

# O DESAFIO DA SAÚDE RURAL

Bridget O’Laughlin<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO: O PARP E AS DESIGUALDADES NA SAÚDE

O PARP 2011-2014 utiliza uma definição multidimensional da redução da pobreza, dando importância ao desenvolvimento social e ao crescimento económico. Observa (p.9) que o desenvolvimento humano e social é um objectivo vital em si e que uma força de trabalho saudável e bem qualificada constitui um pré-requisito para o crescimento. O PARPA regista preocupação com a recente estagnação nos indicadores sociais comparados com o crescimento económico. Observa ainda desigualdades na saúde e estabelece objectivos ambiciosos, se bem que flexíveis, quanto à forma de as remediar. As suas propostas são alargar os serviços de saúde aos grupos particularmente vulneráveis e melhorar a produção alimentar no sector familiar. Contudo, não existem referências à saúde, ou de forma mais genérica, ao desenvolvimento social nas metas estabelecidas para a gestão macroeconómica; estas centram-se na eficácia fiscal e melhoria da informação. Também não se questionam as actuais estratégias de crescimento económico, como causa possível de estagnação nos indicadores de desenvolvimento social.

Se começarmos por assumir que as desigualdades na saúde com as quais o PARP se preocupa não são naturais mas sociais, e por isso mesmo historicamente construídas, esta abordagem parece ser miope. As políticas macroeconómicas estimulam padrões de crescimento económico que têm consequências nos padrões de desenvolvimento social. Se estas consequências não forem confrontadas, corre-se o risco de as intervenções governamentais correrem constantemente atrás dos problemas, tentando

---

<sup>1</sup> Gostaria de agradecer a Julie Cliffe pelos comentários a uma versão anterior deste estudo, ‘Questions of Health and Inequality in Mozambique’, incluído nos *Cadernos IESE 4/2010* e a António Francisco pela ajuda editorial a este projecto.

aliviar o agravamento de formas de desigualdade na saúde, mas actuando pouco no sentido de preveni-las. Este capítulo visa contribuir para a reflexão da relação entre padrões de crescimento económico e desenvolvimento social, com particular atenção sobre a maneira como as relações de classe e de género se reflectem tanto no fosso rural/urbano como nas diferenças regionais na saúde.

Começamos por examinar debates sobre a relação entre a saúde e padrões de crescimento económico e em seguida exploramos recentes alterações nos padrões de disparidade na saúde em Moçambique, em especial as diferenças regionais e o fosso rural/urbano. Apesar do progresso atingido no desenvolvimento social depois dos acordos de paz ter de facto abrandado, é importante reconhecer que os extensos padrões de desigualdade na saúde reflectem padrões de acumulação que se estabeleceram no período colonial. Estes foram postos em causa mas não alterados pelas estratégias socialistas pós-independência e alguns foram intensificados no período actual de capitalismo de mercado aberto. Estas desigualdades na saúde reflectem padrões de crescimento que subordinaram a produção familiar rural às exigências das empresas e têm contado com a disponibilidade de trabalho não mercantilizado, muito do qual feito por mulheres, para subsidiar a produção mercantilizada. Ilustram-se estes processos com dois casos da história de Moçambique e depois explica-se a sua relevância relativamente ao problema da estagnação nos indicadores sociais de hoje.

## LIGANDO A SAÚDE A PADRÕES DE CRESCIMENTO ECONÓMICO

Apesar da asserção de que o crescimento económico contribui para o bem-estar das pessoas ser desejável do ponto de vista normativo, na prática nem sempre é assim. Alguns padrões de crescimento conduziram a grandes desigualdades no bem-estar entre diferentes grupos de pessoas, em Moçambique e em outros lados. Também houve casos em que as melhorias nos indicadores sociais ultrapassaram o crescimento económico. A questão da razão por que o crescimento económico se traduz ou não em desenvolvimento social está implicitamente levantada pelo PARPA quando observa que, apesar da consistência de boas taxas de crescimento ao longo dos anos, o progresso nos indicadores sociais tem sido inferior e menos consistente.

Examinar o impacto dos padrões de crescimento económico na saúde requer que estabeleçamos primeiro as conexões existentes entre os mesmos. Podemos assumir a

existência de uma relação directa entre crescimento económico e disponibilidade de cuidados de saúde, o que na realidade é apenas uma parte da história. Esta questão é exaustivamente debatida no relatório WHO<sup>2</sup> de 2007 sobre *Health Inequality, Inequity, and Social Determinants of Health*<sup>3</sup> (CSDH 2008). Aqui retiramos, deste relatório e da extensa literatura que gerou (Marmot & Wilkinson 2006; Navarro 2009), algumas das questões-chave que o PARPA deveria considerar ao olhar para a relação entre crescimento económico e melhorias na saúde.

Apesar de os estudiosos da modernização terem proposto a existência de uma relação entre crescimento económico e uma série de outras transições, em especial um declínio na fertilidade e na incidência de doenças infecciosas, não tem sido possível demonstrar que o crescimento económico venha sempre em primeiro lugar. Reciprocamente, não tem sido possível demonstrar que progressos nos cuidados de saúde e na protecção social sejam mais importantes para a melhoria da esperança de vida do que é o crescimento económico. Há boas razões para pensar que não existe uma única resposta estereotipada; tem havido diferentes experiências em diversos países em distintos períodos históricos. Reflectir em cenários passados permite-nos identificar diferentes vias de conexão entre padrões de crescimento económico e mudanças na saúde.

Podemos ver como o crescimento económico pode ter levado a salários mais altos e bens de consumo mais baratos e, por conseguinte, a uma melhoria da nutrição. Pode ter também conduzido a condições de trabalho mais saudáveis e a um aumento da base fiscal para financiamento dos serviços de saúde públicos. Como Drèze e Sen (1991) apontaram no seu estudo sobre acção pública, estas relações positivas entre desenvolvimento económico e a melhoria da saúde não foram, contudo, sempre comprovadas. Os frutos do crescimento não passaram invariavelmente daqueles que controlam os recursos económicos para a população trabalhadora. Drèze e Sen (ibid) descreveram, por um lado, regimes de opulência, tomando como um dos seus casos-modelo a África do Sul sob o *apartheid*, onde altas taxas de crescimento económico se associavam a consumo concentrado nas mãos de poucos e onde programas do Estado financiados pelos impostos favoreciam a minoria branca. Por outro lado, também identificaram casos, tomando Cuba como um dos seus modelos, onde, apesar das taxas muito baixas de crescimento económico, o financiamento de programas de

<sup>2</sup> WHO – World Health Organization/Organização Mundial de Saúde (NT)

<sup>3</sup> Desigualdade na Saúde, Iniquidade, e Determinantes Sociais da Saúde (NT)

saúde pública pelo Estado levou a dramáticos progressos nos indicadores de saúde. Assim, o estudo de Drèze e Sen obriga-nos a olhar para os processos políticos, em particular para as formas de acção pública, incluindo os protestos organizados, que moldam as formas como os recursos económicos e os serviços sociais são distribuídos entre capital e a massa dos trabalhadores.

As questões de distribuição tortuosa aplicam-se a diferenças entre populações divididas com base na classe e outras divisões sociais tais como a raça, a etnicidade ou a religião. A investigação feminista chamou a atenção para o facto de as formas como se distribuem os recursos dentro dos agregados familiares poderem não reflectir o que é melhor para a saúde dos membros da família como um todo. Aqueles que controlam fontes específicas de rendimentos podem gastá-los consigo próprios, e não com as crianças pequenas, por exemplo. Economistas feministas também chamaram a atenção para o facto de o crescimento poder levar à melhoria dos salários de alguns grupos de trabalhadores mas não de outros, com as mulheres representadas desproporcionalmente no último grupo (Seguino 1997).

O espelhar das relações de poder nos padrões de distribuição dos recursos económicos não é o único factor que pode minar as contribuições do crescimento económico para a saúde das populações no seu todo. Uma das contribuições específicas de Sen foi mostrar que as formas como o mercado opera, os efeitos da própria mercantilização, pode significar que o crescimento económico gera novas formas de vulnerabilidade. A crescente participação nos mercados pode significar que mudanças repentinas em termos de comércio levam à destituição quando as pessoas nada têm para além do mercado a que se possam agarrar. O trabalho de Sen (1981) sobre a fome mostrou, por exemplo, como aqueles que dependem das jornas do trabalho agrícola podem não encontrar qualquer empregador quando o preço das colheitas cai ou quando a seca destrói as culturas. Os próprios agricultores podem ter ainda *stocks* acumulados para vender ou podem pedir empréstimos com base nas terras que possuem. Padrões de crescimento orientados para as exportações implicam muitas vezes uma exposição extrema aos efeitos do mercado, especialmente para os pequenos produtores que têm muito pouco poder para influenciar as oscilações do mercado internacional. Diferentes tipos de crescimento económico moldam diferentes padrões de mercantilização e, por conseguinte, de vulnerabilidade perante o funcionamento dos mercados.

Assume-se muitas vezes que só aquilo que é comercializado, convertido em capital dinheiro e investido pode ser uma fonte de crescimento económico. Se há um enfoque no aumento da produtividade agrícola, por exemplo, pode-se assumir que

isso se reflecte no aumento de produção de colheitas de rendimento (quer para exportação quer para os mercados de alimentação internos). Particularmente em países em desenvolvimento como Moçambique, onde muito pequenos agricultores têm terras próprias, cultivam colheitas tanto para venda como para consumo próprio; o trabalho que fazem para uma ou outra finalidade é interdependente. É, portanto, possível aumentar a proporção relativa de colheitas de rendimento sem aumentar a produtividade geral. Um aumento da produção comercializável pode reflectir uma diminuição da produção de alimentos não comercializáveis ou a intensificação do trabalho: ambos afectam a saúde. Em Moçambique, onde a maior parte do trabalho diário de cultivo para ambas as culturas de rendimento e alimentares é feita por mulheres, um padrão de crescimento como o referido pode levar rapidamente tanto à falência nutricional como à morbidade, resultando a breve trecho em aumento de mortalidade materno-infantil.

Se reconhecermos que a pobreza é multidimensional e que, por conseguinte, inclui coisas para além do rendimento, podemos ver outras formas através das quais os padrões macroeconómicos de crescimento, não só os padrões de distribuição do rendimento, podem influenciar os resultados na saúde. Alguns tipos de trabalho são particularmente pesados e penosos; as pessoas têm de trabalhar de forma muito intensa ou durante jornas muito longas, em tarefas que são enfadonhas, ou perigosas, ou fisicamente exigentes. Os trabalhos podem ser sazonais ou precários, sem qualquer garantia de emprego, colocando no trabalhador a tarefa de adaptação ao perfil do trabalho ao invés de obrigarem o empregador a organizar o trabalho em harmonia com a saúde dos trabalhadores. Alguns padrões de crescimento macroeconómico permitem às empresas exteriorizar alguns dos seus custos de produção, recorrendo fortemente a bens públicos ou utilizando os recursos naturais sem cuidado ou investimento. Quando os padrões de crescimento limitam o acesso e a qualidade da terra, da água e do ar, afecta-se a saúde não só dos trabalhadores em sectores específicos, mas também a daqueles que vivem no mesmo ambiente.

