

A diagrammatic structure is overlaid on the page. It features four colored squares: a cyan square at the top, a yellow square on the left, a pink square on the right, and a white square at the bottom. These squares are connected by thin white lines that form a series of triangles, framing the central text. The cyan square is at the top, connected to the yellow and pink squares. The yellow and pink squares are connected to each other and to the white square at the bottom. The white square is also connected to the central text area.

MUDANÇA TRANSFORMACIONAL

ABORDANDO
FALHAS DE
COORDENAÇÃO
NA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS
DE SAÚDE EM
MOÇAMBIQUE

DIRECTED BY



FUNDED BY





JOHN WESSELS/AFP via Getty Images

ÍNDICE

1. Compreender a Mudança Transformacional	4
2. O desafio de eficiência no sector público de saúde em Moçambique	5
Cronologia da Mudança Transformacional	8-9
3. O caminho para a Mudança Transformacional	10
a. Compreender as ineficiências na prestação de serviços de saúde em Moçambique	10
b. Distribuir as chegadas, reduzir os tempos de espera: os pilotos de agendamento em CPN	12
c. Dos pilotos à expansão e adopção governamental: construção de legitimidade e escalonamento para outras unidades de cuidados crónicos	17
d. Sustentar a mudança a longo prazo e a institucionalização	20
4. O que torna este caso transformacional: principais conquistas por dimensão	24
5. Motores da mudança	26
Referências	30



1. Compreender a Mudança Transformacional

O IGC trabalha com decisores políticos em países de baixo e médio rendimento para promover um crescimento inclusivo e sustentável através de investigação inovadora. A nossa investigação e o envolvimento em políticas públicas são apoiados por uma rede internacional de investigadores e por escritórios nacionais residentes em África, no Sul da Ásia e no Médio Oriente. A abordagem colaborativa possibilitada por este modelo — com equipas integradas nos países que reúnem decisores políticos seniores e investigadores de referência — criou um mecanismo eficaz para a geração conjunta de ideias.

Para compreender, reforçar e comunicar o impacto do IGC, criámos, em 2024, uma metodologia de 'Mudança Transformacional'. Esta metodologia visa identificar as condições em que a investigação pode alcançar um impacto significativo e positivo a nível político e académico, centrando-se em quatro dimensões-chave: contribuição inovadora, institucionalização, escalabilidade e impacto. O foco da nossa abordagem recai sobre a contribuição para a mudança, e não sobre a atribuição; analisamos casos em que a contribuição do IGC foi determinante para que a mudança ocorresse, reconhecendo, no entanto, que não foi o único interveniente. A nossa Equipa de Monitoria, Avaliação e Aprendizagem (MEL) está agora a aplicar esta metodologia a uma série de estudos de caso. O conhecimento gerado por estes estudos permitirá aprofundar a nossa compreensão sobre as contribuições decisivas do IGC e ajudar-nos-á a extrair lições práticas que orientem estratégias futuras e reforcem o papel do IGC na promoção de políticas públicas baseadas em evidência.

Entre Agosto e Novembro de 2025, aplicámos a metodologia de Mudança Transformacional do IGC para analisar o conjunto de investigação "Abordar falhas de coordenação na prestação de serviços de saúde", que teve como objectivo melhorar a capacidade do Estado através de inovações operacionais nas políticas de saúde em Moçambique. Este corpo de trabalho, desenvolvido ao longo de uma década, assenta em projectos de investigação

financiados pelo IGC e em eventos de disseminação. No centro deste conjunto encontra-se uma ideia de baixo custo, mas transformadora: testar se um sistema de marcação de consultas baseado em horários poderia reduzir os tempos de espera, ao mesmo tempo que melhoraria a adesão e a eficiência dos serviços de cuidados pré-natais (CPN) e de saúde relacionados com o HIV na linha da frente em Moçambique. Ao longo do tempo, os esforços de investigação e disseminação contribuíram para mudanças nas políticas, nas práticas e nas percepções dos utentes no sistema de saúde, desempenhando assim um papel na melhoria da capacidade do Estado na prestação de serviços públicos e, consequentemente, nos resultados do capital humano.

Esta análise de Mudança Transformacional baseia-se em documentos internos, relatórios oficiais, publicações académicas e contributos de 14 entrevistas com informantes-chave.¹

2. O desafio de eficiência no sector público de saúde em Moçambique

Moçambique tem enfrentado há muito tempo desafios significativos em matéria de saúde materna e infantil, tornando essencial o contacto atempado e regular com o sistema de cuidados pré-natais. Em 2015, a razão de mortalidade materna (RMM) em Moçambique era de aproximadamente 489 mortes por 100.000 nados-vivos, significativamente acima da tendência global em direcção ao cumprimento da meta dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de <70 até 2030.² Além disso, o sistema público de saúde em Moçambique tem sido, há muito, limitado por ineficiências persistentes no fluxo de pacientes e na prestação de serviços. Em 2012, 74% dos pacientes relataram ter enfrentado longos tempos de espera nas unidades sanitárias públicas, reflectindo um sistema sem agendamento estruturado ou triagem clara (Sequeira et al., 2019). Os pacientes frequentemente formavam filas durante horas, por vezes desde antes do amanhecer, sem qualquer certeza de quando, ou mesmo se, seriam atendidos (J. Thembo, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025). Estes atrasos e a sobrelotação das unidades sanitárias deterioraram a qualidade dos serviços e desincentivaram os pacientes a regressar para cuidados de seguimento, particularmente nos serviços de saúde materna e de HIV. Embora 91% das mulheres tenham tido pelo menos uma consulta pré-natal (CPN), apenas 55% completaram as quatro consultas

¹ As entrevistas para este estudo de caso foram realizadas em Setembro de 2025 com as seguintes partes interessadas: Anum Anis (equipa do Programa de Investigação, IGC), Anibal Naftal (Direcção Provincial do Ministério da Saúde), Carla Alberto (equipa do Programa de Sistemas de Saúde, Instituto Nacional de Saúde – INS), Claudio Frischtak (Director Nacional, IGC Moçambique), Domingos Lambo (antigo Secretário Permanente, Ministério da Economia e Finanças), Edite Tuzine (Direcção Nacional de Assistência Médica, Ministério da Saúde), Egas Daniel (Economista Sénior do País, IGC Moçambique), Eusebio Chaquisse (Chefe do Departamento Central de Cuidados de Saúde Primários, Ministério da Saúde), Janet Dula (Investigadora, Instituto Nacional de Saúde – INS), José Thembo (Director do Centro de Saúde de Malhangalene, Direcção de Saúde da Cidade de Maputo), Khatia Mungumbe (Assessora de Desenvolvimento Humano, FCDO Moçambique), Laurentino Cumbi (Gestor de Projecto, Instituto Nacional de Saúde – INS), Sandra Sequeira (Investigadora Principal e Responsável Académica para o IGC Moçambique), Sérgio Chicumbe (Director de Investigação, Instituto Nacional de Saúde – INS) e Shahid Vaziralli (equipa do Programa de Investigação, IGC).

² Desde 2023, a razão de mortalidade materna (RMM) em Moçambique foi reduzida significativamente para aproximadamente 99 mortes por 100.000 nados-vivos, enquanto a taxa de mortalidade de menores de 5 anos é de cerca de 62 por 1.000 nados-vivos.

recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (MISAU, 2019). Desafios semelhantes afectaram a retenção no tratamento do HIV, onde o acompanhamento regular é essencial para a continuidade dos cuidados. Tendo em conta que, em Moçambique, a prevalência de HIV entre adultos dos 15 aos 49 anos era de 13,2% em 2015, o acompanhamento contínuo é extremamente relevante (MISAU, 2018).

Neste contexto, os estrangulamentos persistentes nos serviços de saúde na linha da frente tornaram-se emblemáticos de um desafio mais amplo para o Estado moçambicano: como prestar serviços públicos fiáveis com recursos limitados e uma procura crescente por parte dos cidadãos. A melhoria da eficiência operacional deixou, assim, de ser apenas uma preocupação do sector da saúde, passando a ser uma prioridade central de governação. Este pensamento alinhava-se com uma agenda governamental mais ampla de reforço da eficácia do Estado em áreas como a educação, o registo civil e outros serviços públicos de elevada procura. Neste contexto de reformas, o sector da saúde apresentou uma oportunidade para melhorar falhas de coordenação através de ferramentas simples como o agendamento de consultas, que poderiam reduzir visivelmente o congestionamento, melhorar a qualidade dos serviços e demonstrar como uma melhor gestão poderia traduzir-se numa prestação de serviços mais responsiva e eficiente por parte do Estado (D. Lambo, comunicação pessoal, 9 de Setembro de 2025).

