

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GEOGRAFIA

JOAQUIM DALQUES RAMOS

**SAÚDE AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BAIRRO CHAMANCULO  
"C", EM MAPUTO - MOÇAMBIQUE**

UBERLÂNDIA  
2017

JOAQUIM DALQUES RAMOS

**SAÚDE AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BAIRRO CHAMANCULO  
"C", EM MAPUTO - MOÇAMBIQUE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

UBERLÂNDIA  
2017



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

R175s      Ramos, Joaquim Dalques, 1952-  
2017      Saúde ambiental e promoção da saúde no bairro Chamanculo "C",  
Maputo - Moçambique / Joaquim Dalques Ramos. - 2017.  
143 f. : il.

Orientador: Samuel do Carmo Lima.  
Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Uberlândia, Programa  
de Pós-Graduação em Geografia.  
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Geografia da saúde - Teses. 3. Saúde  
ambiental - Maputo - Moçambique - África - Teses. 4. Promoção da  
saúde - Maputo - Moçambique - África - Teses. I. Lima, Samuel do  
Carmo. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-  
Graduação em Geografia. III. Título.

---

CDU: 910.1

JOAQUIM DALQUES RAMOS

**SAÚDE AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BAIRRO CHAMANCULO  
"C", EM MAPUTO - MOÇAMBIQUE**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima (Orientador)  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes (Membro interno)  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dra. Beatriz Ribeiro Soares (Membro Interno) Universidade  
Federal de Uberlândia

---

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão (Membro Externo)  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

---

Prof. Dr. João Donizete de Lima (Membro Externo)  
Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão -UFG

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Resultado \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Coordenador do curso Pós-graduação de Geografia, e ao Prof. Dr. João Cleps Junior. Agradeço ao Prof. Dr. Claudio de Mauro, professor do Instituto de Geografia Universidade Federal de Uberlândia. E de forma especial, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima por toda a atenção dispensada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES agradeço pela concessão de bolsa de Doutorado Sanduíche no exterior.

Ao amigo Prof. Dr. Luís Antônio Oliveira e os demais professores do Instituto de pós-graduação de Geografia que contribuíram direta e indiretamente na minha formação, aos demais Técnicos Administrativos, em especial ao João Fernandes. Aos colegas que cursaram as disciplinas da pós-graduação em Geografia durante o período do Doutorado. Às alunas do curso de Saúde Ambiental, Território e Promoção de Saúde da UFU-UP MOÇAMBIQUE, no Bairro Chamanculo C, que fizeram parte do projeto, Amanda Amaral, Maria Clara e Alesca Prado.

Aos amigos e companheiros do Programa de Qualidade Ambiental UFU-MEC, Proext 2015, 2016. Ao coordenador Prof. Dr. Gabriel Palafox Munhõz, Luis de Lima, Heber Mello, Alirio Maldonado, Amanda Mesquita, Clovis, Nazarreth, e os bolsistas do programa.

Aos companheiros da Universidade Pedagógica em Maputo, Moçambique, África, ao Orientador do projeto de pesquisa UFU-UP em Moçambique, Prof. Dr. José Julião da Silva, e demais colaboradores Domingos Ferrão, Rosalina Fumo. Aos alunos Nela Reis, Orelia Maíça. Ao aluno do curso de física da UP, Maputo Moçambique, Alexandre João Neves e demais alunos da casa de residência estudantil da UP Maputo, Moçambique em 2013 e 2014.

Ao meu amigo Agostinho e família, do Ministério do Meio Ambiente em Moçambique, na capital Maputo. Aos amigos que me acolheram em Maputo Moçambique, da Associação Arco Iris e CEAK, Gabriel, Carlos I, Carlos II, Elide, Margô, Inês.

À minha família, Prof. Esp. Maria Nazareth dos Anjos, minha mãe Sebastiana Batistas de Arvelos, minha irmã Prof. Me. Maria Liberace Ramos, e aos meus filhos Erico Vieira Ramos, Elias Eduardo Vieira Ramos e Eliandro Vieira Ramos. À minha sobrinha Doutoranda Bruna Pultz pela amizade e apoio.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu orientador Prof. Samuel do Carmo Lima, pela paciência e companheirismo, aos demais companheiros da UFU.

À mulher da minha vida Maria Nazareth pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos.

Aos meus pais Raimundo (in memoriam) e Sebastiana, que dignamente me apresentaram o caminho da persistência.

Aos meus filhos, Erico Elias e Eliandro pelo carinho.

## RESUMO

O presente trabalho consiste em um diagnóstico de condições de saúde e de qualidade de vida da população do Bairro Chamanculo C, na cidade Maputo, capital de Moçambique. A pesquisa originou de um projeto de cooperação acadêmico científica entre a Universidade Federal de Uberlândia - UFU, no Brasil e a Universidade Pedagógica - UP, em Moçambique. O objetivo do trabalho foi entender como vivem, adoecem e morrem as pessoas, para conhecer os problemas e necessidade de saúde, com informações sobre a população e o lugar, evidenciadas por características culturais, sociais, econômicas, epidemiológicas, ambientais, agregação social e estilo de vida, políticas públicas, dentre outros fatores que interferem direta ou indiretamente na saúde e no bem-estar, para a elaboração de políticas públicas intersetoriais voltadas à prevenção das doenças e promoção da saúde. O diagnóstico foi realizado por meio de um inquérito populacional com 350 famílias, com foco no grupo familiar, considerando a moradia e o entorno da vizinhança. A amostragem foi aleatória e estratificada. Inicialmente dividiu-se o bairro em quadrantes (estratos) para depois estabelecer uma amostragem aleatória simples em cada um deles. Os dados foram processados pelo Sistema computacional EPI INFO (Versão 3.5.2) para a elaboração de gráficos e análises estatísticas. A conclusão do trabalho é as condições precárias de saúde e de vulnerabilidade social no Chamanculo C só podem ser amenizadas fortalecendo os recursos de capital social e as políticas públicas locais para melhorar a qualidade vida da população. Este diagnóstico de situação de saúde e de qualidade de vida pode constituir-se em plataforma básica para a elaboração de políticas intersetoriais voltadas à prevenção das doenças e promoção de saúde no território.

