

O ESTADO DE SAÚDE DA ILHA DE MOÇAMBIQUE:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS
INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Ana Luísa Patrão

Universidade do Minho

lisptrao@gmail.com

José Vasconcelos-Raposo

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

j.vasconcelos.raposo@gmail.com

Resumo

De acordo com o PNUD (2010), num universo de 169 países, Moçambique ocupa o 165º lugar relativamente aos índices de desenvolvimento humano. Entre 2004/2005 desenvolveu-se uma investigação, com uma amostra de 500 indivíduos, cujo objectivo passou por analisar alguns indicadores de saúde da população da Ilha de Moçambique e compará-los com os valores nacionais. Os resultados demonstraram que, em alguns aspectos, os valores da Ilha são mais desfavoráveis do que os nacionais, enquanto que noutros são mais elevados. Assim, no geral, considera-se que a Ilha não possui um nível de desenvolvimento humano alto, tal como era esperado. Ao nível da saúde, a população não acede às oportunidades nem aos instrumentos que a ajudariam a melhorar a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: desenvolvimento humano, indicadores de saúde, Ilha de Moçambique

Abstract

The United Nations Development Program (PNUD) refers to Mozambique as occupying the 165th place in terms of human development, within a range of 169 countries (2010). A study was conducted between 2004/2005, based on a sample of 500 persons. The goal was to analyse selected health indicators within the Island of Mozambique's population, in order to compare them with the national rates. The results show that, in some aspects, the Island's rates are lower than the national ones. However, it was also observed that certain variables revealed a more favourable situation within the Island of Mozambique. Generally speaking, then, we may conclude that human development is a serious problem in the Island. Healthwise, the population lacks the opportunities, as well as the means to improve this situation.

Keywords: human development, health indicators, Mozambique Island

Introdução

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2010 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2010), numa amostra de 169 países, Moçambique ocupa o 165º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano. Esta é uma posição muito desfavorável que se tem vindo a agravar, visto que, em 2004, Moçambique se encontrava em 171º lugar, num universo de 177 países (PNUD, 2004). Uma das explicações para este baixo nível de desenvolvimento humano, de acordo com o descrito no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, elaborado pelo Observatório da Pobreza (2004), reside no facto de Moçambique ser um país que viveu uma fase de recuperação do pós-guerra, durante a qual recebeu assistência de urgência e só depois iniciou um processo de desenvolvimento global, sendo ainda, por isso, um país com carências a diversos níveis. A saúde é uma das áreas com grandes carências.

A saúde tem um papel fundamental no desenvolvimento de uma sociedade, pois, para além do óbvio, que é tratar-se de uma condição primordial para o bem-estar físico, também está intimamente relacionada com um conjunto de outras variáveis fundamentais para a promoção do bem-estar social. Neste seguimento, Wagstaff (2002) apresenta uma sistematização do designado ciclo da pobreza e da saúde, onde evidencia claramente a articulação e interdependência existente entre variáveis de saúde e a sua influência na situação de pobreza. Este ciclo reflecte ainda, associado às diferentes variáveis apresentadas, a interligação com um conjunto de outras condições sociais. Daqui resulta também a evidência de que ao promover-se a saúde da população estão-se a promover outras condições sociais, tais como habitacionais e de educação (Erwin, 2008), e assumindo a existência deste ciclo, a conseqüente diminuição da pobreza e maiores melhorias de saúde. Os ganhos ao nível da saúde são possíveis de obter através da promoção do capital social da população, tendo em conta os impactos positivos do mesmo na saúde, educação e bem-estar (Dutta-Bergman, 2004; Folland, 2007; Reid & Tom, 2006), fomentando, adicionalmente, o próprio desenvolvimento económico do país e o bem-estar da sociedade (Bouchard, Gilbert, Landry & Deveau, 2006).

De acordo com o PNUD (2004), o desenvolvimento humano tem a ver principalmente com a possibilidade de as pessoas viverem o tipo de vida que escolheram e com a provisão dos instrumentos e das oportunidades para fazerem as suas escolhas. O Relatório do Desenvolvimento Humano 2004 do PNUD assenta muito numa análise das diferenças culturais que levam ao conflito social, económico e político e acredita que as pessoas pobres e marginalizadas (as mais afectadas por estes conflitos) devem ser agentes directos deste processo, pois só