Este conjunto de investigação apoiado pelo IGC foi iniciado em 2014, quando uma ampla aposta governamental em melhorar a eficiência da despesa em saúde encontrou uma realidade quotidiana nas unidades sanitárias: sobrelotação, longos tempos de espera e abandono de cuidados recorrentes por parte dos pacientes. Isto criou as condições para uma reforma de agendamento co-desenhada e testável. À medida que os resultados iniciais geraram interesse político e procura contínua, o trabalho evoluiu para um conjunto mais amplo de investigação, apoio ao reforço de capacidades e envolvimento político, incluindo actividades de disseminação de alto nível com a liderança sénior. Em conjunto, estas actividades representaram um investimento do IGC de cerca de 200.000 GBP. Reconhecendo que este trabalho de uma década foi possível graças a uma colaboração sustentada entre vários departamentos governamentais, parceiros internacionais e investigadores do IGC, este estudo de caso centra-se especificamente na contribuição distintiva do IGC.

Contribuição do IGC para a mudança

- Fornecimento da primeira evidência rigorosa em Moçambique de que um sistema simples e de baixo custo de agendamento de consultas pode reduzir os tempos de espera, melhorar a experiência e retenção dos pacientes e aumentar a utilização dos serviços de saúde. A investigação ajudou a reformular o problema da eficiência no sector da saúde em Moçambique, passando de uma questão de escassez de recursos para uma questão de gestão e práticas institucionais, ao mesmo tempo que demonstrou que as mulheres tinham fortes compromissos normativos com a CPN e que as barreiras de acesso, e não a consciencialização, eram o principal constrangimento à utilização dos serviços.

- Aproximação entre investigação e implementação através de parcerias integradas com o Instituto Nacional de Saúde (INS) e o Ministério da Saúde (MISAU), permitindo um fluxo contínuo de feedback entre investigadores, decisores políticos e profissionais de saúde na linha da frente. A colaboração de campo do IGC reforçou a capacidade de investigação do INS e permitiu que as ferramentas de agendamento fossem adaptadas às realidades locais.

- Apoio à legitimidade de uma reforma já em consideração pelo governo através de um envolvimento político de alto nível. Esta evidência contribuiu para a inclusão do agendamento de consultas no Plano Estratégico do Sector da Saúde 2020-2024 do MISAU e apoiou a sua implementação a nível nacional.



Cronologia da Mudança Transformacional

Abordando falhas de coordenação na prestação de serviços de saúde em Moçambique

Diagnóstico do problema e co-desenho: O envolvimento do MEF e do INS cria um mandato para identificar reformas de baixo custo na prestação de serviços de saúde. O INS/MISAU e o IGC identificam as filas de espera e o fraco fluxo de pacientes como constrangimentos críticos nos cuidados pré-natais (CPN); o agendamento de consultas é seleccionado como uma solução viável de “ganho rápido”.

Estabelecimento da prova de conceito: O projecto-piloto de agendamento em unidades sanitárias públicas demonstra reduções significativas no tempo de espera e melhoria no seguimento das consultas de CPN; a evidência é comunicada em fóruns superiores do MISAU, reforçando o apoio político para a expansão com avaliação contínua. O Governo anuncia a inclusão de um sistema de agendamento de consultas como prioridade do MISAU.

Investigação da segunda fase e expansão: A investigação avança para testar a escalabilidade e os mecanismos subjacentes (incluindo capacidade de gestão/falhas de coordenação) e para alargar a lógica do agendamento para serviços crónicos mais complexos (por exemplo, cuidados de HIV).

A expansão na região sul é liderada directamente pelo INS: 46 unidades de CPN (em regime experimental) e 40 unidades de HIV são introduzidas em três províncias, a partir do 4.º trimestre de 2020, com monitorização em 2021-2022; a COVID-19 aumenta a relevância da redução da aglomeração e reforça a institucionalização. O MISAU inclui formalmente a expansão dos sistemas de agendamento num documento oficial de política de saúde através do Plano Estratégico 2020-2024.

Principais conquistas

Consolidação da reforma e visibilidade política renovada: INS/MISAU continuam a implementação e a avaliação contínua; a disseminação a alto nível mantém o ímpeto, e webinars subsequentes com o IGC reforçam o apoio de doadores internacionais para a expansão nacional do sistema de agendamento.

2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

Tempo de Espera, Tempo Desperdiçado: uma intervenção piloto de agendamento para reduzir o tempo de espera nos cuidados pré-natais em Moçambique (co-financiado pela J-PAL)

Este projecto testou se um sistema simples de agendamento em papel poderia ser implementado em unidades sanitárias públicas e reduzir os custos de espera para mulheres que procuram cuidados pré-natais. O piloto demonstrou reduções significativas no tempo de espera (cerca de 100 minutos, aproximadamente metade do tempo de espera) e melhoria na continuidade dos cuidados (maior conclusão do número recomendado de consultas de CPN), com elevada aceitação por parte das pacientes.

A aprendizagem inicial de implementação também mostrou que soluções tecnológicas (aplicações/SMS) não eram fiáveis em contextos de baixa conectividade, e que o agendamento em papel, combinado com o reforço da confiança comunitária, era mais robusto para expansão. Isto deu origem a duas publicações revistas por pares no BMJ Global Health e no BMC Health Services Research.

Reduzir falhas de coordenação para melhorar a adesão ao tratamento do HIV: uma intervenção ao nível de gestão em Moçambique (co-financiado pelo Banco Mundial)

Com base na prova de conceito dos CPN, esta fase examinou se constrangimentos de coordenação e gestão em trajectos de cuidados crónicos mais complexos (incluindo HIV) contribuem para longos tempos de espera e fraca retenção, e se reformas de agendamento/fluxo de trabalho melhoram o desempenho dos serviços. O programa mais amplo entrou num período de implementação e avaliação na região sul durante 2020–2022, mas os resultados do HIV revelaram-se mais difíceis de estimar devido à complexidade da implementação e a constrangimentos no acesso aos dados. O subsequente RCT de larga escala confirmou ganhos de eficiência mais amplos: mais visitas aos cuidados pré-natais, mais procedimentos recomendados, redução do tempo médio de espera e menos esperas muito longas.

Avançar o acesso aos cuidados de saúde em Moçambique

Evento de disseminação e construção de coligações de alto nível para partilhar evidência emergente sobre reformas de agendamento e fluxo clínico e discutir a sua extensão a outros serviços crónicos. Este evento reuniu decisores seniores do INS/MISAU, investigadores e parceiros internacionais, reforçou a visibilidade política e apoiou a continuidade da avaliação e do planeamento da implementação.

Esta cronologia ilustra a evolução da história da Mudança Transformacional, destacando conquistas-chave relacionadas com a investigação financiada pelo IGC e o envolvimento em políticas públicas. Reconhece a acumulação de resultados de investigação, esforços políticos e contribuições de múltiplos intervenientes, enfatizando a contribuição em vez da atribuição direta aos resultados observados.

Investigação e envolvimento político



3. O caminho para a Mudança Transformacional

a. Compreender as ineficiências na prestação de serviços de saúde em Moçambique

Em 2014, Domingos Lambo, então Secretário Permanente do Ministério da Economia e Finanças (MEF), convidou a equipa do IGC Moçambique a identificar reformas que pudessem ajudar a maximizar a eficiência da despesa no sector da saúde (E. Daniel, comunicação pessoal, 12 de Setembro de 2025; C. Frischtak, comunicação pessoal, 25 de Setembro de 2025). O IGC Moçambique, já um parceiro estabelecido do MEF, encontrava-se numa posição única para responder através do seu modelo, que integra excelência de investigação internacional com envolvimento político no terreno. Este envolvimento do MEF reforçou a relevância política das reformas de “custo-benefício” e criou espaço para que o IGC ajudasse a traduzir prioridades amplas de eficiência em inovações testáveis ao nível das unidades sanitárias.

Ao mesmo tempo, os profissionais do sistema de saúde, especialmente no seio das redes do INS e do MISAU, enfrentavam um constrangimento muito concreto: unidades sanitárias sobrelotadas, filas longas e incertas, e consultas de seguimento perdidas em serviços de cuidados recorrentes como os cuidados pré-natais e o tratamento do HIV/doenças crónicas. Para liderar o trabalho, o IGC envolveu Sandra Sequeira, sua investigadora principal para Moçambique e economista do desenvolvimento na London School of Economics. A parceria de investigação, liderada através do programa do IGC em Moçambique e co-desenhada com contrapartes do

MISAU, foi estruturada em torno de uma questão pragmática: poderia um sistema simples e de baixo custo de agendamento de consultas reduzir a congestão e melhorar a continuidade dos cuidados dentro das restrições fiscais e operacionais existentes?