Finalmente, claro está, as condições de saúde são também moldadas pelo acesso e disponibilidade de serviços sociais, em particular da assistência médica formal. Estes podem também ser moldados pelas políticas macroeconómicas. Quando as políticas enfatizam o provisionamento privado dos serviços sociais, aqueles que têm o maior poder de compra terão o acesso mais facilitado à assistência médica. Historicamente, estudos demonstraram que o acesso a boa educação, em especial para as mulheres, também permite a melhoria dos estados de saúde. Os empregadores empenhados na

saúde dos seus empregados, sobretudo daqueles que são permanentes e qualificados, e por essa razão investem em saúde privada e instalações para os seus empregados, não estarão interessados em ser taxados com a obrigação de providenciar serviços sociais para as populações circundantes ou até para empregados casuais não qualificados. Os governos têm, por vezes e por razões políticas, manifestado mais preocupação com a saúde de segmentos específicos da sua população do que com a saúde social em geral (Foucault 2000).

Apesar de poderem existir, assim, ligações positivas entre padrões de crescimento económico e desenvolvimento social, em especial em estados de saúde melhorados, também é possível que estejam em contradição. É importante ter isto em consideração em Moçambique, devido à perturbante divergência entre taxas de crescimento e melhoria dos indicadores sociais assinalados pelo PARP. Devemos considerar não só como os cuidados de saúde podem ser alargados àqueles que deles estão desprovidos mas ainda a possibilidade de chamar a atenção para a forma como padrões de crescimento específicos podem contribuir para a fraca saúde. Contudo, antes de esclarecer esta questão, é útil debruçarmo-nos sobre o que torna a estagnação da saúde nos indicadores uma matéria preocupante, através da revisão de alterações recentes nos padrões de desigualdade nos estados de saúde e nos cuidados de saúde em Moçambique. A interpretação destes dados obriga também ao exame crítico das suas limitações.

## DADOS QUE INCOMODAM: ESTAGNAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE?

Uma das vantagens do PARP é a sua franqueza em reconhecer que o progresso nos indicadores sociais não acompanhou o crescimento económico. Esta secção revê alguns dos dados da saúde que deveriam ter incomodado os autores do PARP, para se averiguar se se justifica a preocupação e se existem algumas inferências sobre a relação entre a saúde e os padrões de crescimento que se possam extrair.

## MEDINDO DESIGUALDADES DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: ALGUNS PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Como se mede a relação entre crescimento económico e estados de saúde em mudança? Muitas vezes confiamos nos PIB *per capita* e esperança de vida, quando de facto ambos apresentam algumas limitações. O PIB é geralmente medido em termos de

preços; não é uma medida confiável daquilo que não é distribuído através do mercado. Contudo, a produção de bens e serviços que não são comercializados, tal como a produção agrícola doméstica para consumo directo ou preparação de alimentos ou cuidados com os doentes, são sem dúvida muito importantes para os estados de saúde. Num país como Moçambique, onde uma média de 71% da população vive em áreas rurais e onde muitos produzem a grande parte dos alimentos que consomem<sup>4</sup>, esta afirmação é particularmente verdadeira. Apesar de a medição da esperança de vida centrar a nossa atenção na mortalidade, em especial infantil e materno-infantil, progressos em estados de saúde estão também associados à redução da fome endémica e à persistente morbidade.

Muita da literatura sobre saúde e desigualdade em Moçambique concentra-se no acesso aos serviços de saúde, sejam preventivos ou curativos, em vez de olhar para os estados de saúde relativos. Em parte, isto deve-se ao facto de o aprovisionamento ser mais facilmente medido e registado do que os estados de saúde, mas também se deve ao facto de ser um universo mais restrito em termos políticos. Dos debates epidemiológicos por resolver discutidos *supra*, sabe-se que o acesso aos cuidados de saúde tem impacto na saúde, mas a saúde é também afectada por outros factores – nutrição, ambiente, trabalho de cada um, o conhecimento que cada um possui (apesar de não ser necessário concordarmos com a importância relativa dos mesmos). Seguir estas ligações alarga as áreas de intervenção política relevante ao mundo não estruturado dos ‘determinantes indirectos’ nos modelos epidemiológicos. A questão mais restrita entre os resultados de saúde e prestação de cuidados de saúde delimita um universo mensurável mais fácil de gerir.

Existem, contudo, algumas pesquisas que visam seguir a relação entre desigualdade, resultados de saúde e formas de provisionamento de saúde. Digno de nota é que em Moçambique estas compreendem trabalho feito não só pelas instituições moçambicanas, mas também por um leque de actores globais – várias instâncias das Nações Unidas e o Banco Mundial – que financiam e supervisionam estados de saúde e práticas médicas.

A pesquisa sobre família e despesa de 2002-3 (Inquérito aos Agregados Familiares, IAF, INE 2004) forneceu alguns dados sobre desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade dos mesmos cuidados. Juntamente com a pesquisa de 2008-9

---

<sup>4</sup> De acordo com o Censo de 2007, a proporção varia de 86,6% na Zambézia a nada na cidade do Maputo e 37,25% na província de Maputo.

*Inquérito sobre Orçamento Familiar* (IOF, INE 2010), dá-nos informação sobre diferenças nos gastos com saúde. Existe, contudo, um problema particular, não específico a Moçambique, em utilizar estes dados sobre despesas para avaliar diferenças no acesso aos cuidados de saúde. Quando as famílias de rendimento médio pedem dinheiro emprestado ou recorrem à família para obter financiamento de emergência para fazer face às necessidades de cuidados de saúde, o registo do dinheiro gasto pode deslocá-los para o quintil mais rico. Com efeito, a despesa pode empurrá-los para a pobreza nos próximos anos. Este problema de interpretação está demonstrado na Tabela 1 do IOF.

**TABELA 1** DESPESA MENSAL MÉDIA EM DESPESA POR QUINTIS 2008-2009

QUINTIL	DESPESA MENSAL	DESPESA SAÚDE	PERCENTAGEM
Quintil 1	771	3	0.39%
Quintil 2	1,491	3	0.94%
Quintil 3	2,193	5	1.19%
Quintil 4	3,262	7	2.24%
Quintil 5	8,780	48	7.44%

FONTES Calculado do INE 2010 (IOF), p. 24

O rendimento do quintil mais rico é onze vezes maior do que o rendimento do quintil mais pobre. Como sugere a lei de Engel, os 63% da despesa do quintil mais pobre vai para a comida, enquanto para o quintil mais rico essa despesa é de apenas 38%. No entanto, a proporção da despesa destinada à saúde é dezanove vezes maior do que a do quintil mais pobre. Isto pode, de facto, ilustrar a marginalização dos pobres com cuidados de saúde baseados no mercado e a necessidade que têm de centrar as despesas na subsistência. Pode assim demonstrar-se que a sociedade moçambicana está ainda mais polarizada no acesso aos cuidados de saúde do que no rendimento, mas não se pode excluir a possibilidade de que alguns dos que estão classificados como ricos sejam na realidade devedores. É necessário uma maior discriminação de categorias.

Para fazer comparações ao longo do tempo sobre a relação entre riqueza e saúde, este estudo confiou principalmente nos Inquéritos Demográficos e de Saúde de Moçambique (DHS)<sup>5</sup> de 1997 e 2003. Dão-nos a possibilidade de olhar para um período que nos leva desde a fase de recuperação do pós-guerra à época de reestru-

<sup>5</sup> O acrónimo **DHS** vem da designação em inglês *Mozambique Demographic and Health Surveys (NT)*.

turação política e económica em Moçambique e na África do Sul, à crise económica e política do Zimbabué e à aceleração do HIV/SIDA. Estabelecem ligações entre riqueza e estados de saúde ao nível do agregado doméstico. Os dados dos inquéritos DHS, conjugados com os dados sobre os rendimentos dos Inquéritos sobre despesas e agregados familiares, são utilizados pelo UNDP<sup>6</sup> para calcular a medida comparativa de bem-estar que utilizam, o HDI<sup>7</sup>, um índice ponderado que inclui mortalidade infantil, fertilidade da mulher, educação e rendimento.

Quando o Banco Mundial começou a sentir as críticas aos seus programas de ajustamento estrutural e regressou às preocupações mais antigas relativas às possibilidades de crescimento redistributivo (Chenery *et al.* 1974), formou um grupo de economistas de saúde que desenvolveram uma metodologia para utilizar um índice de bens que liga a riqueza dos agregados familiares aos resultados de saúde. A escolha dos activos e como estão registados moldam assim a forma como vemos a pobreza. O índice dos activos DHS baseia-se na posse dos agregados familiares de bens de consumo duráveis e tipo de habitação; capta os activos urbanos com mais facilidade do que os activos rurais. A recente pesquisa 2008 INSIDA (INS 2010, p.22) utilizou uma metodologia semelhante para determinar quintis de saúde; registou a posse de rádio, televisão, bicicleta, automóvel, motociclo, acesso à electricidade e tipo de instalação sanitária, acesso à água e construção de habitação. Utilizando estas medidas, 52% da população rural foi colocada nos dois decis de riqueza mais baixos de apenas 12% da população urbana.

A questão da relação entre desigualdade, saúde e redistribuição é uma questão de mudança – olhar para o que está a acontecer ao longo do tempo. Há um número limitado de possibilidades para procurar as direcções de mudança utilizando estes dados e nem sequer esgotei todos. Os DHS comparam apenas dois anos diferentes, 1997 e 2003. O *Mozambique 2008 Multiple Indicator Cluster Survey*<sup>8</sup> (MICS) (INE 2009) fornece informação sobre uma extensa variedade de indicadores, tanto de estados de saúde como de formas de assistência médica, seguindo uma metodologia desenvolvida pela UNICEF com um especial enfoque na saúde das crianças<sup>9</sup>. Muitas das

<sup>6</sup> UNDP – United Nations Development Program (NT).

<sup>7</sup> HDI – Human Development Index (NT).

<sup>8</sup> MICS – Moçambique 2008 Inquérito de um conjunto de indicadores múltiplos (NT).

<sup>9</sup> Os tópicos abrangidos pelo inquérito incluem: composição da família, mortalidade entre crianças, cobertura de vacinação, prevalência e tratamento das principais doenças infantis, o estatuto nutricional das crianças, amamentação, micro-nutrientes, acesso a água potável e instalações sanitárias seguras, saúde reprodutiva, educação, registo de nascimentos, trabalho infantil, crianças órfãs pelo HIV/SIDA e que se tornaram vulneráveis devido ao HIV/SIDA.

suas medidas seguem os inquéritos DHS, permitindo-nos olhar para a mudança (e em alguns casos identificar problemas nos dados de 2003). Os dados da saúde foram recolhidos de apenas um IAF<sup>10</sup>; seria útil compará-los com inquéritos posteriores. O ETSDS Expenditure Tracking and Service Delivery Survey<sup>11</sup> foi levado a cabo uma vez, em 2002 (Lindelov *et al.* 2004). O inquérito INSIDA 2009 sobre o HIV/SIDA estabelece um perfil estatístico da epidemia, mas não pode ser usado para se fazerem futuras inferências sobre a relação entre mudanças na saúde e as desigualdades sociais em mudança.