assim será possível alcançar o acesso equitativo ao emprego, educação, saúde, justiça, segurança, entre outros serviços básicos, sendo para isto fundamental dar voz aos mais marginalizados e alterar as culturas políticas, sendo as consequências perturbadoramente claras quando tal não acontece. Dos grupos indígenas da América Latina, às minorias infelizes da África e da Ásia e aos novos emigrantes de todo o mundo desenvolvido, não resolver as razões de queixa destes grupos marginalizados cria não apenas injustiça, mas também verdadeiros problemas para o futuro (PNUD, 2004). O Relatório do Desenvolvimento Humano 2004 identificou 38 países “prioritários” na África subsariana (um dos quais Moçambique), que têm níveis baixos de desenvolvimento e um progresso fraco em direcção aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio; no entanto, acrescenta que são maioritariamente países interiores ou com alta densidade demográfica (PNUD, 2004). No caso particular de Moçambique, a interioridade não é uma das características precipitantes, pois trata-se de um país com uma vasta costa e inúmeras fronteiras; no entanto, confirma-se a questão da elevada densidade demográfica.

De acordo com o Observatório da Pobreza (2004), para mais de 60% da população moçambicana, a pobreza está associada a uma impossibilidade de cobrir as necessidades vitais e as disparidades sociais. Destas necessidades sociais, a falta de serviços e recursos de saúde satisfatórios que enfrentem as várias doenças que atingem o país é uma das principais preocupações. Segundo Wane (2004), a pobreza humana em Moçambique, ou seja, a falta de condições sociais de base, é mais grave do que propriamente os indicadores que medem a pobreza económica.

Ainda segundo a mesma fonte (PNUD, 2004), há autores que defendem que é a cultura que está a determinar o fraco desenvolvimento na África subsariana, uma *cultura africana* problemática, argumentam, inadequada ao desenvolvimento económico, político e social, argumentação esta que a fonte rejeita. No que se refere ao caso específico de Moçambique, as opiniões também se dividem, na medida em que uns autores defendem que a cultura local deve ser aproveitada e valorizada, nomeadamente no campo da saúde, e outros defendem que esta é um entrave ao desenvolvimento e à melhoria das condições de vida. Neste seguimento, Abudo (2004) refere que um total de 60% da população moçambicana depende da medicina tradicional (*folk*), contra 40% da população que depende dos serviços prestados pela medicina profissional. Segundo este autor, a valorização das práticas tradicionais deve-se ao facto de a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) se ter afirmado no campo da saúde formal. Ainda de acordo com Abudo (2004), a AMETRAMO declara que em África, em geral, e em Moçambique, em particular, a vida começa com o apoio da medicina tradicional

na prevenção e combate às doenças. Já outros autores como Craveirinha (2001) fazem críticas directas e indirectas a tantos rituais que se praticam fruto da cultura *folk*/tradicional em Moçambique, ao afirmar que espera um milagre divino que ponha cobro a tanta feitiçaria e regresso ao passado das trevas “em que vale tudo até tirar olhos e cortar cabeças”. Esta presença sólida e paralela de diferentes sectores de saúde no contexto moçambicano deve-se, segundo Mira *et al.* (2000), ao facto de, durante muitos anos de colonização, o povo moçambicano ter vivido as suas culturas ancestrais quase que em confronto com as ocidentais. No entanto, estas nunca se perderam e actualmente cada vez mais se verifica uma tendência para o retorno às origens e a todas as crenças e rituais culturais, em simultâneo com o sector tradicional sempre existente (onde a família é o agente principal de saúde), e o profissional cada vez mais em ascensão.

Sobre estes aspectos, será importante ter em atenção a complementaridade dos diferentes sectores e a importância do relativismo e da sensibilidade cultural, quando se abordam tais questões. Em saúde, sensibilidade cultural pode ser definida como a medida em que a etnicidade e a cultura, assim como as características, experiências, normas, valores, padrões comportamentais e crenças de uma dada população, são incorporadas na definição e evolução de materiais e programas de saúde (Resnicow *et al.*, 2000; cit. por Sifunda *et al.*, 2007). A cultura e as normas sociais definem o que é a saúde para os seus membros, onde se determina a etiologia e o tratamento das doenças (Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; cit. por Sifunda *et al.*, 2007).