As conversas iniciais de enquadramento entre Sequeira e Janet Dula, investigadora do INS — o organismo de investigação independente dentro do MISAU — centraram-se na identificação de uma reforma de baixo custo e escalável que pudesse melhorar o desempenho do sistema dentro do orçamento e recursos existentes no sector da saúde. Nesta fase inicial, o Dr. Eduardo Samo Gudo, então Director Científico do INS, tornou-se uma figura-chave para garantir o apoio e envolvimento total do INS neste estudo (S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025). À medida que as discussões avançavam, o IGC realizou uma série de entrevistas qualitativas com diversas partes interessadas e considerou várias abordagens utilizadas noutros contextos, incluindo incentivos ao desempenho dos prestadores. No entanto, os parceiros do INS mostraram reservas, argumentando que soluções baseadas em “pagar mais” eram politicamente e fiscalmente inviáveis e que qualquer reforma teria de se enquadrar no orçamento existente.

O foco conjunto deslocou-se, assim, para uma abordagem de “ganhos rápidos”: abordar estrangulamentos operacionais que estavam claramente a prejudicar a utilização e a continuidade dos cuidados, especialmente as filas e os longos tempos de espera nas unidades sanitárias. Este enfoque foi reforçado por evidência prévia de estudos conduzidos por investigadores da Universidade de Washington, que mostraram que as primeiras consultas pré-natais frequentemente envolviam mais de uma hora de espera apenas antes do registo, evidenciando a necessidade urgente de soluções para reduzir atrasos e melhorar a capacidade de resposta dos serviços (Wagenaar et al., 2016). Os cuidados pré-natais, que requerem visitas repetidas dentro de um período fixo de gravidez, são particularmente sensíveis aos tempos de espera, à previsibilidade e à organização das unidades sanitárias.

A ideia de introduzir um sistema de agendamento de consultas não era nova — o INS já tinha tentado implementar esta prática em algumas unidades sanitárias em anos anteriores. No entanto, estes esforços iniciais tinham sido interrompidos devido a acompanhamento institucional limitado e à falta de evidência credível que demonstrasse impacto (S. Chicumbe, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025). Por volta de 2015, uma experiência apoiada pela Johns Hopkins (Jhpiego) no centro de Moçambique também testou o agendamento de consultas e mostrou melhorias na experiência dos pacientes e na organização dos serviços, mas os seus resultados permaneceram anedóticos. A equipa de investigação do IGC reviu esse estudo e incorporou o conhecimento de implementação dos seus consultores na fase de desenho, de forma a garantir que a nova investigação se baseava em resultados anteriores (S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025).

Entrevistas qualitativas realizadas pelo IGC, INS e pela Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) — outra unidade do MISAU — apontaram para um conjunto de mecanismos reforçadores que contribuem para a baixa utilização e fraca retenção em serviços-chave de saúde. Do lado dos pacientes, as longas e imprevisíveis esperas dificultavam a conciliação

das visitas repetidas com o trabalho, responsabilidades domésticas e constrangimentos de transporte, desencorajando o seguimento mesmo quando a procura por cuidados era elevada. Do lado dos prestadores, as filas não estruturadas concentravam a procura no início da manhã, sobrecarregando o pessoal, reduzindo o tempo de consulta e limitando a capacidade de priorizar casos crónicos e de seguimento. Em conjunto, a fraca experiência do paciente e a limitada capacidade de resposta das unidades sanitárias pareciam reforçar baixas taxas de conclusão das visitas recomendadas e dos cuidados de seguimento (IGC, 2018), especialmente nos serviços de CPN e HIV, onde a perda de seguimento era elevada apesar da necessidade de continuidade dos cuidados. Neste contexto, o agendamento de consultas emergiu como uma intervenção direccionada e de baixo custo, concebida para resolver estes estrangulamentos específicos através da distribuição das chegadas dos pacientes ao longo do dia, redução da incerteza para os utentes e alívio da pressão sobre os profissionais na linha da frente — tornando-se um candidato natural para teste rigoroso através de um projecto-piloto.

b. Distribuir as chegadas, reduzir os tempos de espera: os pilotos de agendamento em CPN

Dado que tentativas anteriores de testar este tipo de intervenção tinham sido recebidas com cepticismo, sobretudo por parte dos pacientes, devido à falta de confiança nos sistemas de filas, os investigadores propuseram começar com um pequeno piloto para testar se um sistema de agendamento baseado em marcações poderia funcionar na realidade das unidades de cuidados primários em Moçambique. Em estreita colaboração com o INS, a equipa de investigação — composta por Sandra Sequeira, Margaret McConnell, Maria Steenland e outros investigadores do INS³ — submeteu uma proposta ao 2.º ciclo do Commissioning Board⁴ do IGC em 2014. A proposta foi aprovada com forte apoio da equipa do país em Moçambique, que considerou esta investigação extremamente relevante para as prioridades locais.

O piloto foi operacionalizado após a formalização da parceria com o Ministério da Saúde em 2016. Este processo foi precedido por um envolvimento intensivo pré-intervenção com autoridades provinciais e distritais, bem como líderes comunitários, com o objectivo de construir confiança no novo sistema e apoiar a adesão. A intervenção introduziu um sistema simples de agendamento por blocos horários⁵ em três unidades

³ Sandra Sequeira co-liderou o estudo, juntamente com Margaret McConnell da Harvard T.H. Chan School of Public Health, com contribuições adicionais para o desenho e interpretação de dados de Maria Steenland (Brown University), Amanda de Albuquerque (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro), e de Janet Dula, Quinhas Fernandes, Rosa Marlene Cuco, Sérgio Chicumbe e Eduardo Samo Gudo (Ministério da Saúde, Moçambique).

⁴ No IGC, uma ronda do Commissioning Board (CB) refere-se ao processo competitivo através do qual propostas de investigação são avaliadas e seleccionadas para financiamento pelo Commissioning Board central do IGC, um painel de académicos seniores responsável por avaliar a relevância para políticas públicas, o rigor metodológico e o potencial de impacto no mundo real.

⁵ As pacientes recebiam uma data fixa e um intervalo de uma hora para a sua próxima visita, registados num cartão de consulta, enquanto os enfermeiros utilizavam livros de agendamento para distribuir as consultas de forma mais equilibrada ao longo do dia (Sequeira et al., 2019; S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025).

sanitárias – combinando centros urbanos e periurbanos⁶ – em Boane, Malhangalene e Quissico. Uma quarta unidade sanitária – Machava II – funcionou como grupo de controlo, onde continuou a vigorar o modelo de fila por ordem de chegada. A avaliação analisou resultados relacionados com os tempos de espera, organização das unidades sanitárias e retenção de pacientes (Sequeira et al., 2019; S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025; J. Dula, comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025). A própria intervenção foi intencionalmente simples: as mulheres que acediam às consultas de CPN recebiam uma data e hora de retorno e eram informadas de que, caso regressassem conforme agendado, seriam atendidas num prazo aproximado de uma hora; os enfermeiros registavam as marcações tanto nos cartões dos pacientes como nos registos das unidades sanitárias (IGC, 2018).

O piloto gerou resultados iniciais fortes: os tempos médios de espera nas consultas de CPN diminuíram cerca de 100 minutos (aproximadamente 50%), e a conclusão das quatro consultas pré-natais recomendadas pela OMS aumentou em 16 pontos percentuais entre as mulheres acompanhadas ao longo da gravidez (Sequeira et al., 2019; LSE, 2021; S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025). Este trabalho resultou posteriormente em dois artigos revistos por pares complementares, com resultados publicados no BMJ Global Health e no BMC Health Services Research.

Uma aprendizagem-chave desta fase foi que abordagens “tecnologia em primeiro lugar” (tech-first) não eram fiavelmente viáveis neste contexto. A equipa tentou inicialmente apoiar o agendamento com ferramentas digitais (funcionalidades de smartphones/aplicações/SMS), mas limitações de conectividade, dificuldades de carregamento e constrangimentos operacionais tornaram esta abordagem impraticável. O projecto regressou, assim, a livros de agendamento em papel, que se mostraram mais robustos e escaláveis em contextos de baixos recursos (IGC, 2017).