Assunções sobre quais são os determinantes sociais importantes da saúde limitam aquilo que podemos considerar. O MICS introduz um vasto leque de determinantes sociais de saúde infantil, não coberto pelo DHS, incluindo, por exemplo, trabalho infantil. No entanto, outros determinantes que podem ser importantes não estão incluídos. O trabalho executado por grávidas e mães de crianças pequenas ou os efeitos ambientais dos trabalhos executados por outros na comunidade poderiam constituir também determinantes importantes da saúde infantil. Outras questões importantes acerca da saúde infantil são sensíveis e difíceis de perguntar.

Dadas as limitações destes inquéritos, haverá algo a lucrar por olharmos para estes dados? Sim, se identificarmos tanto as forças como as fraquezas dos inquéritos específicos. Anomalias, valores atípicos e inconsistências nos dados são especialmente importantes porque ajudam a identificar padrões, desafiar conclusões injustificadas e assinalar áreas necessárias à investigação.

Aquele questionar dos dados não deve fazer-se apenas aos próprios dados. Concepções sobre a importância das variáveis, avaliação do seu significado em relação às pessoas estudadas e às explicações ou interpretações concorrentes, todas requerem o recurso a informação pertinente e contextualizada, muita da qual será qualitativa. O inquérito MICS, por exemplo, mostrou que a proporção de baixo peso entre os recém-nascidos vivos não variava muito entre as áreas rurais (15,3%) e urbanas (14,8%), mas pesaram-se muitos mais bebês pós-nascimento nas áreas urbanas (82,9%) do que nas rurais (49,4%). Poderia defender-se que os bebês das áreas rurais que nasceram nos postos de saúde resultaram de partos mais difíceis e esperar-se que o peso à nascença fosse mais elevado nos partos não clínicos, mas também se poderia imaginar que aquelas mulheres que tiveram partos clínicos eram oriundas de famílias mais

---

<sup>10</sup> IAF – Inquérito aos Agregados Familiares

<sup>11</sup> ETSDS – Inquérito ao rastreamento de despesas e prestação de serviços (NT).

abastadas que e os bebés eram mais pesados do que os da generalidade da população rural. Sem mais informação, não podemos saber qual a possibilidade mais provável.

## PADRÕES DE DESIGUALDADE NA SAÚDE 1997-2008

As Tabelas em apêndice a que se faz referência na secção seguinte estão agrupadas em três categorias – indicadores de desigualdade em estados de saúde, em saúde ambiental e em cuidados de saúde. São discutidos *infra* por essa ordem. As Tabelas utilizam apenas uma parte dos dados disponibilizados pelo inquérito e tratam apenas algumas das dimensões importantes da variação. Para olhar para a desigualdade em estados de saúde, retirei informação dos dados do inquérito sobre mudanças na diarreia infantil, baixo crescimento, mortalidade infantil e prevalência do HIV. Para ver a saúde ambiental, olhei para a qualidade da água potável. Para examinar a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, utilizei dados gerais (e bastante antigos) sobre acesso e necessidade das famílias à prestação de cuidados de saúde, dados sobre o tratamento infantil das infecções respiratórias, e qualidade dos cuidados de saúde primários. As Tabelas exploram apenas três dimensões diferentes da desigualdade: a divergência rural/urbana, a divergência regional (provincial e diferenças Norte/Centro/Sul) e o rendimento por grupo (como medido pelos dados sobre riqueza ou despesa). Estas três dimensões de diferença social são alvo de acalorado debate em Moçambique. Estas três dimensões da diferença relacionadas entre si estão claramente ligadas a padrões de crescimento económico.

## DESIGUALDADE EM ESTADOS DE SAÚDE: MORBILIDADE INFANTIL, ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL, MORTALIDADE INFANTIL

As primeiras três Tabelas (A1-A3) consideram apenas um indicador de doença: crianças com menos de três anos com diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito<sup>12</sup>. A Tabela A1 mostra uma muito rápida redução entre 1997 e 2003 no fosso rural/urbano. De facto, em 2003 a incidência de diarreia era mais alta nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (21,1% de crianças vs. 17,6%). A Tabela A2 olha para a variação provincial. Não existe uma base regional clara neste números. Observamos que a taxa urbana está a ser puxada para cima pelo nítido agravamento da incidência de diarreia

<sup>12</sup> Escolhi diarreia simples (sem sangue nas fezes) porque me pareceu ser a doença com menos probabilidades de mostrar um efeito de tratamento, i.e., é mais provável que aqueles que têm uma oportunidade de tratamento, os que estão em melhor situação económica, reconheçam a incidência da doença.

infantil na cidade de Maputo (de 17,4% a 28,9%). A melhoria entre os dois anos é notável em muitas províncias, mas as diferenças de progresso entre províncias é ainda mais impressionante. Em Tete, por exemplo, a taxa caiu de 25,9% para 10,6%, enquanto em Manica o declínio foi só de 21,6% para 18,3%. A Tabela A3 não mostra variação clara de padrões por riqueza, que poderia interpretar-se como evidência do impacto nivelador das condições e cuidados de saúde em Moçambique. Estas Tabelas de *per se* nada nos dizem sobre fontes de mudança, mas levantam questões sobre ambiente, nutrição, doença e formas de prestação da saúde. No final, apesar do grande progresso e da redução das desigualdades, temos de confrontar o facto de que pelo menos um quinto das crianças moçambicanas teve diarreia num período de duas semanas.

A segunda série de Tabelas (A4-A6) olha para a questão do défice de crescimento das crianças com menos de cinco anos, uma medida da subnutrição crónica. Isto pode reflectir tanto a dieta como a doença, em especial diarreia e parasitas intestinais. Estes dados são muito perturbantes porque mostram o aumento da subnutrição não só desde 2003, mas também desde 1997. O fosso rural/urbano diminuiu, mas à custa do *deficit* de crescimento entre crianças urbanas, que já não se pode atribuir ao afluxo de refugiados às cidades. As taxas são muito altas de acordo com os standards internacionais<sup>13</sup>.

O Gráfico 1 e as Tabelas de A6 a 9 observam a variação da mortalidade entre crianças com menos de 5 anos, com base no número das que morreram em cada 1000 crianças nascidas. Aqui os dados DHS foram combinados com o inquérito MICS de 2008, que regista uma média de 10 anos.

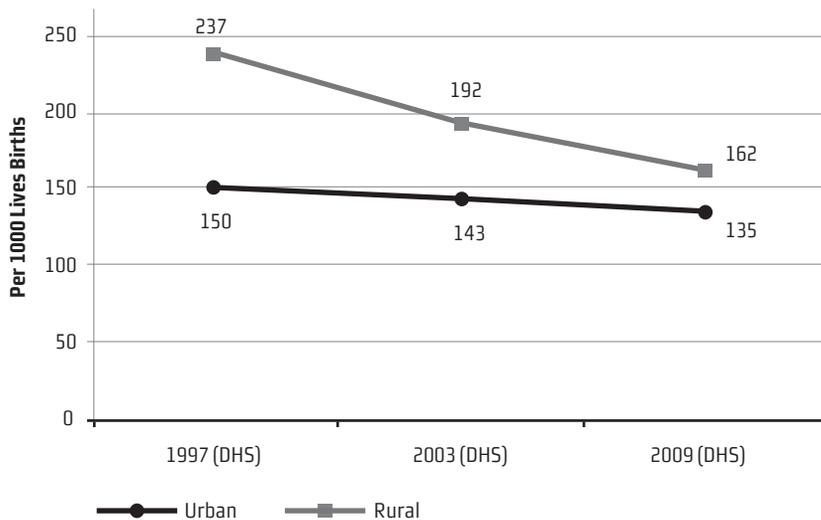
O Gráfico 1 mostra um padrão de declínio normal na mortalidade nas áreas rurais e muito menor declínio nas áreas urbanas. A taxa rural permanece, no entanto, num nível muito alto.

Se olharmos para as taxas de mortalidade infantil por província, a província e a cidade do Maputo são casos isolados; é preocupante o facto de a taxa em Maputo ter subido entre 2003 e 2008. As oscilações acima e abaixo são intrigantes, particularmente na Zambézia, dado que os estudos de 2008 usam médias de dez anos. Contudo, mais impressionante do que o declínio na mortalidade ou a diminuição do fosso entre o rural e o urbano é a alta taxa de mortalidade infantil, cerca de 170/1000 nos quintis mais baixos, i.e. 60 por cento da população.

---

<sup>13</sup> Conforme o standard da classificação WHO, taxas da subnutrição crónica entre 20 e 30 por cento são consideradas 'médias', taxas entre 30 e 40 por cento são consideradas 'altas' e taxas acima dos 40 por cento são consideradas 'muito altas' (MICS 2009, p. xvii).

**GRÁFICO 1** MORTALIDADE DE CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS NAS ÁREAS RURAIS E URBANAS<sup>14</sup>



FONTE INE 2009, p. 3

O indicador final dos estados de saúde relativos aqui considerado é a prevalência do HIV. Até recentemente as estatísticas da prevalência baseavam-se em dados de sítios sentinela que registavam a prevalência em grávidas que vinham aos postos de saúde. Utilizando modelos baseados em experiências de outros locais, faziam-se então projecções para uma população mais vasta. O inquérito 2009 INSIDA (INS 2010) permitirá que tais projecções sejam feitas com base num perfil de Moçambique. A Tabela A10, baseada no estudo INSIDA, mostra que a prevalência do HIV é mais alta nas áreas urbanas do que nas rurais, sendo também mais alta nas mulheres do que nos homens. Contudo, quando discriminamos estes números por região (Tabela A11), observamos diferentes padrões. No Sul, não existe grande diferença entre as taxas rurais e urbanas. No Norte rural, onde as taxas de prevalência são baixas, não existe grande diferença entre mulheres e homens.

A Tabela A12 parece mostrar que o HIV/SIDA é mais uma doença do Moçambique rico do que do Moçambique pobre; a prevalência das taxas de HIV no grupo 15-49 anos é muito mais alta nos dois quintis mais ricos. Porém, se tivermos em con-

<sup>14</sup> Por 1000 nascidos vivos (NT).

sideração os problemas metodológicos na construção do índice de registo discutido *supra*, é possível que estejamos a medir as diferenças rurais/urbanas e regionais da prevalência do HIV e não uma associação clara entre a riqueza e a doença.