Com ou sem a influência da cultura local, a verdade é que Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo, o que o leva sempre a *chumbar* no quesito do desenvolvimento humano (Wane, 2004). Muitos aspectos ligados à precária saúde deste país são fortes contribuidores para estes baixos índices e indicadores gerais do país ao nível do desenvolvimento humano. Concretamente no que respeita a alguns indicadores de saúde e, em particular, no caso de Moçambique, segundo o PNUD (2008), 2,7% do PIB é gasto em despesa pública de saúde e 1,3% é gasto em despesa privada de saúde. Neste país, a percentagem de crianças com menos de um ano que são vacinadas contra o sarampo é de 77% e contra a tuberculose é de 87%. Num país onde a média nacional de prevalência de casos de VIH/SIDA é de 16,1%, a taxa de utilização de preservativos é de 29% nas mulheres e de 33% nos homens. A taxa de prevalência de contraceptivos, entre mulheres casadas, é de 17%; e a percentagem de partos assistidos por técnicos de saúde qualificados de 48%. Relativamente às condições de acesso (em 2004) a água e saneamento, a percentagem de acesso sustentável a saneamento básico melhorado era de 32% e o acesso a fonte de água melhorada era de 43%. Em qualquer país europeu e mesmo em muitos dos países considerados com um

desenvolvimento humano médio, estes valores situam-se entre os 90% e os 100% (PNUD, 2004).

Ainda de acordo com a fonte supracitada, a esperança média de vida à nascença é de 44 anos. Isto deve-se a uma série de condições de saúde e sociais muito precárias, aliadas a uma série de doenças tropicais e infecciosas muito prevalentes em África. Face a um estudo no âmbito da saúde, importa incidir um pouco nestas doenças para melhor compreendermos a realidade de Moçambique ao nível da saúde. Segundo o Ministério do Plano e Finanças e o Ministério da Saúde de Moçambique (2005), o perfil das doenças em Moçambique continua a ser tipicamente o de um país em vias de desenvolvimento, com o predomínio de doenças infecto-contagiosas como a malária, diarreias, doenças respiratórias e, ultimamente, o VIH/SIDA.

De acordo com Alves, Laranjo, Resende, Aguiar, Costa e Carvalho (2004), a Ilha de Moçambique tem um lugar especial na história moçambicana e a sua lenda, quase mítica, tem muito a ver com o património construído, único na costa moçambicana, e com a beleza do local. No entanto, ela também possui um conjunto de características que contribuem para as difíceis condições de vida que nela se vivem, tais como o elevado número populacional num território pouco extenso (especialmente na parte insular) e para o qual não existem respostas suficientes a vários níveis; um clima muito difícil (ora muito quente, ora muito chuvoso) que ajuda a provocar e a propagar várias doenças; uma economia limitada em todos os seus sectores, que não permite a criação de empregos e que, conseqüentemente, leva à impossibilidade de os agregados familiares possuírem recursos suficientes e satisfatórios. Face a uma realidade social como esta, é de esperar que o estado de saúde das populações não seja o melhor, como também não o são as condições que lhes permitem melhorá-lo; logo, estas repercutem-se no nível de desenvolvimento humano da Ilha e contribuem para os números pouco animadores a nível nacional.

Por tudo quanto foi referido, considerou-se pertinente desenvolver um estudo que elucidasse sobre alguns dos indicadores de desenvolvimento humano da população da Ilha de Moçambique e os comparasse aos indicadores nacionais, de forma a verificar-se a posição da Ilha em relação ao país, no que se refere a uma série de questões pertinentes relativas à saúde pública.

Descrição do contexto: a Ilha de Moçambique

A superfície territorial da Ilha de Moçambique é de 445 km² e está localizada na costa oriental da província de Nampula. A Ilha enquanto cidade possui 41.777 habitantes, dos quais 20.636 são do sexo masculino e 21.141 são do sexo feminino,

organizados em 10.671 agregados familiares. Deste número populacional, 14.988 habitantes vivem na parte insular da Ilha e os restantes vivem na parte continental (Delegação Nacional de Desenvolvimento Autárquico, 2003). Segundo Matusse, Langa e Nuvunga (2003), administrativamente a Ilha possui um padrão e estrutura urbanísticos que compreendem sete bairros: Unidade, Litine, Marangonha, Esteu, Areal, Magaribe e Museu.

Etnicamente é constituída por uma mistura de elementos de origem macua, goeses, baneanos, indianos e europeus. Segundo Sopa (2004), esta multiculturalidade social foi um dos factores que determinou a elevação da Ilha ao estatuto de Cidade Património Mundial da Humanidade. Relativamente à história da Ilha de Moçambique, muito se poderia dizer, pois neste aspecto é uma das mais ricas em toda a África. Em termos genéricos podemos dizer que a cidade da Ilha de Moçambique foi a primeira capital do país e assim permaneceu até 1898, altura esta em que foi transferida para a actual capital Maputo. Segundo Matusse, Langa e Nuvunga (2003), esta é a cidade mais antiga do país e, embora se conheça pouco da sua história nos anos anteriores ao século XV, descreve-se que os seus primeiros habitantes teriam sido populações africanas islamizadas provenientes da Tanzânia.