Para os pacientes, o sistema de agendamento reduziu a incerteza e os custos de tempo. Saber quando seriam atendidos aumentou a confiança no sistema de saúde, reduziu conflitos nas áreas de espera e tornou mais fácil, especialmente para mulheres trabalhadoras e aquelas com responsabilidades domésticas, planear as visitas às unidades sanitárias sem perder um dia inteiro de tempo produtivo. Para os prestadores de cuidados de saúde, a intervenção alterou a forma como o trabalho era organizado: o fluxo previsível de pacientes permitiu gerir a carga de trabalho de forma mais equilibrada ao longo do dia, reduziu a congestão durante as horas de pico e criou espaço para consultas mais longas e de maior qualidade. Como observou o director de um centro de saúde, o ambiente mais tranquilo permitiu uma melhor observação, acompanhamento e prestação de cuidados (J. Tembo, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025).

⁶ Duas unidades sanitárias de intervenção, Boane e Malhangalene, estavam localizadas na área urbana de Maputo. Uma terceira, Quissico, situada na província rural de Inhambane, foi incluída para testar o agendamento num contexto rural onde as condições de emprego e transporte poderiam ser diferentes. Uma quarta unidade sanitária, Machava II, localizada na área urbana de Maputo, foi utilizada como grupo de comparação. Todas as unidades sanitárias seleccionadas apresentavam elevados volumes de consultas de CPN e eram acessíveis a partir de uma estrada principal.

Os resultados desafiaram uma suposição dominante na política de saúde materna: a de que a baixa adesão aos cuidados pré-natais é causada principalmente por falta de conhecimento ou de procura.

Juntas, estas mudanças tornaram o sistema politicamente e operacionalmente viável: uma simples alteração organizacional produziu melhorias grandes e mensuráveis sem necessidade de novos insumos clínicos ou encargos orçamentais adicionais. As pacientes estavam mais dispostas a regressar porque o cuidado passou a ser percebido como fiável e respeitoso, enquanto os profissionais de saúde sentiam menos stress e maior controlo sobre os seus horários. Esta resposta dupla ajuda a explicar a elevada aceitabilidade do sistema – 99% dos 1.600 pacientes entrevistados reportaram satisfação – e por que razão as melhorias na organização das unidades sanitárias se traduziram em maior retenção, e não apenas em maior rotatividade de atendimentos (INS, 2020). Os resultados desafiaram uma suposição dominante na política de saúde materna: a de que a baixa adesão aos cuidados pré-natais é causada principalmente por falta de conhecimento ou de procura. Em vez disso, a evidência apoiou uma interpretação centrada no “acesso e na capacidade de resposta”: longos e incertos tempos de espera funcionavam como um preço implícito, reduzindo o seguimento mesmo quando as mulheres valorizavam os cuidados (Gong et al., 2019).

O IGC desempenhou um papel central tanto nas dimensões técnicas como adaptativas do piloto, liderando o desenho da investigação, supervisionando a recolha de dados e o trabalho de campo, e introduzindo ferramentas simples de medição, como cartões de registo de tempo, para registar os tempos de espera dos pacientes. O IGC, o INS e a DNSP mantiveram um envolvimento de campo próximo, incluindo gestão dedicada do projecto e monitoria contínua para apoiar a implementação e a aprendizagem, um investimento que se revelou determinante. Este envolvimento próximo também revelou importantes insights comportamentais, incluindo a necessidade de adaptar o agendamento às normas locais de percepção do tempo. Em muitas áreas rurais, os pacientes organizavam o seu dia com base em marcadores como o nascer do sol, o horário escolar ou as refeições, em vez do relógio (E. Tuzine, comunicação pessoal, Setembro de 2025; S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025).

Igualmente importante foi a contribuição do IGC na gestão das barreiras comportamentais e sociais que moldavam as práticas de procura de cuidados de saúde. Após décadas de funcionamento em regime de atendimento por ordem de chegada, muitos pacientes receavam que chegar mais tarde significasse não serem atendidos. Antecipando esta resistência e como parte do desenho do piloto, os investigadores colaboraram com o INS e com as equipas das unidades sanitárias para criar uma estratégia de envolvimento comunitário que reforçasse a confiança no novo sistema. Actividades de sensibilização através de líderes de bairro, “Mentores para Mães” e “Campeões Masculinos” ajudaram a explicar que as consultas agendadas ofereciam flexibilidade sem perda de acesso. Como referiu Anibal Naftal, da Direcção Provincial do MISAU, os educadores comunitários “ajudaram as pessoas a perceber que podiam trabalhar de manhã e ainda assim receber cuidados mais tarde no dia” (comunicação pessoal, 12 de Setembro de 2025).



O piloto foi essencial para refinar detalhes de implementação, particularmente: (i) como as consultas eram registadas e comunicadas às pacientes, (ii) como as responsabilidades eram distribuídas entre o staff, (iii) como chegadas tardias e faltas eram geridas, (iv) como os livros/ formulários de agendamento eram fornecidos e reabastecidos, e (v) que rotinas de supervisão eram necessárias para manter a fidelidade antes da implementação do RCT.

Também marcou o início de uma colaboração sustentada entre economistas do IGC, investigadores do INS e profissionais de saúde na linha da frente, trabalhando em conjunto para aplicar evidência a situações reais.

«Não há muita capacidade para integrar a economia na saúde [...] esta foi a primeira vez a fazer este tipo de investigação económica aplicada, um ensaio randomizado ao nível dos serviços de saúde.»

Os parceiros do INS foram co-desenhadores e co-implementadores ao longo de todo o processo, e a parceria foi explicitamente descrita como uma oportunidade rara para integrar análise económica e métodos experimentais no trabalho de reforma dos sistemas de saúde (IGC, 2019). Para o INS, a colaboração também respondeu a uma lacuna crítica de capacidade. Como referiu Sérgio Chicumbe, Director de Investigação do INS, esta colaboração contribuiu para “reforçar a capacidade do grupo de investigação em políticas e sistemas de saúde, aprendendo com economistas. Não há muita capacidade para integrar a economia na saúde [...] esta foi a primeira vez a fazer este tipo de investigação económica aplicada, um ensaio randomizado ao nível dos serviços de saúde” (comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025). Para além de responder a um desafio operacional urgente, a parceria criou uma importante plataforma de aprendizagem para a gestão baseada em evidência dos sistemas de saúde.

Na sequência dos resultados positivos do piloto, o IGC e o INS organizaram um workshop em Maputo, envolveram doadores e realizaram depois uma reunião à porta fechada com decisores-chave para discutir em detalhe a implementação, o que ajudou a garantir o apoio político necessário para avançar. A disseminação ocorreu através de dois canais principais: primeiro no Conselho Técnico do MISAU e na Reunião Nacional de Planificação da Saúde em 2016 e, posteriormente, em Abril de 2017, no Conselho Coordenador do MISAU – o mais alto fórum de políticas do Ministério – onde os resultados geraram forte entusiasmo entre os altos responsáveis. Como recordou Janet Dula, investigadora do INS, “Sua Excelência Dra. Nazira [Abdula], antiga Ministra da Saúde, recomendou que a iniciativa se tornasse política nacional, mas implementada em fases e sempre acompanhada de avaliação” (comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025).

Nessa altura, o MISAU já tinha reconhecido formalmente a relevância do agendamento de consultas, enquadrando-o numa agenda mais ampla de sistematização e melhoria da qualidade dos cuidados nas unidades sanitárias de cuidados primários. Reflectindo sobre o estudo, os responsáveis referiram que “colocámo-lo na agenda de sistematização dos cuidados em Moçambique como um dos pilares que pode contribuir para a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de cuidados primários”

(E. Chaquisse, comunicação pessoal, 9 de Setembro de 2025). A força das evidências iniciais levou o MISAU a solicitar um ensaio controlado randomizado (RCT) em grande escala e a elevar o agendamento de consultas a prioridade política, posteriormente formalizada através da sua inclusão no Plano Estratégico do Ministério 2020-2024 (MISAU, 2021). Resultados credíveis, combinados com a parceria próxima entre economistas do IGC e investigadores do INS, ajudaram também a garantir apoio político de alto nível. Figuras-chave como a Dra. Nazira Abdula e Eduardo Samo Gudo, então Director Científico do INS (actual Director-Geral), tornaram-se defensores influentes da reforma, o que permitiu a sua consolidação institucional.

c. Dos pilotos à expansão e adopção governamental: construção de legitimidade e escalonamento para outras unidades de cuidados crónicos

Com base no sucesso do piloto, o IGC e o INS expandiram a investigação para testar a escalabilidade e aprofundar a compreensão das dinâmicas de implementação para além dos cuidados pré-natais. Desta vez, houve procura dentro do MISAU para alargar os sistemas de agendamento para além dos CPN, abrangendo serviços de cuidados crónicos como o HIV (IGC, 2019). Em 2018, o IGC financiou um segundo projecto da ronda do Commissioning Board, intitulado *Reduzir falhas de coordenação para melhorar a adesão ao tratamento do HIV: uma intervenção ao nível da gestão em Moçambique*.⁷

Esta fase seguinte utilizou um ensaio controlado randomizado (RCT) em grande escala para gerar evidência mais robusta sobre as causas subjacentes aos longos tempos de espera e sobre se as falhas de coordenação e as fracas práticas de gestão constituíam, por si só, constrangimentos críticos (IGC, 2019). Ao contrário dos cuidados pré-natais, os serviços de HIV exigiam coordenação entre múltiplos pontos de prestação de cuidados – clínicos, laboratórios, farmácias e conselheiros – constituindo um teste mais exigente para avaliar se as falhas organizacionais, e não apenas a escassez de recursos, explicavam os longos tempos de espera e a fraca retenção. Este RCT também testou de que forma os atrasos afectavam a confiança, a percepção dos pacientes sobre a qualidade do serviço e a adesão ou retenção dos pacientes – particularmente no tratamento do HIV, onde o seguimento consistente é essencial (IGC, 2019).