O HIV/SIDA é neste momento uma epidemia em evolução em Moçambique. A prevalência do HIV começou por aumentar rapidamente no início dos anos 90 no centro de Moçambique. Depois de 1995 a prevalência começou a subir rapidamente no Sul. As mulheres entre os 15 e os 49 anos na província de Gaza têm agora a mais alta taxa de prevalência do país que é de 30% (INS 2010, p. 165). Apesar de ser difícil, é importante olhar para a prevalência do HIV ao longo do tempo porque as políticas confundem facilmente os alvos em movimento com padrões fixos, como já aconteceu em outros locais da região. Pensou-se inicialmente que a SIDA era uma doença de homens em movimento (trabalhadores migrantes, soldados, camionistas) e de mulheres que eram trabalhadoras do comércio do sexo; as políticas falharam ao não ver a previsível vulnerabilidade dos parceiros conjugais. A doença parecia agrupar-se nas áreas urbanas e ao longo de corredores de transporte; o inevitável espalhar-se destes grupos às áreas rurais foi negligenciado. As diferenças nos padrões de acumulação regionais estão na base de diferentes padrões de infecção, mas seria insensato assumir que a SIDA poupa os homens ou a população rural do Norte de Moçambique. Se considerarmos o conhecimento da doença como fazendo parte de um estado de saúde, a Tabela A13 não augura nada de bom. Mostra uma generalizada falta de conhecimento do HIV/SIDA tanto entre os homens como entre as mulheres nas zonas rurais. Anos de investigação sobre a SIDA mostram que as pessoas não agem necessariamente com base no conhecimento biomédico mas a ignorância também não dá qualquer vantagem.

### MEDIDAS DE DESIGUALDADE NA SAÚDE AMBIENTAL: ÁGUA POTÁVEL

O ambiente constitui um determinante de saúde importante, não havendo em Moçambique muitos estudos sobre a matéria. O estudo MICS 2008 (INE 2009) prestou cuidada atenção ao acesso a fontes de água potável como um importante determinante na transmissão de doenças infecciosas. De certa maneira, os resultados não são surpreendentes. A Tabela A14 mostra que mais do que o dobro de agregados familiares urbanos tem acesso a melhores fontes de água do que os agregados rurais. A Tabela A15 mostra que na cidade de Maputo mais de 94% dos agregados familiares tem acesso a melhores fontes de água, comparativamente a Cabo Delgado com 30% e Zambézia com 24%. A Tabela A16 mostra que 85% do quintil de maior riqueza tem acesso a melhores fontes

de água comparativamente a 12% no quintil mais baixo. Contudo, também há alguns enigmas que emergem destes dados. Apesar do seu maior acesso à água, as províncias do Sul têm taxas de diarreia infantil comparável à de outras províncias. Sugeriu-se o HIV/SIDA como factor contributivo, mas também é possível que a disponibilidade não se traduza em acesso quando a água melhorada se torna uma mercadoria. É necessária mais investigação em todos os aspectos da saúde ambiental.

## MEDIDAS DE DESIGUALDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Outra forma de olhar para os determinantes da desigualdade na saúde consiste em concentrarmo-nos nos serviços de saúde, incluindo não só a distribuição de instalações, drogas e pessoal mas também a acessibilidade aos cuidados de saúde e sua qualidade relativa. A acessibilidade está afectada por várias coisas para além da estrutura dos honorários: a distância de uma instalação de saúde, a capacidade de pagamento do transporte e os pagamentos informais requeridos para se ser examinado. Nas tabelas A17-A19, extraídas do inquérito aos agregados familiares IAF 2002-2003, o acesso foi medido pela disponibilidade física e o hiato entre necessidade e utilização. A qualidade é medida pela satisfação subjectiva.

A Tabela A17 mostra o problema decorrente de se medir a desigualdade nos cuidados de saúde de acordo com estimativas individuais de necessidade e satisfação; a desigualdade já está integrada nas expectativas. Apesar do grande fosso existente na acessibilidade rural e urbana, os agregados familiares rurais recorrem quase tanto aos serviços dos profissionais de saúde como os urbanos (10,8% vs. 11,3%) e, tal como os urbanos, muitos ficam satisfeitos com os cuidados que obtêm (61,9% vs. 63,4%). A Tabela A19 mostra resultados que eram de alguma forma previsíveis: o quintil mais baixo tem muito menos acesso aos cuidados de saúde do que o quintil mais rico e os agregados de todos os quintis estimam níveis de necessidade muito semelhantes. É mais provável os ricos recorrerem aos profissionais de saúde, contudo todos mostram níveis semelhantes de satisfação com o que obtêm. Contudo, quando olhamos para as diferenças entre províncias na Tabela 18, surgem mais enigmas. Verificamos que a acessibilidade está fortemente distorcida em direcção à província e cidade do Maputo e, em certa medida, à de Gaza (recorde-se o afluxo de assistência médica depois das cheias de 2000). Há grandes fossos entre avaliações de necessidades e utilização em Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Tete, mas menor fosso em Niassa, Manica e Sofala. E a cidade de Maputo, que tem a maior acesso e a mais baixa necessidade e utilização, também tem um nível baixo de satisfação.

As três tabelas seguintes (A20-A22), retiradas do DHS, utilizam uma medida mais apertada de necessidade e acesso, a percentagem de crianças nascidas nos três anos que antecederam o inquérito que tiveram infecção respiratória aguda (IRA) e foram levadas a uma instalação de saúde para tratamento. Na Tabela A20 observamos grandes progressos nas áreas rurais (de 28,3% a 55%), mas ainda um fosso grande entre áreas rurais e urbanas. Contudo, quando olhamos para os dados provinciais na Tabela 21, surgem alguns enigmas. O recurso ao tratamento regra geral melhora, por vezes dramaticamente, mas não em formas que correspondem claramente a padrões provinciais de mortalidade infantil da Tabela A5. Apesar do claro progresso no tratamento de infecções respiratórias e um ligeiro declínio na incidência de diarreia (ver Tabela A2) em Manica, por exemplo, a mortalidade infantil aumentou dramaticamente (Tabela A5).

Os dados sobre a riqueza na Tabela 22 também levantam algumas questões. O fosso entre os mais pobres e os mais ricos diminuiu, mas os mais pobres procuram menos vezes tratamento para as doenças respiratórias das suas crianças. Porém, todos os outros quintis mostram a inexistência de uma ligação clara entre riqueza e recurso ao tratamento, apesar de uma clara quebra entre os 40% do topo e todos os outros nos dados sobre mortalidade infantil da Tabela A6. Que quererá isto dizer-nos, se é que nos quer dizer alguma coisa, sobre acesso a tratamento e suas consequências na mortalidade infantil?

Uma possível resposta para a inconsistência entre melhoria no acesso ao tratamento e padrões de mortalidade infantil pode encontrar-se na qualidade do tratamento que as crianças recebem (apesar das altas taxas de satisfação registadas nos IAF 2003). Aqui um fosso rural/urbano está bem documentado, nas instalações primárias e também nas secundárias e terciárias. O inquérito ETSDS feito em 2002-3 (Lindelov *et al.* 2004) mostrou o fosso rural/urbano na qualidade e acesso a instalações primárias. A Tabela A23 regista alguns aspectos deste fosso. Vêmo-lo não só onde é previsível, como no acesso a electricidade, mas também nas drogas básicas em armazém para a saúde primária, tais como vacinas EPI para as crianças e fansidar para a malária resistente à cloroquina<sup>15</sup>.

O inquérito ETSDS também tratou as diferenças regionais nos tipos de cuidados primários prestados. Por razões de amostragem que se prendem com a localização

---

<sup>15</sup> Presumivelmente estes fossos foram tratados pelos programas GAVI posteriores a este estudo de 2002. (*GAVI-Global Alliance for Vaccines and Immunization-Aliança Global para Vacinas e Imunizações, NT*).

das instalações (Muñoz 2002), a Zambézia e a cidade de Maputo foram destacadas, permitindo-nos ver que a velha divisão política tripartida é muito imperfeita para explorar as desigualdades inter-províncias. As Tabelas A24 e A25 observam a percentagem de utilizadores que referem acesso a um vasto leque alternativo de instalações de saúde que não os hospitais, desde recurso a praticantes tradicionais a vendedores de medicina dos mercados. A Tabela 24 mostra que os residentes urbanos têm muito mais acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) do que os habitantes rurais, particularmente com melhor acesso a hospitais (70,5% de inquiridos urbanos vs. 18,6% de inquiridos rurais disseram que tinham acesso a hospitais). Ao mesmo tempo, os residentes urbanos também são melhor servidos por farmácias e clínicas privadas. De notar marginalmente que o inquérito registou muito menos tratamento por profissionais de saúde a trabalhar em casa, tanto na cidade como no país, do que o sugerido pelos media.

Os dados provinciais mostram que a cidade de Maputo é mesmo um caso isolado – no acesso aos hospitais e centros de saúde, na importância das clínicas privadas e no seu menor (mas nem por isso menos importante) recurso aos curandeiros tradicionais. No Moçambique central, incluindo a Zambézia, verificamos tanto um maior acesso a instalações de saúde operadas por organizações religiosas e ONG's como um menor acesso a centros e postos de saúde, confirmação, talvez, do argumento de Pfeiffer (2003) de que as ONG's estavam a substituir os SNS em Manica.

## A PERSISTÊNCIA DA DESIGUALDADE

Observando estes dados não podemos fazer afirmações definitivas nem mesmo sobre o que aconteceu e menos ainda sobre as causas. No período de recuperação do pós-guerra parece ter havido progresso em alguns aspectos, tanto nas condições como nos cuidados de saúde, e em algumas desigualdades regionais, e os fossos entre as áreas rurais e as cidades foram reduzidos. As taxas de mortalidade infantil estão em queda, especialmente nas áreas rurais. A proporção de crianças com doença respiratória aguda que foram tratadas numa instalação de saúde subiu, particularmente em áreas rurais, e subiu transversalmente em todos os quintis de rendimento. A epidemia do HIV/SIDA parece estar em estabilização.

No entanto, podemos também ver alguma evidência nestes dados que justifica a preocupação do PARPA com a estagnação dos indicadores de saúde e a persistência e até aumento de algumas formas de desigualdade na saúde. Em termos absolutos, a taxa de mortalidade infantil (162/1000) nas áreas rurais permanece alta. A taxa do *deficit* de crescimento infantil está mais alta transversalmente em todos os quintis do que em 1997, uma preocupação especial para aqueles que contam com progressos na saúde da força

de trabalho para alavancar o crescimento económico. A taxa do crescimento deficitário infantil é classificada como muito alta em todo o país à excepção do Sul de Moçambique; em Gaza e Inhambane também se classifica de alta. Apenas 30% dos agregados familiares rurais têm acesso a uma fonte de água melhorada, e os agregados mais abastados têm sete vezes mais possibilidades de ter esse acesso do que os agregados mais pobres.

