Epub ahead of print April 5, 2025. DOI: 10.22456/2448-3923.141971.

10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório para a Província de Cabo Delgado: Não Deixar Ninguém para Trás a Nível Local*. Maputo: PubliFix, 2025.

11. Bonate LJK, Israel P, Rosario C. God, Grievance and Greed: War in Cabo Delgado, Mozambique. *Kronos* 2024; 50: 1–29.

12. Chichava S. 'Who is "the enemy" attacking Cabo Delgado? Short presentation of the hypotheses of the Mozambican Government.' *IDeIAS* 2020, 127.

13. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2016; 2: 8–14.

14. Ministério da Saúde. *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2025*. Maputo: MISAU, 2025.

15. Ministério da Saúde. *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2021*. Maputo: MISAU, 2021.

16. Perry A. Palma Massacre: A Hidden Catastrophe, Uncovered, <https://www.alex-perry.com/palma-massacre/> (2023, accessed May 1, 2026).

17. Svicevic M, Bradley M. *Mozambique's Cabo Delgado conflict: international humanitarian law and regional security*. New York: Routledge, 2024.

18. Ministério da Saúde. *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2024*. Maputo: MISAU, 2024.

19. Feijó J. Return to a new future or a return to the past? – the population return to the northeast of Cabo Delgado. *Observatório do Meio Rural, Destaque Rura*, 2022, 125.

20. Organização Mundial da Saúde em África. *Ciclones Tropicais Idai e Kenneth Moçambique - Relatório da Situação Nacional* 6. OMS Africa, https://www.afro.who.int/publications/ciclones-tropicais-idai-e-kenneth-mocambique-relatorio-da-situacao-nacional-6?utm_source=chatgpt.com (2019, accessed May 1, 2026).

21. Ministério da Saúde. *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde 2022*. Maputo: MISAU, 2022.

22. Mugabe VA, Inlamea OF, Ali S, et al. Surveillance for arboviruses and leptospirosis among non-malarial acute febrile illness outpatients in areas affected by Cyclones Idai and Kenneth in Mozambique. *Frontiers in Tropical Diseases*; 4. Epub ahead of print February 15, 2023. DOI: 10.3389/fitd.2023.1091545.

23. Mugabe VA, Gudo ES, Inlamea OF, et al. Natural disasters, population displacement and health emergencies: multiple public health threats in Mozambique. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e006778.

24. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Who does What Where (3W). *OCHA Knowledge Base*, <https://knowledge.base.unocha.org/wiki/spaces/imtoolbox/pages/214499412/Who+does+What+Where+3W> (2025, accessed April 25, 2026).

25. Morier-Genoud E. The jihadi insurgency in Mozambique: origins, nature and beginning. *Journal of Eastern African Studies* 2020; 14: 396–412.

26. Collier P. The bottom billion: Why are the poorest countries failing and what can be done about it. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 898–899.

27. Ross ML. What Have We Learned about the Resource Curse? *Annual Review of Political Science* 2015; 18: 239–259.

28. Bonate LJK. jihadismo transnacional e a insurgência em Cabo Delgado, Moçambique. *Afro-Asia* 2022; 519–553.

29. ACLED. Cabo Delgado conflict monitoring and analysis. Armed Conflict Location & Event Data Project. *Mozambique Conflict Monitor - Cabo Ligado*, <https://acledata.com/country/mozambique> (accessed May 16, 2026).

30. International Organization for Migration. *Mozambique displacement tracking matrix: Cabo Delgado situation report*. International Organization for Migration, <https://dtm.iom.int> (2024, accessed May 16, 2026).

31. Feijó J, Maquenzi J, Salite D, et al. *Caracterização das Condições Socioeconómicas dos Deslocados Internos no Norte de Moçambique ao Longo do Ano de 2021*. Working Paper. Maputo: Observador Rural, 2022.

32. Covane LG, Moreira RR. Desigualdades Económicas e Sociais e o Desafio da Cobertura Universal em Saúde Primária em Moçambique. *Revista Electrónica de Investigação e Desenvolvimento*; 4. Epub ahead of print October 13, 2025. DOI: 10.70634/reid.v4i16.609.