Foi esta cidade que deu o nome ao próprio país que a abrange: Moçambique. Era conhecida entre os naturais por Muípite, enquanto que os árabes chamavam-na de Mulbaiuni; o termo *Moçambique* deriva do árabe Muça M'biki, ou seja, o nome do país deriva do nome da Ilha. É por esta conjuntura histórica, cultural e humana tão peculiar que, em 1993, a UNESCO declarou a Ilha de Moçambique como Património Cultural da Humanidade (Matusse, Langa & Nuvunga, 2003). Na opinião de Costa, Ricardo e Lopes (1997), hoje e sempre, a cidade da Ilha de Moçambique ocupa um lugar especial na história moçambicana devido à sua beleza natural, localização e cultura genuína. De acordo com Matusse, Langa e Nuvunga (2003), relativamente à sua economia a Ilha baseia-se essencialmente em actividades como a agricultura, comércio, pecuária, indústria e turismo, das quais se destaca este último.

Segundo a Delegação Nacional de Desenvolvimento Autárquico (2003), quanto ao clima, a Ilha de Moçambique apresenta um clima tropical húmido. A vegetação predominante é constituída pelos mangais e a savana. A nível hidrográfico, o principal curso que banha o distrito é o rio Monapo, o qual serve de limite natural pelo lado norte. A Ilha de Moçambique é um local privilegiado em muitos aspectos: tem uma beleza natural única, é um dos mais ricos locais moçambicanos e até africanos quanto à sua história, possui um clima muito favorável ao turismo e ao lazer, e apresenta uma diversidade cultural e étnica riquíssima.

Método

A elaboração do presente trabalho exigiu a recolha e análise de informação de várias fontes sobre as temáticas trabalhadas e sobre o próprio contexto. Para além de uma abordagem teórica, as mesmas questões foram trabalhadas segundo uma observação directa no próprio contexto da Ilha de Moçambique. Todo o estudo tenta estabelecer um contraponto entre os dados existentes acerca de Moçambique e os dados recolhidos relativamente à Ilha.

Assim, procedeu-se à utilização de diferentes métodos e instrumentos de investigação, tais como inquéritos e observação e participação directas. Numa fase inicial de preparação dos questionários, efectuou-se um estudo e levantamento do número populacional real por cada bairro, para constituir uma amostra o mais fiel possível da realidade. A amostra dos inquéritos é constituída por 500 pessoas residentes em bairros da parte insular da Ilha de Moçambique e proporcionais ao número populacional por cada bairro. Depois dos inquéritos respondidos, procedeu-se ao seu tratamento e análise de forma quantitativa através do programa *Excel*. A aplicação dos instrumentos decorreu entre Novembro de 2004 e Janeiro de 2005. Relativamente às características psicométricas deste inquérito, as mesmas foram baseadas em conteúdos do Relatório do Desenvolvimento Humano 2004 e ainda em artigos de outros autores acerca de questões de saúde e indicadores de saúde.

Houve também uma grande preocupação em tornar o inquérito perceptível ao nível da linguagem, de forma a adaptar-se ao local e à cultura. Estes inquéritos foram dirigidos oralmente às pessoas de forma individual devido à elevada taxa de analfabetismo, e também por questões linguísticas, devido ao facto de grande parte da população não entender perfeitamente o português. Por este mesmo motivo, na aplicação dos inquéritos houve sempre o acompanhamento dos chefes e régulos dos bairros para que pudessem fazer a tradução do português para o macua, além de que a presença dos mesmos facilitou muito a adesão e aceitação dos inquéritos pela população.

Apesar desta informalidade obrigatória, derivada de questões culturais e contextuais, houve um esforço constante para que a aplicação destes inquéritos respeitasse questões fundamentais, como o princípio da confidencialidade, nunca sendo proferidos ou escritos os nomes dos participantes e tendo os mesmos concordado sempre com a forma como os inquéritos foram aplicados. Além disso, esta tentativa de tornar os inquéritos o mais perceptíveis possível para a população salvaguarda a validação dos seus conteúdos.

Apresentação dos resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

Em termos de caracterização da amostra, na generalidade, ou seja, em quase todos os bairros, a faixa etária mais prevalente é a dos 15 aos 25 anos. Em todos os bairros há mais mulheres do que homens inquiridos, e a maioria das pessoas não exerce qualquer profissão nem possui qualquer nível de escolaridade. A esmagadora maioria dos inquiridos é pertencente à religião muçulmana.