Em resumo, apesar da preocupação com o desenvolvimento social no pós-guerra e no período de ajustamento pós-estrutural, e apesar do considerável apoio dos doadores aos sectores da saúde, continuam a persistir, com alguma teimosia, desigualdades nos estados de saúde entre ricos e pobres e entre áreas rurais e urbanas. Consequentemente, parece apropriado inquirir sobre as razões, repensar a relação entre crescimento económico e mudanças na saúde dentro de uma perspectiva histórica mais alargada. Isto também significa interrogar as premissas sobre as quais assentam as estratégias de crescimento económico e as abordagens à saúde.

## A RELAÇÃO ESTRUTURAL ENTRE PADRÕES DE CRESCIMENTO E SAÚDE NO MOÇAMBIQUE RURAL

Discussões sobre as relações entre crescimento económico e saúde centram-se muitas vezes nas necessidades de financiamento para o alargamento dos serviços de saúde. Esta é uma questão importante, mas este enfoque deixou de fora a análise da relação entre padrões de crescimento e causas da doença. Tem havido abordagens radicalmente diferentes para o provisionamento de saúde ao longo da história de Moçambique. A política de saúde colonial cuidava principalmente com enclaves. Concentrava-se nos cuidados com a população de colonos nas áreas urbanas enquanto grandes latifúndios e empresas se preocupavam com a saúde dos trabalhadores no local de trabalho. O estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde, depois da independência, alargou os cuidados em especial às áreas rurais. A ênfase estratégica na construção de uma economia mais baseada na abertura dos mercados desde 1990 não levou a uma privatização da saúde em larga escala, particularmente nas áreas rurais. A ênfase na importância de intervenções direccionadas para os mais vulneráveis significou na prática um apoio selectivo ao SNS nas áreas rurais, inclusive por parte dos doadores e de muitas ONG's<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Apesar de Pfeiffer (2003) ter notado como as NGO's muitas vezes minam a capacidade de o SNS oferecer a longo prazo cuidados de saúde primários.

Apesar de oscilações bruscas nas abordagens ao desenvolvimento económico em Moçambique, tem-se verificado uma consistência estrutural subjacente a longo prazo, desde as versões coloniais de políticas altamente regulamentadas, primeiro extractivas e depois substituídas pelas importações, à nacionalização no período socialista pós-colonial e finalmente nas políticas extractivas de privatização e de abertura dos mercados. Todas elas contaram com a produção familiar não mercantilizada para subsidiar o crescimento dos sectores mercantilizados. Particularmente nas áreas rurais, assumiu-se a suficiência da 'produção de subsistência' para compensar os salários e preços pagos aos pequenos produtores agrícolas, insuficientes para proporcionar condições de vida a uma percentagem significativa se bem que variável de famílias. Esta premissa subjacente, que se mantém através de variados períodos de política económica, conta implicitamente com a flexibilidade e resistência das mulheres no trabalho. É uma importante determinante de padrões de subnutrição e doença. A secção seguinte recorre a dois casos exemplares para ilustrar a importância desta premissa subjacente nas desigualdades e estagnação evidenciadas pelos indicadores de saúde de Moçambique.

#### A BASE HISTÓRICA DA SUBSISTÊNCIA<sup>17</sup>

Assume-se muitas vezes que a fraca saúde nas áreas rurais é uma condição natural no Moçambique rural, só gradualmente remediável pela extensão de cuidados de saúde formais e melhor integração no mercado<sup>18</sup>. Verificaram-se ambos, mas é importante ter em consideração argumentos avançados nos anos 80 por uma onda de trabalho histórico que mostrava que os projectos e políticas de desenvolvimento colonial levavam muitas vezes ao agravamento, não à melhoria, das condições de saúde em África, particularmente nas áreas rurais (Prins 1989). Cada um dos pontos de ligação entre crescimento económico e mudanças em estados de saúde, debatidos na secção precedente, aplicam-se à região da África do Sul.

Esta secção foca dois exemplos de intersecções que podemos ver reflectidas nas desigualdades na saúde de hoje. A primeira ilustra tanto a distribuição assimétrica dos retornos de rendimento no crescimento e o impacto das condições de trabalho resultantes do emprego da mão-de-obra migrante nas minas, muita oriunda do Sul

<sup>17</sup> Esta secção baseia-se em B. O'Laughlin, 'Land, Labour, and the Production of Affliction in Southern Africa' a ser publicado no *Journal of Agrarian Change*.

<sup>18</sup> Veja, por exemplo, o relatório colonial sobre a província de Nampula escrito por E. Ferreira de Almeida (1956, p.37), que atribuía a saúde precária da população nativa a parasitas e à dieta tradicional.

de Moçambique, nas minas da África do Sul. A segunda descreve como a fome de bens do período socialista exacerbou a intensificação do trabalho das mulheres que acompanhou a introdução do algodão como colheita de rendimento obrigatória e a dependência das propriedades agrícolas costeiras nos contratos de curto prazo de trabalho forçado em Nampula colonial.

## A RELAÇÃO ENTRE A MINERAÇÃO DA ÁFRICA DO SUL E OS ESTADOS DE SAÚDE RURAL EM MOÇAMBIQUE

O sector mineiro na África do Sul criou uma base para acumulação de capital industrial e financeiro na África do Sul (First 1983). Trabalhadores migrantes dos países da região, em especial do Sul de Moçambique (ver Tabela A1), tornaram a exploração mineira lucrativa na África do Sul.

**TABELA 2** PROPORÇÃO DE TRABALHADORES ESTRANGEIROS NAS MINAS DA ÁFRICA DO SUL, ANOS SELECIONADOS 1904-2004

País*	1904	1915	1946	1975	1994	2004
África do Sul	18057	93396	126000	121800	170876	120146
Moçambique	50997	83338	96300	118000	49250	48918
Botsuana	531	2950	7000	16600	10939	3924
Suazilândia	492	4910	5500	7200	15101	7598
Lesoto	3340	12355	38200	85500	87248	48962
Zâmbia, Zimbabué e Malawi	4550	1148	32400	13500	n/a	n/a
Total	77000	198000	305400	364700	334,414	180586
% de trabalhadores estrangeiros	76.4	52.8	58.7	66.6	48.9	33.5

**FONTE** First (1983, pp. 32-3); Crush & Dodson (2007, p. 439)

### NOTA

[\*] Nesta Tabela alterei o nome de países no período colonial para os seus nomes actuais. Os anos também foram propositadamente escolhidos; 1915, pouco depois da proibição de recrutamento a Norte do paralelo 22, 1946 após a renovação do recrutamento na África Central durante a II Grande Guerra, 1975 o ano da independência de Moçambique e da proibição temporária de trabalho nas minas pela Frelimo e pouco depois de Banda ter retirado temporariamente os mineiros do Malawi, na sequência da queda de um avião em 1974, e 1994, ano da formação de um governo do ANC.

Historiadores da saúde, em especial Randall Packard (1989a; 1989b) e Packard & Cotezee (1995) mostraram como a tuberculose e outras doenças respiratórias se espalharam rapidamente entre os mineiros, devido às condições deficientes de vida e de

trabalho dos trabalhadores negros nas minas e nas dependências dos trabalhadores. O longo período de contrato em que viviam sem as suas famílias geralmente traduzia-se no estabelecimento de algum tipo de relações sexuais informais e por vezes variadas, enquanto a periódica e forçada repatriação significava a impossibilidade de uma vida familiar permanente (Harries 1994). Homens com pujança física eram selectivamente recrutados e auferiam de salários muito abaixo do 'salário familiar' que era pago aos mineiros brancos. As famílias dos mineiros moçambicanos dependiam da sua agricultura e criação de gado. O serviços médicos nas minas tratavam doenças de curto prazo, mas os cuidados não eram extensíveis às famílias dos mineiros. Mineiros com deficiência ou seriamente doentes eram enviados para casa e os exames médicos de recrutamento garantiam que não regressassem às minas. As doenças infecciosas que acompanhavam os mineiros de regresso às suas áreas de residência incluíam varíola, meningite, disenteria e doenças venéreas para além da tuberculose (Marks & Anderson 1992). Não eram necessariamente novas formas de infecção, mas a sua incidência e severidade relacionavam-se com os processos de recrutamento, baixos salários e condições de trabalho nas minas.

A mineração do ouro certamente alimentou o crescimento na África do Sul, mas o seu impacto no bem-estar das populações da região foi severamente desigual. Os benefícios do crescimento não atingiram os pobres. O controlo do trabalho dos imigrantes, a repressão política dos protestos dos trabalhadores e as políticas raciais de distribuição asseguraram que o crescimento beneficiasse apenas alguns.

## MANDIOCA E KONZO EM NAMPULA

A segunda ilustração da ligação entre a doença e as políticas económicas junta os mundos colonial e pós-colonial. Nos anos 1930, Portugal queria matéria-prima barata para a sua crescente indústria têxtil. Virou-se para o algodão colonial, produzido não em propriedades mas através da imposição aos camponeses como cultura obrigatória. Garantia uma margem comercial às empresas de descaroçamento que processavam e comercializavam o algodão. As mulheres, de quem se esperava que continuassem a cultivar os alimentos, tinham de cultivar também ½ hectare de algodão. Os monitores do algodão controlavam áreas, a qualidade e a frequência da monda, o cuidado na apanha e a limpeza e preparação dos campos. Os que se atrasavam recebiam castigos corporais ou eram presos para trabalhos forçados. Em áreas tais como Memba, onde os solos não eram adequados ao cultivo do algodão, os homens eram contratados para as plantações de sisal costeiras.

Por volta dos anos 1950, a crescente importância dos têxteis de polyester nos mercados mundiais estava a reduzir a capacidade de lucro do sisal (Ferreira de Almeida 1956). Os preços do algodão também estavam em queda, mas as colheitas forçadas asseguravam a rentabilidade das companhias coloniais de algodão moçambicanas (Pitcher 1991). Os camponeses pequenos produtores referiam-se ao algodão como ‘a mãe da pobreza’ (Isaacman 1996; Isaacman *et al.*1980).

O declínio do sorgo e a crescente dependência da mandioca como a principal cultura básica em Nampula acompanhou a expansão da produção de algodão e do recrutamento laboral para as plantações de sisal. A cultura do algodão e a plantação sazonal elevaram a pressão no período de fome entre o esgotamento das reservas de comida do ano anterior e a maturação das novas colheitas. As mulheres também tinham menos tempo e energia para processar e preparar os alimentos, e as crianças trabalhavam mais intensamente nos campos. O algodão acionou confrontos constantes entre mulheres e técnicos agrícolas sobre quais talhões seriam mondados, quando e por quem. Estes conflitos entre a monda precoce intensiva exigida pela produção de algodão e a produção de alimentos eram reconhecidos pelas autoridades coloniais e as companhias de algodão, que insistiam que a mandioca deveria ser a segunda colheita no ciclo de rotação.

O rápido crescimento da mandioca através da África colonial ao longo do século 20 pode ser vista como uma resposta positiva das mulheres aos constrangimentos do trabalho na agricultura (Moore and Vaughan 1987). Plantar mandioca aliviou os estrangulamentos laborais que ameaçavam os lucros das companhias de algodão. Contudo, a perda da diversidade na dieta também tornou a população do Norte de Moçambique particularmente vulnerável tanto aos vírus que diminuía o rendimento da colheita da mandioca como à excessiva dependência da mandioca na dieta.