Este estudo foi concebido como um RCT de grande escala, conduzido em 80 unidades sanitárias de elevado volume nas quatro províncias do sul, incorporando explicitamente a qualidade de gestão das unidades (utilizando instrumentos de gestão validados) para testar se o “capital de gestão”⁸ prediz a fidelidade de implementação e o impacto (IGC, 2020; J. Dula, comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025).

⁷ Co-financiado pelo Banco Mundial.

⁸ O “capital de gestão” refere-se à qualidade das práticas de gestão de uma organização – planeamento, coordenação, supervisão, monitoria e rotinas de resolução de problemas que moldam a prestação diária de serviços. Neste estudo, é medido através de um instrumento de avaliação de gestão validado e utilizado para analisar se unidades sanitárias com melhor gestão implementam o agendamento de consultas com maior fidelidade e alcançam melhorias mais significativas.

O ensaio de controlo randomizado (RCT) de larga escala fornece evidência experimental robusta de que o agendamento de consultas gerou ganhos significativos de eficiência na prestação de cuidados pré-natais de primeira linha. A intervenção aumentou a utilização dos cuidados pré-natais em 8% e melhorou a adesão aos procedimentos clínicos recomendados em 17% por parte dos utentes. Ao mesmo tempo, os tempos médios de espera diminuíram cerca de 13 minutos, e a probabilidade de tempos de espera muito longos - acima de 150 minutos – diminuiu em 27%. Os resultados sugerem que a intervenção melhorou a organização dos cuidados ao distribuir de forma mais equilibrada a chegada das utentes entre horas e dias, permitindo que as clínicas oferecessem um maior número de consultas e prestar cuidados mais completos dentro das limitações existentes de recursos humanos, tecnologia e orçamento.

No entanto, estas melhorias não se refletiram num aumento da satisfação das utentes, pois os cartões de consultas aumentaram as expectativas relativamente à redução dos tempos de espera. Isto sugere que os inquéritos de satisfação por si só, podem subestimar os ganhos de bem-estar associados a reformas operacionais que melhoram tanto a qualidade do serviço como as expectativas dos utentes (de Albuquerque et al., 2026).

Devido a desafios na obtenção de dados relevantes e às mudanças na implementação dos esquemas de cuidados de HIV em Moçambique, a implementação do estudo sobre HIV não teve sucesso suficiente, nem em termos de resultados nem de adopção política. No entanto, estes estudos avançaram a literatura académica em três aspectos importantes.

Em primeiro lugar, mostraram que unidades sanitárias com práticas de gestão mais robustas eram mais capazes de adoptar inovações como o agendamento de consultas, fornecendo novas perspectivas sobre a qualidade da gestão na prestação de serviços públicos.

Em segundo lugar, contribuíram para a crescente evidência de que as percepções dos pacientes sobre qualidade, respeito e previsibilidade influenciam a sua vontade de procurar cuidados de saúde, demonstrando que unidades sanitárias mais organizadas e com menor nível de congestionamento podem aumentar a procura e o seguimento dos cuidados.

Em terceiro lugar, forneceram evidência prática sobre a forma como os sistemas de saúde podem concretizar princípios fundamentais de responsividade, tais como tempos de espera mais curtos e melhor experiência do paciente, áreas nas quais as orientações internacionais de saúde oferecem instruções operacionais limitadas (Steenland et al., 2014).

Em conjunto, o piloto e o RCT em grande escala produziram evidência credível e relevante para políticas públicas de que um sistema simples e de baixo custo de agendamento pode reduzir significativamente as falhas de coordenação e melhorar a eficiência dos serviços, a experiência dos pacientes e as práticas de gestão no sistema público de saúde em Moçambique (IGC, 2022; MISAU, 2022; IGC, n.d.). Esta fase reformulou o problema de uma questão de escassez de recursos para uma questão de gestão e prática institucional, abrindo caminho para reformas mais amplas do sistema de saúde.



O capital político e o apoio do MISAU ao agendamento de consultas já vinham a consolidar-se desde o sucesso dos pilotos iniciais em 2016. Em 2018, o Ministro da Saúde aprovou formalmente uma expansão nacional independente do sistema de agendamento de consultas, sem financiamento ou apoio de investigação do IGC. Com financiamento direto do governo e através do apoio de outros doadores internacionais, principalmente o Banco Mundial, o programa foi operacionalizado e expandido numa base experimental para 46 unidades de cuidados pré-natais e 40 unidades de tratamento de HIV em três províncias até ao último trimestre de 2020. Estima-se que tenha alcançado cerca de 217.000 pacientes – aproximadamente metade de todos os pacientes de CPN e HIV nas quatro províncias do sul de Moçambique (Cidade de Maputo, Província de Maputo, Gaza e Inhambane). Esta estimativa assume uma média de 1.500 pacientes de cuidados pré-natais e 3.700 pacientes de HIV inscritos por unidade sanitária participante, reflectindo uma expansão significativa da intervenção de investigação original. O Ministério atribuiu 7,3 milhões de MZN (85.000 GBP) em 2018 para a expansão e 30 milhões de MZN (≈360.000 GBP) em 2019 – recursos mobilizados através da colaboração do MISAU com o Banco Mundial e outros parceiros de desenvolvimento – para a sua própria expansão no sector do HIV (LSE, 2021; MISAU e INS, 2022; World Bank, 2023; J. Dula, comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025; S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025).

O IGC desempenhou um papel central durante esta fase de implementação alargada. Embora os investigadores do IGC tenham fornecido apoio técnico, supervisão do desenho da investigação e coordenação de campo para garantir o rigor metodológico e a qualidade dos dados em todas as unidades, o INS e o MISAU emergiram como co-líderes plenos no desenho e na implementação, reflectindo a apropriação institucional que o envolvimento de longo prazo do IGC ajudou a consolidar. A equipa do

país do IGC apoiou a formação de inquiridores, workshops de capacitação e a preparação de materiais de disseminação; facilitou sessões de alto nível; e traduziu resultados complexos em recomendações relevantes para políticas públicas, fazendo a ponte entre evidência e tomada de decisão (S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025; E. Daniel, comunicação pessoal, 12 de Setembro de 2025).

Como referiu Janet Dula, **"este foi um projecto inovador, não se limitou a introduzir uma nova abordagem para melhorar os serviços, mas também uma forma colaborativa de trabalho, de conduzir investigação em conjunto com os decisores políticos. A Sandra Sequeira e a equipa do IGC estiveram sempre presentes para orientar o processo, e isso foi muito positivo"**. Acrescentou ainda que o apoio prático do IGC, incluindo a presença de gestores de projecto dedicados, foi **"crucial não apenas para o próprio projecto, mas para o desenvolvimento de novas competências – preparação de apresentações, análise de dados e reforço da capacidade técnica nacional"**, acrescentando que **"os ganhos deste projecto foram um verdadeiro valor acrescentado para o Programa de Políticas e Sistemas de Saúde e para a comunidade de investigação em Moçambique"** (comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025).

d. Sustentar a mudança a longo prazo e a institucionalização

O início da COVID-19 reforçou a relevância do sistema de agendamento de consultas e acelerou a sua institucionalização no sector público de saúde em Moçambique. À medida que as unidades sanitárias enfrentavam dificuldades para gerir de forma segura a congestão de pacientes, o MISAU emitiu uma directiva nacional em Março de 2020 recomendando o agendamento de consultas para controlar o fluxo de pacientes e reduzir os riscos de transmissão (MISAU, 2020). **"Na altura, a Ministra enfatizou a necessidade e importância do agendamento de consultas porque reduzia o número de pacientes nas unidades sanitárias e ajudava a evitar a aglomeração"**, recordou Dula (J. Dula, comunicação pessoal, 20 de Agosto de 2025).