Indicadores de saúde e desenvolvimento humano da população da Ilha de Moçambique

A tabela que se segue sistematiza os principais resultados encontrados ao nível de alguns indicadores de saúde da população da Ilha (por bairros e total) em comparação com as médias nacionais do último Relatório do Desenvolvimento Humano elaborado aquando da concretização do presente estudo, ou seja, os dados do ano de 2004.

Tabela 1 – Apresentação dos principais resultados da Ilha de Moçambique em comparação com os valores nacionais (de acordo com os RDH de 2004 e 2010)

Questão	Bairro	Esteu	Litine	Maga- ribe	Uni- dade	Areal	Maran- gonha	Mu- seu	Tot. F	Tot. M	Tot. Ilha	País 2004	País 2010
	N=	77	88	80	65	60	63	67	252	248	500	2004	2010
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Vacina Tuberculose		3	0	0	0	0	0	6	1	1	1	78%	28%
Vacina Sarampo		4	3	0	0	0	0	0	2	0	1	58%	23%
Vacina Febre Amarela		0	0	0	0	0	0	4	1	0	1	-----	-----
Vacina Cólera		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-----	-----
Ida ao Dentista		91	99	86	80	80	89	93	88	90	89	27%	-----
Utilização Contraceptivo		17	8	15	5	12	6	18	12	11	12	6%	17%
Experiência Parto		79	89	89	92	92	81	97	92	85	88	-----	-----
Parto Assistido por Técnicos		82	87	82	92	85	84	85	82	90	85	44%	48%
Ida ao Médico na Doença		81	62	50	49	58	43	62	62	55	59	-----	-----
Saneamento Básico		12	0	3	3	0	0	13	5	4	4	43%	83%
Água Canalizada		4	0	3	3	0	0	13	3	3	3	57%	53%
Recolha do Lixo		99	45	90	42	33	25	93	65	60	63	-----	-----
Faz 3 Refeições Diárias		1	1	10	0	0	3	34	6	8	7	-----	-----
Já Teve Malária		95	89	100	95	95	94	96	93	96	95	20%	-----
Teve Malária 5x ou +		35	46	14	57	45	60	42	43	39	42	-----	-----

Tal como podemos ver na tabela 1, em termos de vacinação, na Ilha apenas 1% das pessoas inquiridas estão vacinadas contra a tuberculose, assim como contra o sarampo e a febre amarela. Nenhuma das pessoas inquiridas possui a vacina oral contra a cólera. A taxa de utilização de terapia de reidratação oral é de 89% e a taxa de prevalência de contraceptivos é de 12%. Relativamente aos partos assistidos por técnicos de saúde, na Ilha é de 88%.

No que se refere ao acesso a água e saneamento, só 4% dos inquiridos têm acesso sustentável a saneamento básico melhorado e 3% têm acesso a uma fonte de água melhorada.

No que se refere ainda a outros indicadores de saúde importantes, podemos constatar que a maioria da população da Ilha faz a recolha do lixo colocando-o no local indicado pelo Conselho Municipal (55%) e que a maioria da população faz apenas uma refeição (59%) ou duas (40%) por dia.

O bairro que possui melhores indicadores é o do Museu, onde mais gente possui a vacina contra a tuberculose e febre amarela, onde existe uma maior prevalência da contracepção, onde mais casas possuem água canalizada e saneamento básico, onde mais pessoas fazem a recolha do lixo e ainda, é o único bairro onde existem pessoas a fazer mais de três refeições diárias e aquele onde há mais população que faz pelo menos três.

No que se refere às diferenças entre os sexos, no que toca à vacinação, os valores entre as mulheres são mais altos, mas em questão de refeições diárias, em geral são os homens aqueles que mais fazem pelo menos duas e até três. Nos restantes itens, de uma forma genérica, os valores estão, sensivelmente, semelhantes entre os sexos.

Discussão dos resultados

Como podemos ver através de referências de várias fontes e da apresentação dos diferentes resultados, Moçambique é um país com muitas carências e com um nível de desenvolvimento humano muito baixo (PNUD, 2004; PNUD, 2008; 2010; Wane, 2004). Os indicadores de saúde são também baixos ao nível de Moçambique, o que não significa que sejam os mesmos para cada uma das províncias do país. Por este motivo, compararam-se os resultados nacionais de 2004 (data da recolha de dados) e de 2010, com os da Ilha de Moçambique.