O sistema de produção de algodão em Moçambique, de baixo rendimento e mão-de-obra intensiva, estava em reestruturação antes do final do período colonial. O algodão foi retirado das áreas de baixo rendimento, os colonos portugueses tomaram a melhor terra para produção de algodão, foram introduzidos métodos de produção intensiva tanto junto dos agricultores da região como dos colonos agricultores. Após a independência, a Frelimo tentou expandir outra vez as áreas de produção de algodão, pelas mesmas razões que já haviam motivado o governo colonial a alimentar o desenvolvimento de uma indústria têxtil doméstica. O padrão colonial de produção rural foi assim reforçado, se bem que se pretendesse que o algodão fosse não só uma exportação mas um contributo para a indústria nacional.

Em 1981 Nampula teve um surto (mais de mil casos) de *konzo*, uma irreversível paralisia espástica das pernas (Cliff 2009). Inicialmente atingiu sobretudo dois distritos, Memba e Mogincual; ambos tinham sido afectados por dois anos de seca. Porque a paralisia afectou mais as mulheres e crianças do que os homens, e algumas famílias mais do que outras, a equipa de saúde pública enviada pelo Ministério da Saúde começou por pensar que se tratava de uma doença infecciosa (Cliff 2009). As análises mostraram, contudo, que era *konzo*, uma forma de envenenamento por cianeto resultante da alta concentração de linamarina, o glicosídeo cianogénico que se encontra nas folhas comestíveis, casca e raiz da planta da mandioca (Nhassico *et al.* 2008).

A causa do *konzo* é a ingestão de muita mandioca não processada ou pouco processada. Isto acontece especialmente durante as secas, por várias razões (Nhassico *et al.* 2008). Há sempre linamarina na mandioca, sobretudo nas espécies amargas resistentes à seca, mas a concentração aumenta quando a planta está sob pressão. Durante os períodos de seca, depois de se terem consumido os alimentos armazenados, as mulheres vêm-se forçadas a cortá-la **no tempo de preparação, tanto porque elas próprias têm fome e estão fracas e porque não há mais nada para comer**. Com uma dieta variada, o risco do *konzo* é reduzido, mas a mandioca é um bom alimento em períodos de fome porque resiste melhor à seca do que outras colheitas. As circunstâncias da epidemia sugeriram, no entanto, que a seca não fora a sua única causa. Investigadores do Ministério da Saúde pensaram que o surto estava de alguma forma ligado ao comércio (Cliff 2009).

Em 1979, a Frelimo anunciou o PPI<sup>19</sup>, um ambicioso plano económico a dez anos para crescimento rápido baseado no investimento na indústria e em machambas estatais. Como parte deste processo, o consumo deveria ser reduzido (todos iriam ‘apertar os cintos’). Parecia que seria mais fácil nas áreas rurais do que nas cidades porque os camponeses poderiam sobreviver com a sua ‘produção de subsistência’. Assim a política comercial foi desenhada para dirigir o fluxo dos bens de consumo aos trabalhadores assalariados e concentrar a posse dos excedentes comercializados nas mãos do Estado. Mas as machambas estatais não produziram nem os alimentos nem as culturas de exportação exigidos pelo plano, pelo que o controlo sobre os excedentes dos camponeses tornou-se crítico, não só para ganhos com a exportação mas também para alimentar o exército, as escolas de formação e os trabalhadores das quintas. Os bens de consumo foram direccionados para os distritos rurais em tempo de colheitas

---

<sup>19</sup> PPI – Plano Prospectivo Indicativo (NT)

para cativar os excedentes, sendo caso contrário muito escassos. Levantaram-se controlos de estrada para assegurar que o movimento de alimentos entre distritos só fosse permitido mediante autorização escrita dos governos provinciais. O dinheiro tornou-se cada vez mais sem valor no comércio oficial, e inevitavelmente desenvolveram-se mercados paralelos<sup>20</sup>.

Neste contexto, distritos costeiros tais como Memba e Mogincual, que normalmente importam alimentos, e em particular os agregados familiares que dependem de trabalho assalariado ocasional para comprar alimentos para suplemento à sua própria produção, ficaram vulneráveis ao *konzo*. Não tinham excedentes acumulados, nem de mandioca nem de outras colheitas, que lhes permitissem uma dieta variada, nem os conseguiam adquirir aos preços controlados do comércio oficial. As políticas baseavam-se na noção de um ‘campesinato de subsistência’: a crença de que os camponeses podiam sempre alimentar-se, de que o trabalho forçado e a obrigatoriedade das colheitas da época colonial tinham impedido que os camponeses se integrassem no mercado, e de que não havia qualquer ligação sistémica entre trabalho e mercados de alimentos. Assim as políticas económicas, não a seca, terão sido provavelmente a causa mais importante do *konzo*.

Houve de facto crescimento da produção camponesa comerciável no período colonial e este crescimento alimentou o crescimento industrial em Portugal. Porém, o padrão de crescimento ameaçava a produção de alimentos não comercializáveis. A substituição da mandioca por cereais auxiliou a mulher rural a reduzir estrangulamentos, mas a perda da diversidade na dieta foi causa de problemas nutricionais, sobretudo para as mulheres e crianças dos agregados familiares mais pobres. O crescimento dos mercados alimentares pode permitir a entrada de alimentos em áreas afectadas pela fome, mas a política da Frelimo de proibir o movimento dos alimentos para lá das fronteiras dos distritos exacerbou a crise nutricional. Para se comprar comida nos mercados é necessário ter-se dinheiro. Os agregados familiares pobres, e em particular as mulheres desses agregados, não o tinham. Isto não se verificava por elas serem produtoras de subsistência a viver à margem dos mercados, mas porque não tinham poupanças e num tempo de seca não conseguiam arranjar trabalho eventual local (*ganho-ganho*).

---

<sup>20</sup> Um estudo feito em 1982 na Zambézia do Norte mostrou que os mais importantes agentes a comprar em mercados paralelos eram as propriedades do Estado, o exército em Nampula e o governo provincial, (Mackintosh 1985).

## OPÇÕES CONTEMPORÂNEAS

Estes exemplos são históricos, mas se os lermos cuidadosamente deverão guiar-nos em algumas reflexões sobre causas prováveis da estagnação dos indicadores de saúde que raramente figuram nas actuais discussões. No actual contexto de crescimento em Moçambique, alguns dos padrões de produção que alimentaram um crescimento relativamente rápido são aqueles que, historicamente dentro da região e em outros locais, levaram à acumulação de riqueza em mãos privadas mas minaram a saúde dos trabalhadores, camponeses e comunidades.

Esquemas contratuais para a agricultura de algodão e açúcar, por exemplo, podem levar ao progresso dos níveis de produção para o mercado e à maior produtividade da terra, mas implicam trabalho intensivo em épocas específicas no ano agrícola, e podem limitar a disponibilidade da terra e do trabalho para a produção de alimentos para consumo próprio. Aumentos globais de rendimento em dinheiro não se traduzem necessariamente em maior acesso à comida, em especial das mulheres e crianças, se o preço dos alimentos estiver em subida nos mercados locais e se o rendimento em dinheiro for monopolizado pelos chefes dos agregados familiares. Esquemas de mineração exigiram a ocupação de terrenos trabalhados por pequenos agricultores proprietários ou moradores das periferias urbanas sem consideração pela forma como isso iria afectar a situação nutricional dos que são deslocados. Recrutamento e instalações para os mineiros em alguns casos copiam os dormitórios que a seu tempo tiveram um destacado papel na disseminação de doenças nas minas Sul-africanas. O rendimento de muitas actividades orientadas para as exportações, onde Moçambique poderá gozar de vantagem competitiva nos mercados internacionais, depende em parte da presença de trabalhadores eventuais recrutados para trabalhos a curto prazo e sazonais, fornecendo apenas um rendimento precário insuficiente para assegurar um sustento saudável a estes trabalhadores e suas famílias.

## CONCLUSÃO: ABORDAR DESIGUALDADES ESTRUTURAIS EM ESTADOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE HOJE

Campanhas de curto prazo, tais como a recente e bem sucedida promoção de redes mosqueiras, podem ter um impacto positivo nos estados de saúde, como sugerem as recentes melhorias nas taxas de mortalidade infantil<sup>21</sup>. Contudo, se olharmos para

<sup>21</sup> Apesar de ser necessário cruzar e monitorar os dados da mortalidade infantil, pois oscilações ra-

as desigualdades em estados de saúde e para o ritmo de melhoria dos indicadores de saúde de Moçambique hoje, observamos algumas desigualdades persistentes: alguns fossos regionais, em especial entre Maputo e o resto do país; entre áreas rurais e urbanas; e polarização entre aqueles nos quintis superiores de riqueza e o resto da população, incluindo os pobres urbanos (e abrangendo os de Maputo). Já não podemos atribuir estas desigualdades à discriminação racial que definia a cidadania social sob o domínio colonial, sendo pois razoável perguntar como e porquê estas desigualdades são hoje reproduzidas.

Este tipo de reflexão sobre as desigualdades estruturais de longo prazo não está apresentada no PARPA, tendo também estado ausente nos processos de consulta civil à sua volta. A discussão sobre os objectivos sociais está quase inteiramente separada das discussões sobre as políticas sectoriais e macroeconómicas. A única ligação entre elas é o apelo do PARPA ao progresso na produtividade agrícola, mas há diferentes medidas de produtividade (da terra, do trabalho, do capital) com implicações diferentes para aqueles que trabalham. Aumentos na produtividade de *per se* não se traduzem necessariamente em progresso nas condições de vida das populações rurais.

Ao nível micro, é mais fácil ver a importância do aumento dos níveis de produção de colheitas de alimentos para o bem-estar dos indivíduos dentro dos agregados familiares. Um celeiro cheio fornece não só o consumo corrente mas também protecção face a riscos futuros. Da experiência dos anos de guerra, sabemos que algumas das áreas mais fortemente atingidas pela mortalidade e morbilidade extrema foram as disputadas, que caíram fora da alçada de protecção quer da Frelimo quer da Renamo, ou, anteriormente, do exército colonial português. Nestas áreas não só se verificou a interrupção da produção como também não houve possibilidade de se proteger os excedentes.

Ao nível do agregado, porém, onde as relações entre os indivíduos são mediadas pelo mercado, aumentos na produção e na produtividade não se traduzem necessariamente em melhores estados de saúde. Poderiam fazê-lo, mas não podem. Os resultados dependem de quem é proprietário do quê e de como diferentes padrões de crescimento afectam quem faz o quê e o que recebem em contrapartida. Os resultados também dependem das políticas de intervenção pública levarem ou não à criação de programas redistributivos dos rendimentos do crescimento económico.