Durante a pandemia, o INS aproveitou a rápida expansão da formação remota e a maior atenção ao fluxo de pacientes nas unidades sanitárias para reforçar e disseminar as práticas de agendamento, com parceiros a fornecer apoio técnico sempre que necessário. Com contributos técnicos do INS e do IGC, o Ministério adaptou o sistema ao novo contexto operacional. Foi desenvolvido um pacote de formação à distância para enfermeiros e gestores de unidades sanitárias através da plataforma de e-learning do MISAU, que também foi utilizada para a formação sobre a COVID-19. Como explicou Laurentino Cumbi: **"A COVID obrigou-nos a reinventar a forma como trabalhávamos [...] começámos a realizar formações remotas e a reorganizar os serviços. Com o apoio do IGC, realizámos formações e desenvolvemos melhores estratégias"**. A pandemia tornou-se, assim, um catalisador de inovação e de reforço de capacidades, incorporando o agendamento de consultas como uma prática rotineira de gestão, em vez de uma resposta temporária (J. Dula e L. Cumbi, comunicação pessoal, Agosto–Setembro de 2025). O relatório de expansão do INS mostra ainda que as unidades sanitárias conseguiram

gerir o aumento das consultas de CPN ao mesmo tempo que reduziram os riscos de aglomeração, demonstrando como a intervenção foi adaptada com sucesso às condições da pandemia (INS, 2022).

Apesar deste impulso, o progresso e a expansão para outras regiões abrandaram a partir de meados de 2022. O estudo sobre HIV associado à reforma não foi totalmente concluído, limitando a disseminação dos resultados e enfraquecendo o argumento para uma expansão adicional. Ao mesmo tempo, a pausa na expansão induzida pela COVID coincidiu com mudanças nas prioridades governamentais, e o financiamento directo do Estado para a reforma diminuiu. Desafios de coordenação entre departamentos envolvidos na reforma também contribuíram para uma implementação desigual e para desajustes na prestação de serviços (múltiplas entrevistas, comunicação pessoal, Setembro de 2025). Para revitalizar o impulso desta reforma e trazê-la novamente para o centro da agenda do MISAU, em Novembro de 2023, o IGC e o INS co-organizaram um evento político de alto nível, Advancing Healthcare Access in Mozambique, concebido para disseminar os resultados da expansão conduzida pelo INS, discutir a relevância do agendamento de consultas no tratamento de outras doenças crónicas, como o HIV e a malária, e consolidar ainda mais as parcerias em torno da eficiência do sistema de saúde em Moçambique. O evento reuniu altos dirigentes governamentais, incluindo Eduardo Samogudo (Director-Geral do INS), Vasco Sambo (Centro de Investigação em Saúde de Manhiça – CISM) e Dionísio Zaqueu (Ministério da Saúde), sinalizando um forte interesse institucional em reformas baseadas em evidência. Para além da disseminação de resultados, o evento constituiu uma oportunidade de colaboração próxima e de envolvimento entre o governo, ONGs locais, organizações da sociedade civil e parceiros internacionais presentes, como o Banco Mundial, o Programa Alimentar Mundial (PAM), o Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Dando continuidade a este envolvimento, o INS organizou um webinar online em Maio de 2024 intitulado *Service Quality Improvement in Healthcare*, centrado na promoção da aprendizagem intersectorial e na apresentação da experiência de Moçambique como modelo de reforma de baixo custo no sector público (IGC, 2024). O IGC foi convidado juntamente com outros parceiros de desenvolvimento, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Neste webinar, Janet Dula – investigadora do INS e co-investigadora principal da investigação anterior – apresentou resultados de projectos como *Waiting Time*, *Wasting Time*, envolvendo um público alargado de profissionais de saúde, representantes de ONGs, autoridades provinciais, pessoal do INS e funcionários do Ministério.

As discussões nestes eventos, juntamente com as apresentações anteriormente apoiadas pelo IGC no *Conselho Coordenador do MISAU*, ajudaram a reconstruir o apoio à expansão nacional do agendamento de consultas dos serviços de CPN e HIV para outras unidades ambulatoriais de elevada procura, incluindo gestão de doenças crónicas e referência em cuidados primários (J. Dula, E. Chaquisse e A. Naftal, comunicação pessoal, Agosto–Setembro de 2025). No entanto, a implementação manteve-se desigual. A adopção foi mais forte em Maputo, Gaza e

Inhambane, onde o pessoal formado e a supervisão do INS garantiram continuidade, enquanto as províncias do norte enfrentaram desafios relacionados com a rotatividade de pessoal, escassez de recursos e supervisão limitada. Como consequência desta irregularidade e da falta de apoio contínuo, em alguns casos os centros de saúde produziram os seus próprios livros de agendamento quando o stock de materiais oficiais se esgotou, frequentemente com apoio externo de ONGs locais. Como explicou Edite Tuzine, da Direcção Nacional de Assistência Médica do MISAU: **“Se uma unidade sanitária parou [a prática de agendamento], foi apenas por falta de livros. Se tivessem livros, teriam continuado”** (comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025).

Apesar destes desafios, o INS, as autoridades provinciais de saúde e as ONGs continuaram a adaptar e aplicar o modelo de forma autónoma, incorporando o agendamento nos currículos de formação, planos de supervisão e protocolos operacionais para responder a falhas de coordenação, reflectindo a simplicidade e a natureza de baixa tecnologia do sistema, o que facilitou a sua institucionalização e sustentabilidade. Embora as ONGs tenham modificado de forma independente as ferramentas originais, os princípios centrais de gestão estruturada do tempo e de fluxo previsível de pacientes mantiveram-se intactos (S. Chicumbe, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025).

Além disso, ao nível das unidades sanitárias provinciais, a apropriação passou decisivamente para os actores locais. Como observou José Thembo: **“Desde 2014, o programa tem continuado sem interrupção. Os pacientes já estão habituados ao sistema e querem utilizá-lo porque veem os benefícios”**. Em vários distritos, foram as próprias comunidades que exigiram a reposição do sistema quando a implementação falhou, evidenciando uma inversão em relação à resistência dos primeiros anos (J. Thembo, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025). Reflectindo sobre o renovado apoio à implementação e à expansão, Sequeira afirmou: **“A expansão está finalmente a acontecer – o INS está responsável pela avaliação e o Ministério lidera a implementação. Esta é a divisão de trabalho correcta”** (S. Sequeira, comunicação pessoal, 5 de Setembro de 2025). Espera-se que o programa continue a expandir-se sob liderança directa do MISAU, sujeito a financiamento do governo e de doadores externos.

Esta mudança de entendimento — de explicações centradas em défices comportamentais ou informacionais para constrangimentos de organização e gestão dos serviços — ajudou a reorientar a atenção das políticas para reformas operacionais que reforçam a capacidade do Estado.

A importância da reforma vai além da redução dos tempos de espera, contribuindo para uma compreensão mais clara dos factores subjacentes à baixa utilização dos serviços de saúde materna e levantando uma agenda para a avaliação de resultados de saúde a mais longo prazo. A investigação demonstrou que a baixa adesão aos cuidados pré-natais não resulta principalmente de falta de conhecimento ou de fraca procura, mas sim da incerteza, da congestão e dos elevados custos de oportunidade criados por sistemas de filas imprevisíveis. Ao abordar estas falhas de coordenação através de uma intervenção simples e baseada em evidência,

o sistema de agendamento reduziu a incerteza dos pacientes, ao mesmo tempo que permitiu aos prestadores organizar os cuidados de forma mais previsível e eficiente.

Esta mudança de entendimento — de explicações centradas em défices comportamentais ou informacionais para constrangimentos de organização e gestão dos serviços — ajudou a reorientar a atenção das políticas para reformas operacionais que reforçam a capacidade do Estado. Isto tem potencial para melhorar directamente a capacidade estatal através de melhores resultados no sector da saúde, em linha com os esforços mais amplos de Moçambique para melhorar a saúde materna e infantil. Embora se tenham observado melhorias nos indicadores de saúde materna e infantil, é necessária investigação adicional para avaliar resultados de longo prazo

Embora o agendamento de consultas pareça simples, a sua implementação em unidades sanitárias públicas não o foi. Exigiu uma compreensão detalhada de como pacientes e prestadores navegam os cuidados (incluindo normas de filas, confiança e fluxos de trabalho do pessoal), bem como uma gestão cuidadosa dos papéis institucionais e da apropriação entre o MISAU e o INS. Exigiu também evidência credível e envolvimento sustentado para ultrapassar o ceticismo de que o sistema não seria seguido ou mantido nas unidades públicas. Ao combinar avaliação rigorosa com parcerias integradas e adaptação iterativa, o IGC ajudou a transformar uma ideia simples numa reforma implementável e escalável.