A nível nacional, em 2004, a percentagem de crianças vacinadas contra a tuberculose era de 78% (PNUD, 2004), enquanto na Ilha apenas 1% das pessoas inquiridas o eram; contra o sarampo, os valores nacionais são de 58% (PNUD, 2004), e na Ilha, mais uma vez, são de 1%. Ao nível da Ilha de Moçambique, pode-se referir ainda que também apenas 1% da população possui a vacina contra a febre

amarela e 0% contra a cólera (doenças muito incidentes em Moçambique e para as quais existem vacinas; no caso da cólera, vacina oral). Actualmente, os valores nacionais da vacinação são mais desfavoráveis do que os relativos a 2004 (28% tuberculose e 23% sarampo) (PNUD, 2010). Ainda assim, continuam a ser mais animadores do que os dados encontrados na amostra estudada.

A taxa de utilização de terapia de reidratação oral no país era de 27% (PNUD, 2004), e na Ilha é de 89%. Actualmente, o RDH 2010 não apresenta dados sobre este indicador. Assim, constata-se que a Ilha de Moçambique apresenta melhores valores do que à escala nacional. No entanto, convém referir que o que a população local considera um dentista não é efectivamente o que na Europa é designado como tal. Neste contexto o dentista a que a população se refere é um *servente do hospital* (nome localmente designado para os auxiliares de acção médica) que se dedica a esse ofício e o qual tem permissão para o fazer nas instalações do hospital. Aqui é necessário esclarecer que terapia de reidratação oral engloba todo e qualquer cuidado relacionado com higiene e saúde oral. Na Ilha de Moçambique, o trabalho do *servente do hospital*, entendido localmente por dentista, passa apenas pela remoção de dentes danificados. Em suma, embora em termos de valores a Ilha apresente dados mais animadores dos que os nacionais, é perceptível que os cuidados prestados ao nível da saúde oral são muito básicos e não devem ser comparados de forma linear com os nacionais, que abrangem cuidados mais elaborados em termos da saúde oral.

A taxa de prevalência de contraceptivos, em Moçambique, é de 6% em 2004 (PNUD, 2004) e de 16,5% em 2010 (PNUD, 2010), enquanto que na Ilha a taxa é de 12%. Neste caso, os dados da Ilha são mais animadores do que os nacionais, aquando do desenvolvimento da investigação (2004). Considera-se que ambos os resultados são muito baixos, principalmente tendo em conta o flagelo que o VIH/SIDA representa neste país. O VIH ganhou o estatuto de ser um dos problemas de saúde pública mais visíveis e emergentes (Macia & Langa, 2004). O impacto do VIH/SIDA, em Moçambique, tem sido avassalador, deixando marcas no sistema familiar e na comunidade (Floriano, 2006; Macia & Langa, 2004). Em termos familiares, as mortes resultantes da doença têm desestruturado as famílias, o que acarreta profundas implicações em termos da distribuição dos recursos, rendimentos, consumo, poupança, assim como do bem-estar dos sobreviventes. As famílias empobrecem com a morte dos membros adultos, o que obriga as crianças a trabalharem desde muito cedo. Em termos comunitários, verifica-se a perda de emprego e trabalhadores qualificados, com conseqüente impacto na qualidade dos serviços prestados, aumento da pobreza e aumento das necessidades (Floriano, 2006).

Relativamente aos partos assistidos por técnicos de saúde, a nível nacional o valor é de 44% em 2004 (PNUD, 2004), e de 48% em 2010 (PNUD, 2010). Na Ilha, o valor para este indicador é de 88%, o que mais uma vez revela um panorama local mais favorável do que o nacional.

Em relação aos indicadores de água e saneamento, os indicadores na Ilha estão muito abaixo dos nacionais. Em 2000, a percentagem de acesso sustentável a saneamento básico melhorado em Moçambique era de 43% (PNUD, 2004), e de acesso a fonte de água melhorada de 57%. Em 2010, os dados apresentados são de 83% ao nível do saneamento e de 53% ao nível da água (PNUD, 2010). Na Ilha de Moçambique, em 2004, os valores eram de 4% e 3%, respectivamente. Ou seja, são dados largamente inferiores aos nacionais, em qualquer uma das épocas analisadas.

Ainda no que se refere a alguns indicadores de saúde da Ilha, foi possível observar aspectos positivos, nomeadamente o facto de grande parte da população (55%) proceder de forma devida em relação ao lixo/resíduos domésticos, ao colocá-los no local determinado para o efeito pelo Conselho Municipal da Ilha. Esta atitude é muito favorável em termos de saúde, na medida em que sugere existir um sentido de responsabilidade ambiental e de saúde comunitária. Por outro lado, e num plano mais desfavorável em termos de saúde, observa-se que a maioria da população (59%) faz uma única refeição por dia, o que poderá traduzir-se numa fonte de explicação ou agravamento dos casos de subnutrição da população e, conseqüentemente, nos baixos níveis de diversos indicadores de saúde.