A relação entre saúde e padrões de crescimento é mediada não só pela prestação formal de serviços de saúde como pela qualidade das condições de vida. Esta é for-

---

dica para cima e para baixo como as registadas na Zambézia, por exemplo, são pouco prováveis.

mada por padrões de crescimento e não apenas pela sua taxa. O que importa não é só quantos empregos são criados mas que tipos de empregos, as condições de trabalho e quem faz o quê; não só a quantidade de rendimento por eles gerado mas quem o obtém; não só se o trabalho produz valor mas quais as suas implicações no trabalho não mercantilizado e, conseqüentemente, na nutrição e cuidados.

Ao longo de gerações sucessivas, as políticas de crescimento económico em Moçambique têm assumido que os meios de sobrevivência rurais poderiam garantir a subsistência, compensando os salários e os preços ao produtor. Contaram especialmente com a flexibilidade e persistência do trabalho das mulheres na produção de alimentos e no cuidar das crianças e doentes. Assumiram que a intensificação de trabalho não mercantilizado não teria repercussões negativas na saúde. Pressionaram as populações rurais para derrotar a pobreza trabalhando mais. Este estudo utilizou exemplos históricos para desafiar estes pressupostos, para levantar a possibilidade de algumas formas de aumentar a produção e o lucro no domínio das mercadorias poder estar na base da falta de saúde.

O PARP está justamente preocupado com a estagnação de certos indicadores de saúde e com a durabilidade das desigualdades nos estados de saúde e na prestação dos serviços de saúde, incluindo os fossos entre as áreas rurais e urbanas e entre ricos e pobres. Contudo, os padrões de crescimento económico em que assenta podem, eles mesmos, ser causa de desigualdades na saúde. Deveriam também ser abordados nos debates sobre a natureza da pobreza em Moçambique.

## APÊNDICE: DADOS DO INQUÉRITO À SAÚDE E À DESIGUALDADE

### FONTES

Os dados DHS para 1997 e 2003 foram compilados utilizando a Tabela de medidas DHS STAT. Macro International Inc., 2010. <http://www.measuredhs.com>

Os dados MICS sobre saúde e qualidade da água de 2008 foram obtidos no *Final Report of the Multiple Indicator Cluster Survey, 2008*, Maputo, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2009.

Os dados 2003/2003 2003/2004 sobre prestação de saúde foram tirados do *Relatório Final do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar, 2002/03*, Instituto Nacional de Estatística, 2004, e de Lindelow, M., Ward, P. &

Zorzi, N. 2004, 'Primary Healthcare in Mozambique, Service Delivery in a Complex Hierarchy': World Bank, África Region Human Development Working Paper Series<sup>22</sup>.

Os dados de 2009 sobre a incidência do HIV foram tirados do INSIDA (INS 2010).

## MORBILIDADE INFANTIL: INCIDÊNCIA DE DIARREIA, PERCENTAGEM DE CRIANÇAS NASCIDAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS QUE TIVERAM DIARREIA NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES AO INQUÉRITO POR ÁREA DE RESIDÊNCIA

**TABELA A1** CRIANÇAS COM IDADES INFERIORES AOS TRÊS ANOS SOFRENDO DE DIARREIA NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES AO INQUÉRITO, POR ÁREA DE RESIDÊNCIA<sup>11</sup>

ÁREA DE RESIDÊNCIA	1997	2003
Urbana	30.6	21.1
Rural	18	17.6
Urbana/rural	1.7	1.2

**TABELA A2** CRIANÇAS COM IDADES INFERIORES AOS TRÊS ANOS SOFRENDO DE DIARREIA NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES AO INQUÉRITO, POR PROVÍNCIA<sup>11</sup>

PROVÍNCIA	1997	2003
Niassa	20.6	14.3
Cabo Delgado	23.4	20.9
Nampula	25.1	28.5
Zambézia	34.6	12.2
Tete	25.9	10.6
Manica	21.6	18.3
Sofala	18.7	15.7
Inhambane	7.6	19.7
Gaza	8	13.6
Maputo Província	18.6	12.3
Maputo Cidade	17.4	28.9

**FONTE** Macro International Inc, 2010. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 5 de Agosto de 2010.

<sup>22</sup> 'Cuidados de Saúde Primários em Moçambique, Prestação de Serviços numa Hierarquia Complexa': Banco Mundial, Desenvolvimento Humano na Região Africana, Série de Documentos de Trabalho (NT).

**TABELA A3** CRIANÇAS COM IDADES INFERIORES AOS TRÊS ANOS SOFRENDO DE DIARREIA NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES AO INQUÉRITO, POR QUINTIL DE RIQUEZA<sup>11</sup>

QUINTIL DE RIQUEZA	1997	2003
Mais baixo	20.9	18.8
Segundo	26.5	17.4
Do meio	19.4	18.4
Quarto	20.7	18.2
Mais alto	18.4	20.5
Mais alto/mais baixo	1.1	0.9

ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS: DEFICIT DE CRESCIMENTO (CRIANÇAS CUJA ALTURA-POR-IDADE ESTÁ ENTRE DOIS OU TRÊS DESVIOS STANDARD ABAIXO DA MEDIANA DA POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA)

**TABELA A4** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM SUBNUTRIÇÃO CRÓNICA POR RESIDÊNCIA

Residência	1997	2003	2008
Urbana	27.3	26.1	34.7
Rural	38.9	41	47.3
Rural/Urbana	1.4	1.6	1.4

**TABELA A5** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM SUBNUTRIÇÃO CRÓNICA POR PROVÍNCIA

PROVÍNCIA	1997	2003	2008
Niassa	54.6	39.9	45.5
Cabo Delgado	56.8	49.7	55.7
Nampula	38.4	37.8	50.6
Zambézia	36.9	40.6	45.8
Tete	45.7	41.3	48
Manica	40.5	34.9	48.3
Sofala	38.6	40.3	40.5
Inhambane	26	28.2	34.5
Gaza	30	30	34.2
Maputo Província	16	22	28
Maputo Cidade	21.5	21.9	24.9

**TABELA A6** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM SUBNUTRIÇÃO CRÓNICA

QUINTIL RIQUEZA	1997	2003	2008
Mais baixo	47.8	45.4	56.7
Segundo	41.6	40.9	68.2
Meio	35.1	40.4	70.9
Quarto	36.1	31	59.1
Mais alto	21.8	18.1	70.1
Mais baixo/Mais alto	2.2	2.5	2.0

## MORTALIDADE DAS CRIANÇA COM MENOS DE CINCO ANOS (MÉDIA DE DEZ ANOS)

**TABELA A7** MORTALIDADE DE CRIANÇAS (MENOS DE 5 ANOS) POR RESIDÊNCIA

RESIDÊNCIA	1997	2003	2008
Urbana	150.4	143.2	134.7
Rural	236.9	192	161.8
Rural/Urbana	1.58	1.3	1.2

**TABELA A8** MORTALIDADE DE CRIANÇAS (MENOS DE 5 ANOS) % POR PROVÍNCIA (DA MAIS BAIXA À MAIS ALTA)

PROVÍNCIA	1997	2003	2008
Maputo Província	146.5	108.1	102.5
Maputo Cidade	96.9	89.2	108
Inhambane	192.7	149.1	116.9
Niassa	213.1	206	122.9
Sofala	241.6	205.7	130.3
Nampula	319.1	219.5	139.6
Manica	158.8	183.7	153.6
Gaza	208	156.2	164.9
Tete	282.7	205.5	174.4
Cabo Delgado	164.7	239.8	179.6
Zambézia	183.1	122.9	205.2

**TABELA A9** MORTALIDADE DE CRIANÇAS (MENOS DE 5 ANOS) % POR QUINTIL DE RENDIMENTO<sup>11</sup>

QUINTIL RENDIMENTO	1997	2003	2008
Mais baixo	277.5	196.2	171.9
Segundo	213.7	199.8	169.2
Meio	215.8	203.3	169.1
Quarto	187	154.6	136
Mais alto	144.6	108.1	109.9
Mais baixo/Mais alto	1.9	1.8	1.6

## INCIDÊNCIA HIV/AIDS 2009

**TABELA A10** HIV PREVALÊNCIA POR SEXO E RESIDÊNCIA

	URBANA	RURAL
Mulheres	18.4	10.7
Homens	12.8	7.2

FORTE INSIDA (INS 2010 p. 163)

**TABELA A11** % INFECTADOS PELO HIV - 15-49 ANOS POR REGIÃO E SEXO

	MULHERES	HOMENS	TOTAL	MULHERES POR 100 HOMENS
<b>NORTE</b>	6.1	4.9	5.6	124
Urbana	11.7	7.7	9.9	152
Rural	4.2	3.8	4	111
Centro	14.4	9.9	12.5	145
Urbana	22.9	16	19.7	143
Rural	12	7.8	10.3	154
<b>SUL</b>	20.2	14.2	17.8	142
Urbana	19.7	13.9	17.2	142
Rural	20.8	14.6	18.6	142

FORTE INSIDA (INS 2010 p. 163)

**TABELA A12** % INFECTADOS PELO HIV - 15-49 ANOS POR QUINTIL DE RIQUEZA

QUINTIL DE RIQUEZA	MULHERES	HOMENS	TOTAL
Mais baixo	6.6	5	6
Segundo	8.6	5.9	7.5
Médio	9.9	7.3	8.8
Quarto	18.3	12.6	16
Mais alto	20.6	13.5	17.4

**TABELA A13** % DE MULHERES E HOMENS COM BOM CONHECIMENTO GERAL DO HIV/SIDA POR RESIDÊNCIA

	URBANA	RURAL
Mulheres	40.2	27.8
Homens	46	29

FORNE INSIDA (INS 2010), p. 54-55

## QUALIDADE DA ÁGUA

**TABELA A14** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM ACESSO A FONTE DE ÁGUA MELHORADA POR RESIDÊNCIA 2008

Urbana	69.9
Rural	29.9
Urbana/Rural	2.3

**TABELA A15** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM ACESSO A FONTE DE ÁGUA MELHORADA POR PROVÍNCIA 2008

Niassa	44.1
Cabo Delgado	29.9
Nampula	43.1
Zambézia	23.6
Tete	34.2
Manica	32.1
Sofala	48
Inhambane	34.9
Gaza	60.7
Maputo Província	67.7
Maputo Cidade	94.3

FORNE Calculado a partir do MICS 2008

**TABELA A16** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM ACESSO A FONTE DE ÁGUA MELHORADA POR QUINTIL DE RIQUEZA 2008

Mais baixo	12.6
Segundo	22.8
Meio	44.4
Quarto	49.9
Mais alto	85.1

FONTE calculado a partir do MICS 2008

## DISPONIBILIDADE E RECURSO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**TABELA A17** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM NECESSIDADE DE RECORREREM A PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR ÁREA DE RESIDÊNCIA 2002-3

ÁREA DE RESIDÊNCIA	ACESSO	NECESSIDADE	RECURSO	SATISFAÇÃO
Rural	20.9	17	10.8	61.9
Urbana	68.1	13.5	11.3	63.4

**TABELA A18** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM NECESSIDADE DE A RECORREREM A PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR PROVÍNCIA 2002-3