**Palavras-chave:** diagnóstico; promoção de saúde; território; Ambiente; população

## ABSTRACT

The present study consists of a diagnosis of health and quality of life conditions of the population of Chamanculo C neighborhood, in the city of Maputo, capital of Mozambique. The research originated from a project of scientific academic cooperation between the Federal University of Uberlândia - UFU in Brazil and the Pedagogical University - UP, in Mozambique. The objective of this study was to understand how people live and get sick and die, to know the problems and health needs, with information about population and place, evidenced by cultural, social, economic, epidemiological and environmental characteristics, social aggregation and style Life, public policies, among other factors that interfere directly or indirectly in health and well-being, for the elaboration of intersectoral public policies aimed at disease prevention and health promotion. The diagnosis was made through a population survey of 350 families, focusing on the family group, considering the dwelling and the surroundings of the neighborhood. Sampling was randomized and stratified. Initially the neighborhood was divided into quadrants (strata) and then a simple random sampling was performed on each of them. The data were processed by the EPI INFO (Version 3.5.2) computer system for the elaboration of graphs and statistical analyzes. The conclusion of the paper is the precarious conditions of health and social vulnerability in Chamanculo C can only be mitigated by strengthening social capital resources and local public policies to improve the quality of life of the population. This diagnosis of health situation and quality of life can constitute a basic platform for the elaboration of intersectoral policies aimed at the prevention of diseases and health promotion in the territory.

**Key words:** diagnosis; health promotion; territory; environment population.

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Moçambique, falantes de língua portuguesa por província. ....	30
Tabela 2: Moçambique, população, 2016.....	31
Tabela 3: População de Moçambique, 2016.....	32
Tabela 4: Moçambique, taxas de alfabetização, 2013 .....	33
Tabela 5: Maputo, população por sexo, 2007 - 2017 .....	40
Tabela 6: Maputo - Chamanculo C, número de cômodos das habitações .....	52
Tabela 7: Chamanculo C - Maputo, casa de banho (quantidade, local e tipo) .....	54
Tabela 8: Chamanculo C - Maputo, tamanho dos grupos familiares .....	56
Tabela 9: Chamanculo C - Maputo, composição do grupo familiar em (%).....	57
Tabela 10: Chamanculo C - Maputo, etnias da população .....	74
Tabela 11: Formação dos grupos étnicos existentes no bairro .....	75
Tabela 12: Chamanculo “C” - Maputo, criação de animais para consumo .....	77
Tabela 13: Chamanculo C - Maputo, causa das mortes por doença.....	86
Tabela 14: Chamanculo “C” - Maputo, exame laboratoriais solicitados.....	89
Tabela 15: Chamanculo “C” - Maputo, fizeram exames laboratoriais e foram medicados .....	89
Tabela 16: Chamanculo “C” - Maputo, doenças de pessoas que visitam o domicílio .....	90
Tabela 17: Chamanculo “C” - Maputo, origem da violência sofrida .....	92
Tabela 18: Chamanculo “C” - Maputo, local de ocorrência de agressões.....	93
Tabela 19: Chamanculo “C” - Maputo, violência sofrida por pessoas do grupo familiar .....	93
Tabela 20: Chamanculo “C” - Maputo, as pessoas consideram seu estado de saúde.....	94
Tabela 21: Chamanculo C - Maputo, alimentos consumidos diariamente .....	101
Tabela 22: Chamanculo C - Maputo, relacionamento na famílias e entre vizinhos .....	108

## Lista de Figuras

Figura 1: Diagnóstico de situação de saúde no território .....	20
Figura 2: Modelo conceitual para a elaboração do diagnóstico de situação de saúde.....	22
Figura 3: Localização do Bairro Chamanculo C, em Maputo - Moçambique.....	23
Figura 4: Moçambique, localização do distrito de Chamanculo .....	24
Figura 5: Maputo, formas de urbanização regular e irregular .....	25
Figura 6: Moçambique, localização.....	27
Figura 7: Maputo - Moçambique, localização .....	39
Figura 8: Maputo, transporte público auternativo My love .....	46
Figura 9: Moçambique, ocupação irregular no Bairro Chamanculo ‘C’ .....	47
Figura 10: Moçambique, canal de drenagem no bairro Chamanculo "C" .....	48
Figura 11: Chamanculo “C” - Maputo, preparo dos alimentos na parte externa da casa .....	53
Figura 12: Chamanculo “C” - Maputo, refeição em ambiente externo e descoberto .....	53
Figura 13: Chamanculo “C” - Maputo, “casas de latas” .....	54
Figura 14: Chamanculo “C” - Maputo, vazamentos na rede de água da FIPAG .....	59
Figura 15: Chamanculo “C” - Maputo, ponto de micro abastecimento de água .....	60
Figura 16: Chamanculo C - Maputo, águas pluviais e esgoto doméstico na rua.....	62
Figura 17: Chamanculo C - Maputo, brigada de combate ao vetor da malária .....	62
Figura 18: Contentor com uma pessoa vasculhando o lixo domésticos. ....	65
Figura 19: Chamanculo “C” - Maputo, drenagem de água pluvial com acúmulo de lixo.....	66
Figura 20: Chamanculo C - Maputo, banca de comércio .....	79
Figura 21: Maputo, transporte coletivo - chapa (aberta e fechada) .....	79
Figura 22: Maputo, transporte coletivo - txopela (tuk-tuk) .....	80
Figura 23: Situação de saúde determinada pelo modo de vida.....	95
Figura 24: Chamanculo - Maputo, pessoas se alimentando na rua, em frente a casa.....	97
Figura 25: Chamanculo “C” - Maputo, crianças se alimentando no quintal da moradia .....	98
Figura 26: Chamanculo “C” - Maputo, refeição de um membro da comunidade .....	102



## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Moçambique, climograma, 2009 .....	28
Gráfico 2: Estimativa de crescimento da população de Moçambique, até 2040 .....	31
Gráfico 3: Moçambique, população projetada para 2017 .....	31
Gráfico 4: Moçambique, distribuição da população por idade e sexo, 1997 e 2014 .....	32
Gráfico 5: África e Moçambique: jovens entre 20-24 anos casadas antes dos 18 anos .....	34
Gráfico 6: Moçambique: crescimento do PIB per capita, 2007 – 2015 .....	35
Gráfico 7: Moçambique, tx de mortalidade infantil (%o), 2000 a 2014 .....	38
Gráfico 8: Moçambique, expectativa de vida ao nascer (anos), 2000 a 2014 .....	38
Gráfico 9: Formas de apropriação das habitações pela população .....	51
Gráfico 10: Chamanculo “C” - Maputo, materiais de construções das casas .....	55
Gráfico 11: Os fatores relacionado as condições da habitação que afeta a saúde .....	56
Gráfico 12: Chamanculo “C”, Maputo, tratamento de água consumida nas casas .....	60
Gráfico 13: Chamanculo “C” - Maputo, coleta do lixo domiciliar .....	66
Gráfico 14: Chamanculo “C” - Maputo, frequência da coleta de lixo .....	67
Gráfico 15: Chamanculo C - Maputo, local em que é lançado o esgoto do sanitário .....	68
Gráfico 16: Chamanculo C - Maputo, matriz energética domiciliar .....	68
Gráfico 17: Chamanculo C - Moçambique, espaços públicos para lazer e recreação .....	69
Gráfico 18: Chamanculo C - Maputo, tempo que as pessoas moram no bairro .....	70
Gráfico 19: Chamanculo C - Maputo, renda mensal das famílias .....	72
Gráfico 20: Chamanculo C - Maputo, pessoas que contribuem para a renda familiar .....	72
Gráfico 21: O estado civil da população do bairro .....	73
Gráfico 22: Chamanculo C - Maputo, Naturalidade da população .....	74
Gráfico 23: Chamanculo C - Maputo, Crença religiosa da população .....	75
Gráfico 24: Chamanculo “C” - Maputo, setores de atividade laboral. ....	77
Gráfico 25: Chamanculo “C” - Maputo, exames laboratoriais solicitados .....	85
Gráfico 26: Chamanculo “C” - Maputo, causas de morte nos últimos dois anos .....	85
Gráfico 27: Chamanculo “C” - Maputo, acidentes domésticos .....	91
Gráfico 28: Chamanculo “C” - Maputo, hospitalização por doenças e acidentes .....	92
Gráfico 29: Chamanculo “C” - Maputo, número de refeições realizadas por dia .....	100
Gráfico 30: frutas que são consumidas pelo menos uma vez por semana .....	103
Gráfico 31: Chamanculo C - Maputo, copos de água (250ml) ingeridos por dia .....	104
Gráfico 32: Chamanculo C - Maputo, tipos de bebidas consumidas .....	105
Gráfico 33: Chamanculo C - Maputo, fontes de comunicações da família .....	106
Gráfico 34: Chamanculo C - Maputo, frequência das reuniões familiares .....	107
Gráfico 35: Chamanculo C - Maputo, atividade realizada no tempo livre .....	108
Gráfico 36: Chamanculo “C” - Maputo, atividades físicas mais de 40 minutos/semana .....	110
Gráfico 37: Chamanculo “C” - Maputo, tempo permanecendo sentado/dia .....	111
Gráfico 38: Chamanculo C - Maputo, políticas públicas percebidas pela população .....	114
Gráfico 39: Chamanculo C - Maputo, tipo de políticas públicas percebidas .....	115

## Lista de Siglas

APIE	Administração do Parque Imobiliário do Estado
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis
FIPAG	Fundo de Investimento e Patrimônio do Abastecimento de Água
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Instituto de Geografia
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
LOLE	Lei do Governo Local
MEC	Ministério da Educação
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PARPA	Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PESS	Plano Estratégico para o Setor da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROEXT	Projeto de extensão
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UP	Universidade Pedagógica
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	3
DEDICATÓRIA.....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6
Lista de Tabelas.....	7
Lista de Figuras .....	8
Lista de Gráficos .....	9
Lista de Siglas .....	10
1 INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Objetivos.....	16
1.2 Hipótese .....	16
1.3 A estruturação da tese .....	16
2 METODOLOGIA.....	18
2.1 Localização e caracterização da área de estudo .....	22
3 FORMAÇÃO SOCIOTERRITORIAL DE MOÇAMBIQUE E MAPUTO .....	25
3.1 Mocambique, um país de contrastes .....	25
3.2 Maputo, uma cidade de cimento e caniço.....	39
4 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NO CHAMANCULO "C" .....	47
4.1 O perfil do lugar.....	49
4.1.1 Habitação .....	50
4.1.2 Vizinhança .....	61
4.2 O perfil socioeconômico .....	70
4.3 O perfil epidemiológico .....	84

4.4 Agregação social e estilo de vida.....	95
4.4.1 Alimentação .....	99
4.4.2 Fonte de informação, reuniões familiares e tempo livre.....	105
4.4.3 Atividade física .....	108
4.5 Políticas públicas .....	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	115
6 REFERÊNCIAS .....	119
APÊNDICE 1 .....	131
INQUÉRITO SOBRE SAÚDE AMBIENTAL, TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE Cidade de Maputo - Moçambique.....	131
ANEXO 1 .....	141
ANEXO 2 .....	142
D E C L A R A Ç Ã O .....	142
ANEXO 3: PLANO DE TRABALHO ANUAL - 2013 .....	143