No que se refere às diferenças entre os bairros da Ilha, foi possível constatar que aquele cujos dados são mais animadores em termos de indicadores de saúde (ex.: maior número de refeições diárias, maior prevalência de contraceção e vacinação, maior número de habitações providas de água canalizada e saneamento básico, maior número de casos de recolha de lixo doméstico, etc.) é o bairro do Museu. Isto pode dever-se ao facto de ser o bairro onde as condições físicas e de higiene se encontram mais salvaguardadas. Este é o único bairro da Ilha que se insere na parte da *cidade de pedra*; todos os outros estão na *cidade de macuti* (chamada desta forma por as casas serem palhotas cobertas por macuti/capim).

Relativamente às diferenças entre os sexos, observou-se que, em termos de vacinação, as mulheres encontram-se mais favorecidas. Por outro lado, constatou-se que, em relação ao número de refeições diárias, os dados relativos aos homens são mais favoráveis do que os observados nas mulheres. No que se refere à questão das refeições, esta diferença entre os sexos pode dever-se ao facto de serem os homens aqueles que, normalmente, exercem uma profissão e por isso precisam

de melhor se alimentar para terem energia. Nos restantes itens, de uma forma genérica, os valores estão, sensivelmente, semelhantes entre os sexos.

Adicionalmente, também pudemos verificar, a esperança média de vida é muito baixa, o que não é de admirar num país onde existem tantas fragilidades ao nível da saúde e onde as doenças infecto-contagiosas continuam a ser as mais prevalentes (Ministério do Plano e Finanças & Ministério da Saúde de Moçambique, 2005).

Conclusão

O objectivo do presente estudo passou por comparar alguns indicadores de desenvolvimento humano (ao nível da saúde) entre a Ilha de Moçambique e Moçambique em geral. Perante os resultados e análise e discussão dos mesmos, conclui-se que a Ilha de Moçambique e Moçambique efectivamente possuem uma área da saúde ainda muito frágil, o que contribui para o seu baixo nível do desenvolvimento humano. Este estudo demonstrou que existem diferenças em alguns indicadores na Ilha de Moçambique em relação aos dados nacionais. Foi possível constatar que, em alguns aspectos, os valores da Ilha são mais elevados que os nacionais (terapia de reidratação oral, prevalência de utilização de contraceptivos e partos assistidos por técnicos de saúde). No entanto, noutros, nomeadamente no acesso à água e saneamento melhorados e vacinas, os indicadores apresentam valores mais desfavoráveis. Além disso, ainda que alguns indicadores de saúde tenham valores mais elevados que os nacionais, estes continuam muito aquém dos valores internacionais e, como tal, não podemos dizer que esta cidade se encontre em melhores condições do que o resto do país ou que o seu nível de desenvolvimento humano seja mais favorável.

Partindo do princípio que o desenvolvimento humano tem a ver, primeiro e acima de tudo, com a possibilidade de as pessoas viverem o tipo de vida que escolheram e com a provisão dos instrumentos e das oportunidades para fazerem as suas escolhas (PNUD, 2004), conclui-se que, de facto, a Ilha de Moçambique não possui um nível de desenvolvimento humano alto. Isto ficou bem patente através da apresentação dos dados ao nível da saúde (que é apenas uma área da sociedade entre muitas outras), onde se viu que as pessoas não acedem facilmente às oportunidades nem aos instrumentos que as ajudariam a melhorar as suas vidas. Será legítimo considerar que tão importante ou mais do que apostar nas condições físicas e ao nível de equipamentos, Moçambique e a Ilha necessitam de uma aposta no enriquecimento das populações, de forma a que as pessoas se tornem mais pró-activas face à sua saúde pessoal e comunitária. Esta ideia é preconizada

por vários autores, tais como Souza e Grundy (2004), assim como Dutta-Bergman (2004). Ou seja, é extremamente importante apostar nas próprias pessoas, mais (ou em simultâneo) que nas condições estruturais. A mudança comportamental em saúde, sobretudo comunitária, passa por aumentar o nível de capacitação e compreensão das pessoas, para que sejam capazes de se comprometer com comportamentos cívicos. Só assim as pessoas conseguem não só aceder, mas também procurar o tipo de vida que querem viver, em termos de qualidade de saúde.