Ao institucionalizar uma inovação organizacional, a experiência de Moçambique demonstrou que ganhos significativos em eficiência podem ser alcançados dentro dos orçamentos existentes, contribuindo para a agenda mais ampla de produtividade do sector público (MISAU, 2023). Como observou Egas Daniel, Economista Sénior do IGC, a visibilidade da reforma **“inspirou até outras entidades – como serviços de identificação e passaportes – a adoptar sistemas semelhantes de agendamento durante o período da COVID-19”**, indicando efeitos de disseminação para além do sector da saúde (E. Daniel, comunicação pessoal, 10 de Setembro de 2025). O legado institucional deste trabalho também é visível na nova Estratégia Científica de Investigação em Saúde do INS para dez anos (2025–2035), que prioriza explicitamente investigação experimental, operacional e de implementação para melhorar o desempenho do sector público (INS, 2024). A Estratégia de Saúde Digital de Moçambique para 2025 inclui também uma acção para implementar um sistema integrado de informação para agendar, confirmar e reagendar consultas, liderado pela MISAU (MISAU, 2025).

Olhando para o futuro, existe margem para consolidar e ampliar o impacto. O processo em curso de digitalização dos livros de agendamento – testado em unidades sanitárias de Maputo – constitui um passo importante em direcção a um sistema mais integrado e baseado em dados (J. Thembo, comunicação pessoal, 15 de Setembro de 2025). A utilização de províncias com melhor desempenho como centros de demonstração poderia facilitar a formação entre pares em todo o país, enquanto o INS poderia continuar a liderar a avaliação da reforma e orientar futuras decisões de política.

4. O que torna este caso transformacional: principais conquistas por dimensão

Contributo inovador

A investigação ajudou a reformular o desafio de eficiência do sector da saúde em Moçambique, passando de uma questão de escassez de recursos para uma questão de gestão e práticas institucionais. Introduziu uma inovação operacional simples, mas poderosa: um sistema de agendamento de consultas concebido para reduzir os tempos de espera e testar se tempos de espera mais curtos aumentam causalmente a utilização dos serviços num contexto de baixos recursos. O conjunto de estudos testou um sistema de agendamento baseado em marcação prévia, com segmentação de pacientes e limites de vagas, totalmente integrado nas unidades sanitárias existentes e implementado sem incentivos financeiros ou não financeiros. Considerações de desenho-chave – como o envolvimento de clínicos para garantir que prioridades clínicas como triagem, continuidade de cuidados e pausas protegidas do pessoal se mantivessem centrais no modelo; a utilização de uma abordagem de métodos mistos; e a incorporação das dinâmicas locais – foram cruciais para o seu sucesso.

No geral, o conjunto de estudos aprofundou a compreensão de como práticas de gestão, percepções dos pacientes e organização operacional interagem para melhorar a prestação de serviços. Demonstrou que unidades sanitárias bem geridas podem adoptar inovações organizacionais simples que melhoram a experiência do paciente e incentivam a procura de cuidados, mesmo em contextos de escassez de recursos. A investigação produziu dois artigos revistos por pares (BMJ Global Health e BMC Health Services Research), com mais de 80 citações, demonstrando reduções substanciais nos tempos de espera. É uma das primeiras avaliações experimentais em grande escala de sistemas de agendamento num contexto de baixos recursos e fornece um modelo para futuros ensaios focados em operações em países de baixo e médio rendimento (LMICs). Em 2022, foi seleccionado como estudo de caso de impacto para a submissão da LSE ao Research Excellence Framework 2021.

Impacto

O impacto deste conjunto de investigação é reconhecido a diferentes níveis – reduções nos tempos médios de espera quando as consultas são agendadas, melhorias na qualidade dos serviços e na experiência dos pacientes, e adopção de reformas de política de saúde a nível nacional. O primeiro estudo piloto identificou uma redução de cerca de 100 minutos no tempo médio de espera quando as unidades passaram para o agendamento de consultas, com evidência complementar de melhoria

na conclusão das consultas pré-natais recomendadas. Entrevistas corroboram mudanças de comportamento entre pacientes e dias de trabalho mais organizados para o pessoal, incluindo uma utilização mais eficiente do tempo com os pacientes e oportunidades de descanso e recuperação.

Esta expansão tem o potencial de alcançar mais de 217.000 pacientes, com um aumento adicional esperado à medida que se estende a nível nacional.

Com base nestes resultados, o INS e o MISAU, com apoio do governo e de doadores internacionais, expandiram o agendamento de consultas para 46 unidades de cuidados pré-natais e 40 unidades de tratamento de HIV na Cidade de Maputo, Província de Maputo, Gaza e Inhambane, com monitorização a indicar forte aceitação e chegadas de pacientes mais faseadas. Esta expansão tem o potencial de alcançar mais de 217.000 pacientes, com um aumento adicional esperado à medida que se estende a nível nacional. Ao melhorar a eficiência e a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde, este conjunto de investigação demonstra como inovações operacionais podem reforçar a capacidade do Estado, aumentar a confiança dos cidadãos e contribuir para o crescimento económico sustentável.

Institucionalização

Ao longo dos últimos 10 anos, as intervenções e reformas foram incorporadas a vários níveis – nas unidades sanitárias, entre médicos e pacientes, entre decisores do INS e do MISAU, e mais amplamente nas mudanças de políticas públicas baseadas em evidência. As intervenções integraram-se de forma relativamente fluida porque o mecanismo – livros de agendamento uniformizados e regras operacionais simples – encaixava facilmente nas funções diárias de médicos e enfermeiros e podia ser gerido localmente.

O aspecto mais relevante da institucionalização das recomendações da investigação foi a inclusão do agendamento de consultas no Plano Estratégico de Saúde do MISAU 2020-2024 e a atribuição de mais de 37 milhões de MZN em 2018 e 2019 para expandir a reforma a nível nacional. Mais recentemente, a Estratégia de Saúde Digital do MISAU 2025 incluiu também o desenvolvimento de um sistema integrado de informação para agendamento.

Nos últimos anos, o INS passou para um papel de monitorização e aconselhamento, enquanto o MISAU e as unidades sanitárias locais assumiram a responsabilidade pela operação diária. Pontos focais provinciais lideraram a implementação faseada e a formação entre pares, garantindo forte institucionalização entre províncias.

Escalabilidade

O modelo sugerido pela investigação é facilmente replicável e maioritariamente baseado em papel, mantendo os custos baixos e facilitando a adaptação e expansão. A intervenção escalou em termos do número de unidades abrangidas, ao mesmo tempo que se expandiu para

além dos serviços de CPN, incluindo serviços de HIV, cuidados de doenças crónicas e referência em cuidados primários, com crescente aceitação por parte dos pacientes.

Importa destacar que o aumento das dotações orçamentais permitiu a expansão a nível nacional. Nos últimos anos, o MISAU tem colaborado de forma independente com ONGs locais para expandir os serviços noutras localidades, embora sem planeamento centralizado. A expansão abrandou nos últimos anos devido a restrições financeiras e prioridades concorrentes, mas com apoio renovado, o MISAU planeia escalar o modelo a nível nacional, destacando o seu potencial para reforçar a prestação de cuidados de saúde em Moçambique.

5. Motores da mudança

Vários factores foram fundamentais para viabilizar a mudança transformacional alcançada através deste conjunto de investigação.

Resposta às prioridades de investigação e política dos autores e apropriação por líderes influentes na área política.

As questões de investigação resultaram directamente das interações iniciais dos investigadores com o INS, durante as quais os tempos de espera foram identificados como um problema operacional central no funcionamento das unidades sanitárias. Esta investigação respondeu a uma prioridade directa do MISAU no terreno. Devido a esta forte colaboração e ao apoio sustentado de campeões de política, a intervenção pôde ser escalada para política nacional. Figuras como Eduardo Samo Gudo, então Director Científico do INS e actualmente Director-Geral do INS, traduziram a evidência em ferramentas padrão e apoiaram-na através de supervisão e implementação faseada, consolidando a prática como política rotineira. A Dra. Nazira Abdula, então Ministra da Saúde, também manteve o seu apoio, fornecendo o respaldo político necessário para expandir a intervenção e integrá-la no Plano Estratégico de Saúde 2020-24.