PROVÍNCIA	ACESSO	NECESSIDADE	RECURSO	SATISFAÇÃO
Niassa	29.7	11.8	9.2	67.2
Cabo Delgado	35.6	19.1	12.5	50.4
Nampula	35.5	20	11.4	66
Zambézia	21.5	17.6	11.4	50.6
Tete	26.9	17.5	10.5	60.1
Manica	28.1	11.8	9.2	67.5
Sofala	38.9	16.5	14.6	74.2
Inhambane	21.2	13.4	9.8	74.5
Gaza	54.7	11.6	9.8	71.9
Maputo Província	69.4	11.5	9.2	65.3
Maputo Cidade	75.2	10.6	8.9	54.1

**TABELA A19** PERCENTAGEM DE AGREGADOS COM NECESSIDADE DE A RECORREREM A PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR QUINTIL DE DESPESA 2002-3

QUINTIL DE DESPEZA	ACESSO	NECESSIDADE	RECURSO	SATISFAÇÃO
Mais baixo	23.4	15.4	9.1	64.7
Segundo	30.2	15.7	10.2	62.4
Meio	30.3	16	10.6	59.1
Quarto	40.3	16.6	11.6	64.2
Mais alto	56.1	15.9	13.2	61.8

## TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRA) NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES AO INQUÉRITO TRATADAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE

**TABELA A20** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM IRA LEVADAS A UMA INSTALAÇÃO DE SAÚDE POR RESIDÊNCIA

RESIDÊNCIA	1997	2003	2008
Urbana	64.8	62.5	66.1
Rural	28.3	55	65
Urbana/Rural	2.3	1.3	1

**TABELA A21** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM IRA LEVADAS A UMA UNIDADE DE SAÚDE POR REGIÃO

REGIÃO	1997	2003	2008
Niassa	83.9	45.7	68.6
Cabo Delgado	14.7	64.7	78.2
Nampula	15.9	50.5	70.8
Zambézia	29.5	54.5	61.8
Tete	67.3	64.4	45
Manica	49.8	78.4	74.4
Sofala	40.1	56.2	59.4
Inhambane	56	55.4	70.3
Gaza	43	61	55.7
Maputo Província	33.5	73.3	70.8
Maputo Cidade	65.7	52.9	46.5

**TABELA A 22** PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM IRA LEVADAS A UMA UNIDADE DE SAÚDE POR QUINTIL DE RIQUEZA

QUINTIL RIQUEZA	1997	2003	2008
Mais baixo	17.3	41.7	56.7
Segundo	31.9	61.2	68.2
Meio	45.8	56.2	70.9
Quarto	56.5	67.9	59.1
Mais alto	46.1	63.6	70.1
Mais alto/Mais baixo	2.7	1.5	1.5

## QUALIDADE E COBERTURA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE 2003-2004

**TABELA A23** QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES DE SAÚDE PRIMÁRIAS: RURAL E URBANA, MOÇAMBIQUE

% DE INSTALAÇÕES:	RURAL	URBANA	TOTAL
Com profissionais clínicos acima do nível elementar	60.5	77.7	62.4
Dispondo de vacinação infantil com todas as vacinas EPI disponíveis	70.7	93.6	73.3
Comunicaram falta de <i>stocks</i> de drogas essenciais nos últimos 6 meses	60.1	45.8	58.5
Com acesso a água	69.4	80.7	70.7
Com electricidade	32.7	73.1	37.2
Com cloroquina em <i>stock</i>	96.8	97.1	96.8
Com fansidar em <i>stock</i>	29.1	49.2	31.4

**TABELA A24** PERCENTAGEM DE UTILIZADORES A REFERIREM ACESSO A PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE ALTERNATIVOS POR RESIDÊNCIA

PRESTADOR	RURAL	URBANO
Postos de saúde comunitários	3.3	1.9
Hospital	18.6	70.5
Outros centros ou postos de saúde	34.7	67.7
Clínica privada com fins lucrativos	0.4	10.4
Enfermeiro ou médico a trabalhar em casa	0.8	2.9
Serviços externos por pessoal das instalações públicas	0.0	1.7
Organização religiosa ou ONG	20.0	14.5
Prestador medicina tradicional	76.4	51.2
Farmácia fora das instalações públicas	0.3	38.5
Mercado (que vende medicina)	5.0	12.2

FONTE Adaptado de Lindelow *et al* 2004, Tabela 53, p. 82

**TABELA 25** PERCENTAGEM DE UTILIZADORES A REFERIREM ACESSO A PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE ALTERNATIVOS POR PROVÍNCIA 2003-4

PRESTADOR	NORTE	CENTRO	ZAMBÉZIA	SUL	MAPUTO CIDADE
Postos de saúde comunitários	1.5	2.7	2.6	6.4	0.0
Hospital	34.2	11.1	25.1	40.4	84.6
Outros centros ou postos de saúde	62.2	23.4	25.1	56.7	77.5
Clínica privada com fins lucrativos	0.2	0.2	0.7	2.9	26.9
Enfermeiro ou médico a trabalhar em casa	1.0	0.0	0.3	4.7	1.6
Serviços externos por pessoal das instalações públicas	0.0	0.0	1.0	0.7	0.0
Organização religiosa ou ONG	1.2	22.5	30.1	12.1	26.3
Prestador medicina tradicional	77.9	92.3	77.8	48.0	18.4
Farmácia fora das instalações públicas	3.9	14.9	4.6	7.7	48.5
Mercado (que vende medicina)	4.0	1.4	13.5	1.4	14.3

FONTE Adaptado de Lindelow *et al* 2004, Tabela 53, p. 82

## REFERÊNCIAS

- Chenery, H., Ahluwalia, M., Duloy, J., Bell, C. & Jolly, R. 1974, *Redistribution with growth; policies to improve income distribution in developing countries in the context of economic growth*, Washington, D.C.: IBRD/The World Bank.
- Cliff, J. 2009, 'An Orphan Disease in Mozambique', in *The Practice of International Health, A Case-based Orientation*, eds. D. Perlman and A. Roy, Oxford: Oxford University Press,70-87.
- CSDH 2008, 'Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health', Geneva: World Health Organization.
- Crush, J. & Dodson, B. 2007, 'Another Lost Decade: The Failures of South Africa's Post Apartheid Migration Policy', *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 98 (4): 436-54.
- Drèze, J. & Sen, A. 1991, 'Public Action for Social Security ', in *Social Security in Developing Countries*, eds. A. Ehtisham, J. Drèze, J. Hills and A. Sen, Oxford: Clarendon Press for WIDER,3-40.
- Ferreira de Almeida, C. E. 1956, 'Governo do Distrito de Moçambique, Relatório', Nam-pula: Agência Geral do Ultramar, República Portuguesa, Ministério do Ultramar.
- First, R. 1983, *Black Gold, the Mozambican Miner, Proletarian and Peasant*, Sussex: The Harvester Press.
- Foucault, M. 2000, 'The Birth of Social Medicine', in *Power, Vol. 3 of Essential Works of Foucault 1954-1984*, New York: The New Press,134-56.
- Government of Mozambique, 2004, *Poverty and Well-Being in Mozambique, The Second National Assessment (IAF)*, Maputo: National Directorate of Planning and Budget.
- Harries, P. 1994, *Work, Culture and Identity, Migrant Laborers in Mozambique and South Africa, c. 1860-1910*, Portsmith, N.H. and London: Heinemann and James Currey.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), 2004, *Relatório Final do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar (IAF), 2002/03*, Maputo.
- INE , 2009, *Multiple Indicators Cluster Survey 2008 (MICS)*, Maputo.
- INE, 2010, *Inquérito sobre Orçamento Familiar (IOF), 2008/09 (IOF)*, [http://196.22.54.18/inqueritos\\_dir/iaf/News\\_Item.2011-05-16.2871927700/view?searchterm=iof](http://196.22.54.18/inqueritos_dir/iaf/News_Item.2011-05-16.2871927700/view?searchterm=iof).

- Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística & ICF Macro 2010, *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009*, Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro
- Isaacman, A. 1996, *Cotton is the Mother of Poverty: Peasants, Work, and Rural Struggle in Colonial Mozambique, 1938-1961*: James Currey.
- Isaacman, A., Stephen, M., Adam, Y., Homen, M. J., Macamo, E. & Pililao, A. 1980, "Cotton Is the Mother of Poverty": Peasant Resistance to Forced Cotton Production in Mozambique, 1938-1961', *The International Journal of African Historical Studies*, 13 (4): 581-615.
- Lindelov, M., Ward, P. & Zorzi, N. 2004, 'Primary Health Care in Mozambique, Service Delivery in a Complex Hierarchy': World Bank, Africa Region Human Development Working Paper Series.
- Mackintosh, M., 1985. 'Economic tactics: Commercial policy and the Socialization of African Agriculture'. *World Development*, 13 (1): 77-96.
- Marks, S. and N. Andersson, 1992. 'Industrialization, Rural Health, and the 1944 National Health Services Commission in South Africa'. In *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, eds. S. Feierman and J. Janzen. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 131-61.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. 2006, *Social determinants of health*: Oxford University Press Oxford.
- Moore, H. and M. Vaughan, 1987. 'Cutting Down Trees: Women, Nutrition and Agricultural Change in the Northern Province of Zambia, 1920-1986'. *African Affairs*, 86 (345): 523-40.
- Muñoz, J. 2002, 'Expenditure Tracking and Service Delivery Survey in the Health Sector, Sampling Design', Maputo: Oxford Policy Management and Austral Consultoria.
- Navarro, V. 2009, 'What we mean by social determinants of health', *International Journal of Health Services*, 39 (3): 423-41.
- Packard, R. 1989a. 'Industrial Production, Health and Disease in Sub-Saharan Africa'. *Social Science and Medicine*, 28 (5): 475-96.
- Packard, R. M. 1989b. *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

- Packard, R. M. and D. Coetzee, 1995. 'White plague, black labour revisited: TB and the mining industry'. In *Crossing Boundaries: Mine Migrancy in a Democratic South Africa*, eds. J. Crush and W. James, Cape Town and Ottawa: Institute for Democracy in South Africa/International Development Research Centre, 101-15.
- Pfeiffer, J. 2003, 'International NGOs and primary healthcare in Mozambique: the need for a new model of collaboration', *Social Science and Medicine*, 56: 725-38.
- Pitcher, M. A. 1991, 'Sowing the Seeds of Failure: Early Portuguese Cotton Cultivation in Angola and Mozambique, 1820-1926', *Journal of Southern African Studies*, 17 (1): 43-70.
- Prins, G. 1989, 'But What was the Disease? The Present State of Health and Healing in African Studies', *Past and Present*, 124: 159-79.
- Seguino, S. 1997, 'Gender Wage Inequality and Export Led Growth in South Korea', *Journal of Development Studies* 34 (2): 102-32.
- Sen, A. 1981, *Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation*, Oxford: Clarendon Press.