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se originou de um projeto de cooperação acadêmico-científica entre a Universidade Federal de Uberlândia - UFU, no Brasil e Universidade Pedagógica - UP, em Moçambique, com apoio financeiro da CAPES. Por conta deste projeto, estivemos por quatro meses realizando um estágio de doutorado sanduiche na Universidade Pedagógica, na cidade de Maputo, em Moçambique, de outubro de 2013 a Fevereiro de 2014, sob a supervisão do Professor Doutor José da Silva Julião. Na ocasião, conhecemos o bairro Chamanculo "C", próximo à Universidade, onde a vulnerabilidade social da população e do lugar nos inquietava.

Reconhecendo que a saúde humana depende de muitos fatores, não somente relacionados a biologia do corpo, mas também do contexto do lugar, determinado por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológico no ambiente onde se vive, que influi sobre a qualidade de vida, decidimos elaborar um projeto de investigação sobre a saúde ambiental, que pudesse servir de base para a implantação de ações e programas de vigilância e promoção da saúde.

Saúde Ambiental é uma área da Saúde Pública que propõem a formulação de políticas publica relacionadas à interação entre saúde e fatores do ambiente natural e antrópico para melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 1999).

Vigilância em Saúde Ambiental é a base para ações de promoção da saúde, porque implica, necessariamente, na avaliação, correção, redução e prevenção dos fatores do ambiente que potencialmente podem afetar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras.

A Carta de Sofia (Bulgária) aprovada na Conferência Internacional de Saúde realizada na cidade de Sofia, em 1993 afirma que Saúde ambiental são todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (USA, 1998).

A Saúde Ambiental deve estabelecer práticas que objetivam a proteção, a prevenção e a promoção da saúde, frente aos determinantes e condicionantes do ambiente que afetam, direta ou indiretamente a qualidade de vida e a saúde dos seres humanos, que são fortemente mediados pelos processos produtivos e padrões de consumo, em diferentes contextos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, visando torná-los saudáveis e

eticamente sustentáveis. A ideia é estabelecer níveis satisfatórios de qualidade de vida, culminando com a adequação ao patamar condizente com o padrão de um território saudável.

Na história, a experiência do homem com o meio ambiente é marcada por um inter-relacionamento complexo entre condições físicas, químicas, biológicas, sociais, culturais e econômicas que diferem com a Geografia, a infraestrutura, as estações anuais, a hora do dia e as atividades exercidas pelas pessoas. Faz-se necessário um bom conhecimento destas relações fundamentais e as condições ecológicas, culturais e de saúde humana para que se desenvolva um ambiente saudável com equidade social e desenvolvimento sustentável. Estes são fatores indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida e a manutenção da saúde humana.

Os vários fatores ambientais que podem afetar a saúde humana indicam a complexidade das interações existentes e a amplitude de ações necessárias para reduzir os fatores ambientais determinantes da saúde, ou seja, ações que visam diminuir os impactos do ambiente sobre a saúde. Por esta razão, reconhecer a influência do lugar no surgimento de doenças, permite o desenvolvimento de uma nova visão da medicina que reflete e cria hipóteses sobre o papel do meio ambiente nas condições de saúde das populações. Dessa forma, os riscos na saúde ambiental podem ser classificados também por tipos de agentes, que podem ser físicos, como os ruídos e a temperatura; químicos, como ácidos e metais pesados; biológicos, dos quais fazem parte os animais domésticos, vírus, bactérias (RIBEIRO, 2004).

Ao repensar as estratégias e políticas de atuação da saúde pública relacionadas com a saúde ambiental deve-se utilizar instrumentos que sensibilizem e eduquem a população sobre a importância em se ter uma boa saúde, respeitando o comportamento social, para gerar melhorias na qualidade de vida.

Indicadores de Saúde Ambiental são medidas que sintetizam, em termos facilmente compreensíveis e aplicáveis, alguns aspectos da relação entre o meio ambiente e a saúde, de forma a auxiliar a tomada de decisão e escolhas mais apropriadas no planejamento e na construção de um território saudável, com ações que devem ser guiadas por ações de vigilância, prevenção das doenças e promoção da saúde.

Ao pensar a saúde, a maioria das pessoas imediatamente lembram-se de hospitais, medicamentos, postos de vacinação e profissionais da área da saúde, principalmente na figura do médico. No entanto, deveria também pensar sobre as condições do ambiente do lugar onde habitam as pessoas, a infraestrutura urbana, o contexto social habitado e o papel dos sujeitos nos cuidados com a sua própria saúde.

O modelo atual de atenção à saúde em Moçambique é hegemônico, hospitalocêntrica e medicamentoso. Nesse modelo de atendimento a saúde, o suporte e estrutura dos serviços são voltados para cura da doença. Porém, outros fatores como o clima, o ambiente, a habitação do grupo familiar, as condições de saneamento básico, o entorno da vizinhança, renda, educação e políticas públicas voltadas para manutenção da qualidade de vida são componentes importantes para determinar o estado de saúde da população do lugar.

Segundo Monken e Barcelos (2005), o reconhecimento das condições de vida do lugar é básico para a caracterização e a identificação de suas reais necessidades, para estabelecer práticas e ações de saúde que protejam e promovam a saúde da população.

Por promoção da saúde entende-se o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais por meio de projetos e programas que alcancem um processo de mudanças de condições ambientais e de modo de vida da coletividade que garantem a saúde e a qualidade de vida. Neste processo, também, faz-se necessário a participação dos indivíduos e da comunidade (WESTPHAL, 2007).