Conclui-se assim que, quer local, quer nacionalmente, ainda muito há a fazer quer ao nível da saúde, quer em qualquer outra área, para que o nível de desenvolvimento humano de Moçambique aumente. Acredita-se que isto passa por uma melhoria das condições de higiene e salubridade, das condições das instituições e equipamentos de saúde, mas também por uma maior educação e consciencialização das populações em questões de educação e promoção de saúde pessoal e comunitária. Espera-se que a presente investigação sirva de fonte de referência no que se refere ao estado de saúde da Ilha ao nível da saúde e possa assim iluminar intervenções práticas e investigações posteriores.

Referências

- Abudo, S. (2004). Sessenta por cento da população depende da medicina tradicional. *O Campo*, 13, 10.
- Alves, A., Laranjo, F., Resende, J., Aguiar, M., Costa, V., & Carvalho, Z. (2004). *Viagem – Ilha de Moçambique*. Gondomar: Fundação Júlio Resende.
- Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R. & Deveau, K. (2006). Social capital, health, and Francophone minorities. *Canadian Journal of Public Health: Literacy and Health in Canada*, 97, S16-20.
- Costa, C., Ricardo, J., & Lopes, M. (1997). Ilha de Moçambique. *Índico*, 27, pp. 26-30.
- Craveirinha, J. (2001). *Moçambique: Feitiços, cobras e lagartos*. Lisboa: Texto Editora.
- Delegação Nacional de Desenvolvimento Autárquico (2003). *Dossier da III Reunião Nacional de Municípios*. Maputo: Autor.
- Dutta-Bergman, M. (2004). An alternative approach to social capital: Exploring the linkage between health consciousness and community participation. *Health Communication*, 16 (4), 393-409.
- Erwin, P. (2008). Poverty in America: How public health practice can make a difference. *American Journal of Public Health*, 98 (9), 1570-1572.
- Floriano, A. P. (2006). As crianças e o VIH/SIDA na África Sub-Sahariana – O caso de Moçambique. Acedido em 08 de Setembro de 2008 de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=283
- Folland, S. (2007). Does “community social capital” contribute to population health? *Social Science & Medicine*, 64 (11), 2342-2354.
- Macia, M., & Langa, P. V. (2004). *Masculinidade, sexualidade e HIV/SIDA em Moçambique*. Comunicação apresentada no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Setembro de 2004. Acedido em 19 de Fevereiro de 2008 de http://www.ces.uc.pt/lab2004/programa/resumo_sessao/resumo4_3.html

- Matusse, A., Langa, M., & Nuvunga, A. (2003). *As primeiras autarquias em Moçambique: Realidade, conquistas, constrangimentos e perspectivas*. Maputo: MI Graphics, Lda.
- Ministério do Plano e Finanças & Ministério da Saúde de Moçambique (2005). *A despesa pública e prestação de serviços na saúde em Moçambique – Uma síntese*. Acedido em 6 de Maio de 2005 de <http://www.worldbank.org/research/projects/publicspending/tools/Mozambique/tools%20PETS/copy%20of%20despesa.publica.com.a.s>
- Mira, F., Mazula, B., Medeiros, E., Golias, M., Ismael, A., Dimande, M., et al. (2000). *Educação, empresas e desenvolvimento de Moçambique*. Évora: Editorial Pendor Lda.
- Observatório da Pobreza (2004). *Relatório Anual da Pobreza 2004*. Maputo: Autor.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2004). *Relatório do desenvolvimento humano 2004: Liberdade cultural num mundo diversificado*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2008). *Relatório de desenvolvimento humano 2007/2008 – Combater as alterações climáticas: Solidariedade humana num mundo dividido*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2010). *Relatório de desenvolvimento humano 2010: A verdadeira riqueza das nações – Vias para o desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- Reid, C., & Tom, A. (2006). Poor women's discourses of legitimacy, poverty and health. *Gender and Society, 20*, 402-421.
- Sifunda, S., Reddy, P. S., Braithwaite, R. B., Stephens, T., Bhengu, S., Ruiters, R.A.C. et al. (2007). Social construction and cultural meanings of STI/HIV-related terminology among Nguni-speaking inmates and warders in four South African correctional facilities. *Health Education Research, 22*, pp. 805-814.
- Sopa, A. (2004, Abril-Junho). Ilha das duas cidades. *Índico, 28*, pp. 16-20.
- Souza, E. M., & Grundy, M. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: Inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública, 20*, pp. 1354-1360.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization, 80*(2), 97-105.
- Wane, R. (2004, Novembro). Moçambique: Desenvolvimento humano e pobreza. *Mais, 11*, pp. 52-57.