Compromisso dos investigadores com o impacto em políticas públicas.

O compromisso do Investigador Principal em alcançar impacto político tangível desempenhou um papel crucial na construção de relações fortes com decisores políticos e na promoção de actividades de reforço de capacidades ao longo de 10 anos. O apoio no terreno, através de um gestor de projecto contratado localmente, foi integrado no desenho da investigação e garantiu orientação e formação sobre ferramentas, comunicação com diferentes partes interessadas e disseminação dos resultados iniciais. Mesmo após o encerramento dos projectos do IGC, o envolvimento próximo do PI com a equipa de investigação do INS — incluindo o fornecimento de feedback sobre inquéritos — fez com que a expansão fosse e continue a ser sustentada por investigação baseada em evidência.

Investigação colaborativa e apoio ao reforço de capacidades com parceiros de prestação de serviços.

Uma parceria próxima entre clínicos do INS e a equipa de investigação do IGC garantiu que as regras de agendamento fossem compatíveis com a realidade clínica em termos de salas, pessoal e triagem. O modelo de trabalho próximo dos parceiros de implementação e do pessoal no terreno assegurou a adesão e o apoio necessários para fazer avançar a reforma. A investigação levou naturalmente a componentes como formação contínua e aprendizagem entre pares em métodos de investigação, o que ajudou as unidades sanitárias a sustentar o mecanismo e a desenvolver capacidade interna para compreender os resultados e expandir a intervenção.

Evidência contextualizada localmente e ferramentas de baixo custo e replicáveis.

A investigação apoiada pelo IGC ofereceu um mecanismo operacional claro (controlar chegadas; segmentar a procura; limitar vagas) sustentado por métricas simples e centradas nas unidades sanitárias (minutos de espera; padrões de chegada) e por uma ferramenta de baixo custo baseada em papel. Isto tornou a mudança clara, simples e adaptada aos contextos locais dos directores provinciais de saúde e responsáveis das unidades sanitárias, e facilitou o financiamento externo e a adaptação a outros serviços públicos. As ferramentas foram também adaptadas aos contextos culturais locais, incentivando a adesão dos pacientes. O RCT reforçou este resultado ao mostrar que os ganhos de eficiência decorreram da redistribuição da procura ao longo do tempo e da melhoria do fluxo de trabalho das unidades sanitárias, em vez da adição de recursos humanos, tecnologia ou incentivos financeiros. Esta reforma representou uma oportunidade para o MISAU impulsionar um modelo que pudesse ser implementado e gerido dentro dos orçamentos e sistemas operativos existentes, para uma maior eficiência na prestação de serviços.

Esta reforma representou uma oportunidade para o MISAU avançar com um modelo que pode ser gerido dentro dos orçamentos e sistemas operacionais existentes e desempenhar um papel directo na melhoria da eficiência da prestação de serviços.

Apoio a processos de investigação e envolvimento político ágeis através do uso estratégico de diferentes fontes de financiamento.

Este conjunto de investigação foi desenvolvido através de uma sequência estratégica de financiamento e processos de envolvimento — grandes bolsas iniciais de investigação para gerar evidência credível, seguidas de financiamento ligeiro para tradução, convocação de actores e alinhamento de financiamento externo — mantendo o impulso ao longo dos ciclos de financiamento e choques externos, preservando a apropriação pelo MISAU e fornecendo novo impulso à expansão.

Primeiro, a bolsa competitiva do Commissioning Board do IGC financiou o piloto e a expansão inicial, com forte apoio da equipa do IGC em Moçambique, financiando o co-desenho com clínicos, a medição dos tempos de espera e a iteração do mecanismo de livros

de agendamento. Posteriormente, o choque da COVID-19 criou um incentivo natural para descongestionar as unidades sanitárias; o INS e o MISAU lideraram directamente a fase seguinte de expansão, utilizando o modelo operacional desenvolvido anteriormente, enquanto o IGC não desempenhou um papel directo de implementação. À medida que as condições se estabilizaram, o IGC voltou a envolver-se em 2023, utilizando financiamento para co-organizar eventos públicos e webinars liderados pelo INS, e para reunir parceiros de desenvolvimento mais amplos (incluindo o FCDO e o Banco Mundial) com vista à disseminação de resultados e discussão de um caminho concreto para a expansão.

O papel do IGC no apoio inicial de uma pequena bolsa piloto para estudar esta intervenção de baixo custo em 2014 revelou-se bem-sucedido, levando posteriormente a apoio adicional de investigação por parte de agências internacionais como a OMS e o Banco Mundial.

Referências

- Gong, E., Dula, J., Alberto, C., Cuembelo, F., Quembo, T., Cumbi, L., & Gimbel, S. (2019). Client experiences with antenatal care waiting times in southern Mozambique. *BMC Health Services Research*, 19(1), 538. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4369-6>
- International Growth Centre (IGC). (2020, July 8). Managing access to healthcare in Mozambique during the COVID-19 pandemic [Publicação no blogue]. Disponível em <https://www.theigc.org/blog/managing-access-to-healthcare-in-mozambique-during-the-covid-19-pandemic>
- International Growth Centre. (n.d.). Waiting Time, Wasting Time: A pilot scheduling intervention to decrease waiting times [Documentos internos não publicados]. International Growth Centre.
- International Growth Centre. (n.d.). Reducing Coordination Failures to Improve Adherence to HIV Treatment: A Management-level Intervention in Mozambique [Documentos internos não publicados]. International Growth Centre.
- London School of Economics and Political Science (LSE). (2021). Improving the efficiency of health services in antenatal care in Mozambique. Research Impact Case Studies. Disponível em <https://www.lse.ac.uk/research/research-impact-case-studies/2021/improving-the-efficiency-of-health-services-in-antenatal-care>
- Ministério da Saúde (MISAU) Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique - 2015 Maputo: MISAU; 2018. Disponível em <https://dhsprogram.com/publications/publication-ais12-ais-final-reports.cfm>
- Ministério da Saúde (MISAU). (2021). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014–2019 (2024). Direcção de Planificação e Cooperação, Maputo. (Original 30/9/2013; atualizado 05/2021).
- Ministério da Saúde (MISAU) & Instituto Nacional de Saúde (INS). (2022). Relatório da Pré-Marcação de Consultas por Horário. Maputo: MISAU/INS. Disponível em https://ins.gov.mz/wp-content/uploads/2023/02/Relatorio-da-Pre-marcacao-de-Consultas_VF.pdf
- Ministério da Saúde (MISAU) (2025) Estratégia de Saúde Digital de Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde. Disponível em <https://sisma.misau.gov.mz/docs/Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20Digital.pdf>
- Sequeira, S., McConnell, M., & Steenland, M. (2018). Waiting Time, Wasting Time: A pilot scheduling intervention to decrease waiting time for antenatal care in Mozambique. IGC Project Documentation, London School of Economics.
- Sequeira, S., McConnell, M., & Steenland, M. (2019). Improving the efficiency of health services in antenatal care: Evidence from Mozambique. IGC Project Documentation, London School of Economics.
- Steenland, M., McConnell, M., & Sequeira, S. (2019). Effects of appointment scheduling on waiting time and utilisation of antenatal care in Mozambique. *BMJ Global Health*, 4(6), e001788. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001788>
- Steenland, M., McConnell, M., & Sequeira, S. (2019). Reducing Coordination Failures to Improve Adherence to HIV Treatment: A Management-level Intervention in Mozambique. Documentos internos, London School of Economics.
- UNAIDS. (2023). Ficha de país: Mozambique 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Disponível em <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>
- Wagenaar, B. H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Cuembelo, F., Quembo, T., Afonso, P., Gloyd, S., Lambdin, B., Micek, M., Porthé, V., & Sherr, K. (2016). Wait and consult times for primary healthcare services in central Mozambique: A time-motion study. *Global Health Action*, 9, 31980. Disponível em <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31980>
- World Bank. (2023). Mozambique: Can an appointment system in health clinics and pharmacies increase HIV treatment adherence? Strategic Impact Evaluation Fund (SIEF) Brief. Disponível em <https://www.worldbank.org/en/programs/sief-trust-fund/brief/mozambique-can-an-appointment-system-in-health-clinics-and-pharmacies-increase-hiv-treatment-adherence>
- World Health Organization (WHO). (2023). Global Health Observatory: Infant mortality rate (probability of dying between birth and age 1 per 1,000 live births). Geneva: WHO. Disponível em [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births))
- World Health Organization (WHO). (2023). Trends in maternal mortality: 2000 to 2020—Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078902>

**MUDANÇA
TRANSFORMACIONAL**

IGC

theigc.org