A saúde significa promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes relacionados aos modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Ter saúde é obter a equidade sanitária, assegurando a igualdade de oportunidades e proporcionando os meios que possibilitem a população desenvolver suas potencialidades para obter uma vida mais saudável.

São múltiplos os desafios na construção de territórios saudáveis para promover de saúde: a construção de uma governança intersetorial e com participação social, saneamento ambiental, educação, esporte e lazer, habitação, renda.

Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de se buscar o equilíbrio socioambiental necessário a oferecer à população oportunidades para alcançar um padrão de saúde mais elevado. O que se pretendeu nesta pesquisa foi reconhecer os determinantes sociais da saúde no território, para a partir disso, estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde, que remetem necessariamente à uma reflexão sobre a dinâmica social da população e sobre a condição sanitária do lugar.

Para promover saúde e estabelecer melhorias nas condições de vida que melhorem o status de saúde da população, é necessário estabelecer programas e ações de saúde, nos quais se tornam imprescindíveis a articulação intersetorial e a mobilização social.

Nesse sentido, a relação entre saúde, políticas públicas e sociedade tomam grande importância, em um modo de pensar e operar os serviços de saúde capaz de responder os

problemas e necessidades de saúde, articulando as políticas de saúde com as demais políticas públicas, estabelecendo ações intersetoriais, considerando ainda a participação ativa dos sujeitos e da comunidade, na análise da situação de saúde e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

### **1.1 Objetivos**

O objetivo geral foi analisar as condições de saúde ambiental do bairro Chamanculo "C", em Maputo, Moçambique, por meio de um diagnóstico de situação de saúde, para identificar os problemas e necessidades de saúde, bem indicar as estratégias de promoção de saúde que sejam capazes de ajudar na construção de territórios saudáveis. Para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a formação socioterritorial da cidade de Maputo e do bairro Chamanculo "C", em Moçambique, relacionando-a com as condições de saúde da população.
- Realizar um diagnóstico de situação de saúde da população do bairro Chamanculo "C", considerando o seu modo de vida no território.

### **1.2 Hipótese**

A hipótese deste estudo é que o diagnóstico de situação de saúde e de qualidade de vida é uma ferramenta essencial para a elaboração de políticas intersetoriais voltadas à prevenção das doenças e promoção de saúde no território.

### **1.3 A estruturação da tese**

Este trabalho está apresentado com em seis seções: a primeira seção consiste na introdução que descreve o tema da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos e a hipótese de trabalho, bem como um breve relato do conteúdo de cada um dos capítulos da tese. Na segunda seção apresenta-se a metodologia e os procedimentos da pesquisa.

A terceira seção apresenta a formação territorial de Moçambique e Maputo, no contexto da história da colonização portuguesa e da história recente (pósindependência). Apresenta também a infraestrutura herdada dos portugueses tanto na saúde quanto na



organização do Estado (na forma de gestão dos municípios); informações essas que podem ajudar no entendimento dos problemas e necessidades de saúde da população local.

Na quarta seção apresenta-se o diagnóstico de situação de saúde da população do lugar no bairro Chamanculo "C", a partir da identificação do perfil do lugar, referenciado pela moradia e pela vizinhança; o perfil socioeconômico e epidemiológico; a agregação social e estilo de vida e as políticas públicas que certamente afetam as condições sanitárias do lugar e as condições de saúde da população.

Finalmente, na quinta seção são apresentadas as considerações finais, com as principais conclusões da pesquisa e as recomendações do estudo; e as referências bibliográficas e de documentos que ajudaram a embasar este estudo.

## 2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa quali-quantitativa. Justifica-se a quadriculação de métodos porque os dados quantitativos obtidos na aplicação do questionário não seriam suficientes para a compreensão de questões fundamentais sobre a percepção dos sujeitos, seus modos de vida e comportamentos que podem influenciar na saúde (BRUGGEMANN, PARPINELLI, 2008, MINAYO, 2010).

Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográficos em livros, artigos de revistas e documentos oficiais que orientou teórica e metodologicamente a pesquisa. Buscaram-se informações sobre as condições históricas da formação socioterritorial de Moçambique, da cidade de Maputo e do bairro Chamanculo "C" que ajudaram a compreender algumas questões culturais e o modo de vida da população.

Para conhecer os problemas e necessidade de saúde e de qualidade de vida da população foi realizado um diagnóstico de situação de saúde que objetivou a obtenção de informações sobre as características culturais, sociais, econômicas, epidemiológicas, ambientais, modo e estilo de vida, agregação social e outros fatores que interferem direta ou indiretamente na saúde e no bem-estar, como também, as reais demandas de saúde da população e do lugar.

A situação de saúde de uma população não está, de modo nenhum, separada do seu modo de vida que é resultado das condições de vida e do estilo de vida moldados pela vida cotidiana dentro de um contexto social do território. Por isso, a situação de saúde deve-se considerar o indivíduo na família e a população no lugar, representando para além de uma condição biológica, o contexto em que se vive. Isto está de acordo com Cecílio (2001), que diz que a identificação dos problemas e necessidade de saúde da população para adoção de práticas de promoção de saúde deve ter foco nos indivíduos e nas famílias.

Partindo desse pressuposto, seguimos a metodologia proposta por Lima (2013). Nesta orientação, para conhecer a situação de saúde da população do bairro Chamanculo "C" foi elaborado um inquérito populacional a partir de cinco grandes conjuntos de informações que podem explicar o modo de vida dos sujeitos no lugar onde vivem, considerando as condições de vida e o estilo de vida.

Esta é uma pesquisa quali-quantitativa. Justifica-se a quadriculação de métodos porque os dados quantitativos obtidos na aplicação do questionário não seriam suficientes para a compreensão de questões fundamentais sobre a percepção dos sujeitos, seus modos de

vida e comportamentos que podem influenciar na saúde (BRUGGEMANN, PARPINELLI, 2008, MINAYO, 2010).

Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográficos em livros, artigos de revistas e documentos oficiais que orientou teórica e metodologicamente a pesquisa. Buscaram-se informações sobre as condições históricas da formação socioterritorial de Moçambique, da cidade de Maputo e do bairro Chamanculo "C" que ajudaram a compreender algumas questões culturais e o modo de vida da população.

Para conhecer os problemas e necessidade de saúde e de qualidade de vida da população foi realizado um diagnóstico de situação de saúde que objetivou a obtenção de informações sobre as características culturais, sociais, econômicas, epidemiológicas, ambientais, modo e estilo de vida, agregação social e outros fatores que interferem direta ou indiretamente na saúde e no bem-estar, como também, as reais demandas de saúde da população e do lugar.

A situação de saúde de uma população não está, de modo nenhum, separada do seu modo de vida que é resultado das condições de vida e do estilo de vida moldados pela vida cotidiana dentro de um contexto social do território. Por isso, a situação de saúde deve-se considerar o indivíduo na família e a população no lugar, representando para além de uma condição biológica, o contexto em que se vive. Isto está de acordo com Cecílio (2001), que diz que a identificação dos problemas e necessidade de saúde da população para adoção de práticas de promoção de saúde deve ter foco nos indivíduos e nas famílias.

Partindo desse pressuposto, seguimos a metodologia proposta por Lima (2013). Nesta orientação, para conhecer a situação de saúde da população do bairro Chamanculo "C" foi elaborado um inquérito populacional a partir de cinco grandes conjuntos de informações que podem explicar o modo de vida dos sujeitos no lugar onde vivem, considerando as condições de vida e o estilo de vida.

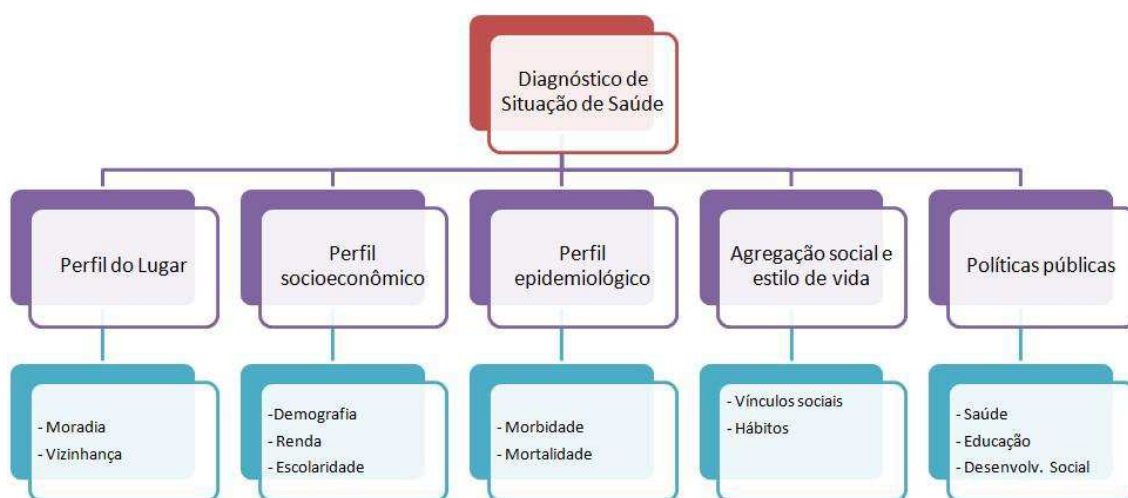
A amostragem foi aleatória e estratificada, tendo em vista que o bairro Chamanculo "C" não se apresenta com condições uniformes em toda a sua extensão. Inicialmente dividiu-se o bairro em quadrantes (estratos) para depois estabelecer uma amostragem aleatória simples em cada um deles. Esse tipo de amostras foram escolhidas porque possibilita ter uma visão sistêmicas do bairro pesquisado. Os dados foram processados pelo Sistema computacional EPI INFO (Versão 3.5.2) para a elaboração dos gráficos e das análises estatísticas. O método estatístico utilizado recomendado pela OMS, para estudos na área de saúde.

O inquérito foi realizado durante os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014 com um questionário aplicado a 350 famílias (Apêndice 1). O questionário do inquérito foi elaborado com perguntas que traduziram os objetivos da pesquisa (GIL, 1999), correspondendo as cinco temáticas propostas por Lima (2013):

- Perfil do Lugar;
- Perfil Socioeconômico;
- Perfil Epidemiológico;
- Agregação Social e Estilo de Vida;
- Políticas Públicas.

O esquema a seguir apresenta exatamente esses cinco elementos de um diagnóstico de saúde com base territorial, que reconhece a saúde como resultado, não de processos biológicos que têm sede no corpo, mas de determinantes sociais que se expressam no território (Figura 1).

**Figura 1: Diagnóstico de situação de saúde no território**



Fonte: LIMA, S,C, (2013)

A aplicação do questionário foi realizado no Bairro Chamanculo “C” por professores, alunos de graduação e pós-graduação das duas universidades, Universidade Federal de Uberlândia e Universidade Pedagógica, Maputo Moçambique. Antes, foi realizada uma oficina de preparação e capacitação dessa equipe sobre saúde ambiental, território e promoção de saúde e metodologia para esse tipo de pesquisa, assim como uma releitura do questionário, adaptando-o à linguagem e às questões mais fundamentais da cultura local.

Após a realização do inquérito populacional procedeu-se a organização, tabulação e a interpretação dos dados, elaborando-se tabelas, gráficos e análises do estudo. Os dados do inquérito populacional foram complementados por observação sistemática (PROIETTI et al. 2008) e entrevistas semiestruturadas com informantes chaves da comunidade.

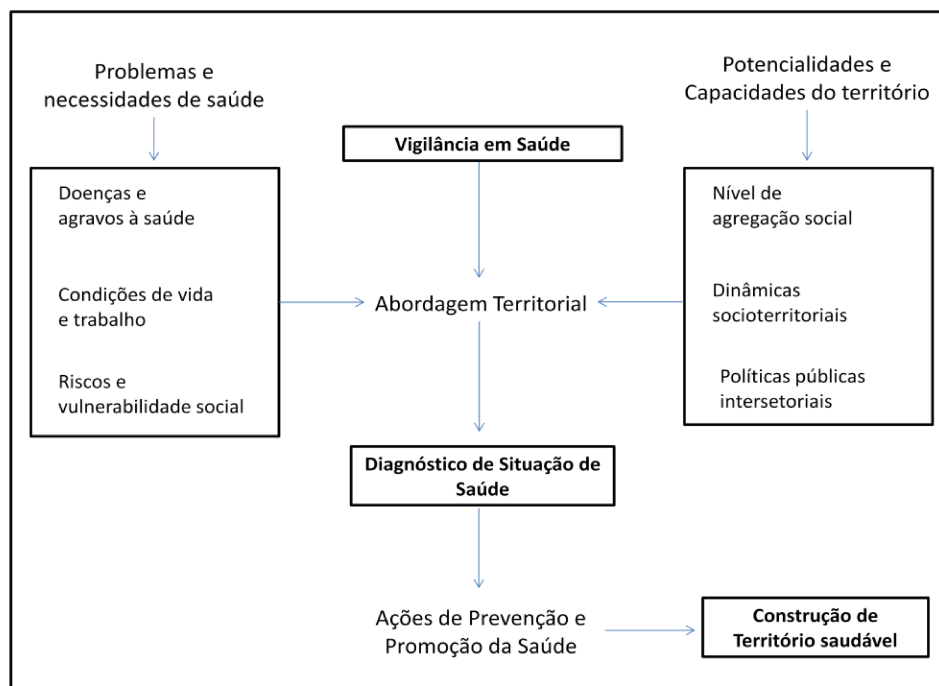
O diagnóstico da situação de saúde deve oferecer informações para o conhecimento dos problemas e das necessidades de saúde da população. É preciso conhecer a realidade, as potencialidades do local para então planejar e direcionar as ações de saúde, formulando dinâmicas e avaliando os riscos que população/comunidade está submetida.

Neste inquérito populacional, o perfil do lugar refere-se às condições de salubridade do domicílio e da vizinhança, o perfil econômico refere-se à renda e a capacidade de consumo e as condições materiais para o sustento das famílias, o perfil epidemiológico às doenças que acometem a população, o perfil do estilo de vida nos informa sobre os risco epidemiológicos e o nível de agregação social permite conhecer a capacidade de participação comunitária para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Por fim, as políticas públicas referem-se às instituições, programas e ações da governança que são desenvolvidas no território para melhorar a qualidade de vida da população.

A partir do inquérito populacional, da observação sistemática e das entrevistas realizadas foi possível elaborar um diagnóstico da situação de saúde no bairro Chamanculo "C", instrumento fundamental para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, e elevar a qualidade de vida da população (Figura 2).

Para elaborar o diagnóstico de situação de saúde, utilizou-se o modelo conceitual da Figura 1, que ajuda a compreender como vive, adoece e morre a população. O diagnóstico facilita a identificação não só dos problemas e necessidades de saúde, mas também as potencialidades locais (BARCELLOS e MONKEN, 2007).

**Figura 2: Modelo conceitual para a elaboração do diagnóstico de situação de saúde**



Fonte: Lima (2016)

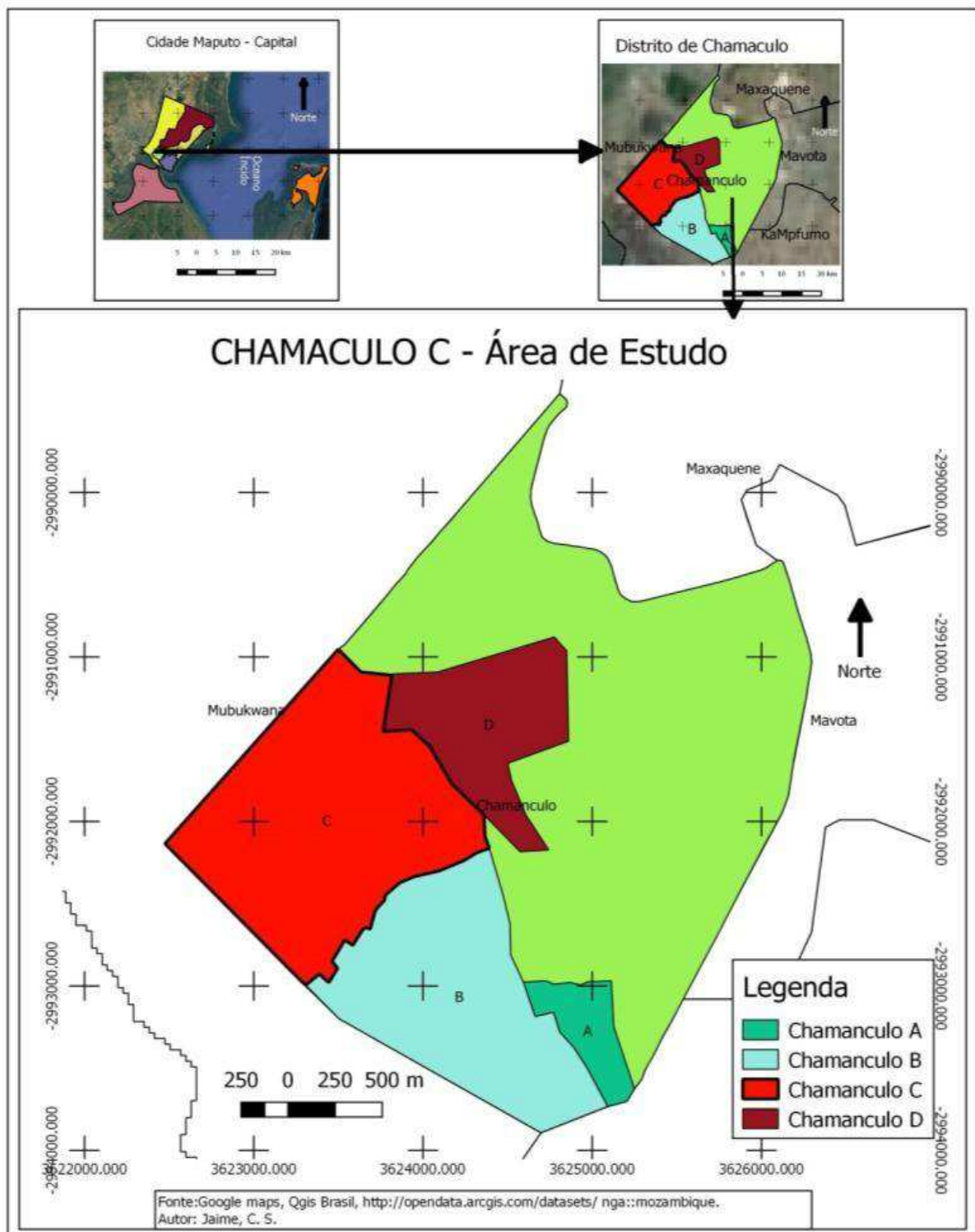
Os problemas e necessidades de saúde foram identificados pelas doenças e agravos à saúde, pelas condições de vida e trabalho e pelos os riscos e vulnerabilidade social da população e do território. As potencialidades e capacidades do território, que podem fazer frente às demandas de saúde da população foram identificadas pelo nível de agregação social da população, pelas dinâmicas socioterritoriais e as pelas políticas públicas intersetoriais.

## 2.1 Localização e caracterização da área de estudo

A área de estudo é um bairro informal, denominado Chamanculo C, localizado na cidade de Maputo, em Moçambique. A cidade de Maputo é dividida em sete distritos administrativos, sendo um deles o distrito do Chamanculo, que por sua vez é subdividido em quatro subdistritos A, B, C e D (Figura 3).

O bairro Chamanculo "C" foi formado inicialmente por pessoas originárias do sul do país que vieram para a capital em busca de trabalho. Posteriormente, o bairro recebeu novo aporte de pessoas retirantes da guerra da independência (1975) e da guerra civil (1977 a 1992).

**Figura 3: Localização do Bairro Chamanculo C, em Maputo - Moçambique**



Fonte: Elaborado pelo autor

A população do bairro Chamanculo "C" é de baixo poder aquisitivo e o bairro foi formado sobre uma área inundável. Durante o período das chuvas ocorrem inundações e como é constata a presença de lixo nos canais de drenagens, a água é ancorada, tornando propício a proliferação de vetores, principalmente os da malária (Figura 4).



O bairro Chamanculo "C" foi sendo consituído de forma irregular, por crescimento espontâneo, sem projeto de urbanização, formando verdadeiros cortiços. As ruas não possuem revestimento asfáltico, sendo de terra batida. O bairro não possui infraestrutura urbana de saneamento básico, como rede coletora de esgoto, coleta de resíduos sólidos, fornecimento de água tratada, entre outros serviço essenciais a boa qualidade de vida.

Na Figura 5 observa-se traçado irregular das ruas do bairro informal de Chamanculo C, comparando-se a urbanização regular do distrito central, com o traçado das ruas reticulado, evidenciando a existência de um projeto de urbanização.

**Figura 4: Moçambique, localização do distrito de Chamanculo**



Fonte: Google Earth, laborado pelo autor



**Figura 5: Maputo, formas de urbanização regular e irregular**



Maputo - Chamanculo "C"

Maputo, Distrito Central

Fonte: Google Earth; Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Nas figuras acima, do lado esquerdo mostra o processo de urbanização irregular e informal do Bairro Chamanculo “C”. Do lado direito mostra o processo regular urbanização no centro da cidade de Maputo com projeto urbanístico e infraestrutura urbana.

### **3 FORMAÇÃO SOCIOTERRITORIAL DE MOÇAMBIQUE E MAPUTO**

Neste capítulo serão apresentados aspectos da história e características atuais de Moçambique e de Maputo, sua capital, para contextualizar o bairro Chamanculo C, objeto principal desta pesquisa.

#### **3.1 Mocambique, um país de contrastes**

Antes da chegada de Vasco da Gama às costas moçambicanas, em 1498, os povos bantu já habitavam a região. Os primitivos povos de Moçambique eram bosquímanos, caçadores e coletores. A cerca de 3000 anos, povos da região central da África, os bantu vieram e constituíram as primeiras sociedades sedentárias. Eram guerreiros, conheciam o ferro, mas ocupavam-se da agricultura e criavam pequenos animais (bovino, ovino e caprino). Construíam suas casas de madeira e argila. Antes do século VII, ao longo da costa de Moçambique já haviam entrepostos comerciais de Suahil-árabes instalados no litoral para

trocar produtos com o interior do país, como ouro e marfim<sup>1</sup>. Os árabes e persas que aí se fixaram trocavam tecidos indianos e louça diversas por ouro e outros materiais do interior do país (BAIA, 2011).

A ocupação colonial portuguesa inicia-se em Sofala (1505) e na Ilha de Moçambique (1507), com interesses mercantis no ouro e no marfim trocados por tecidos indianos e missangas venezianas (SERRA 2000).

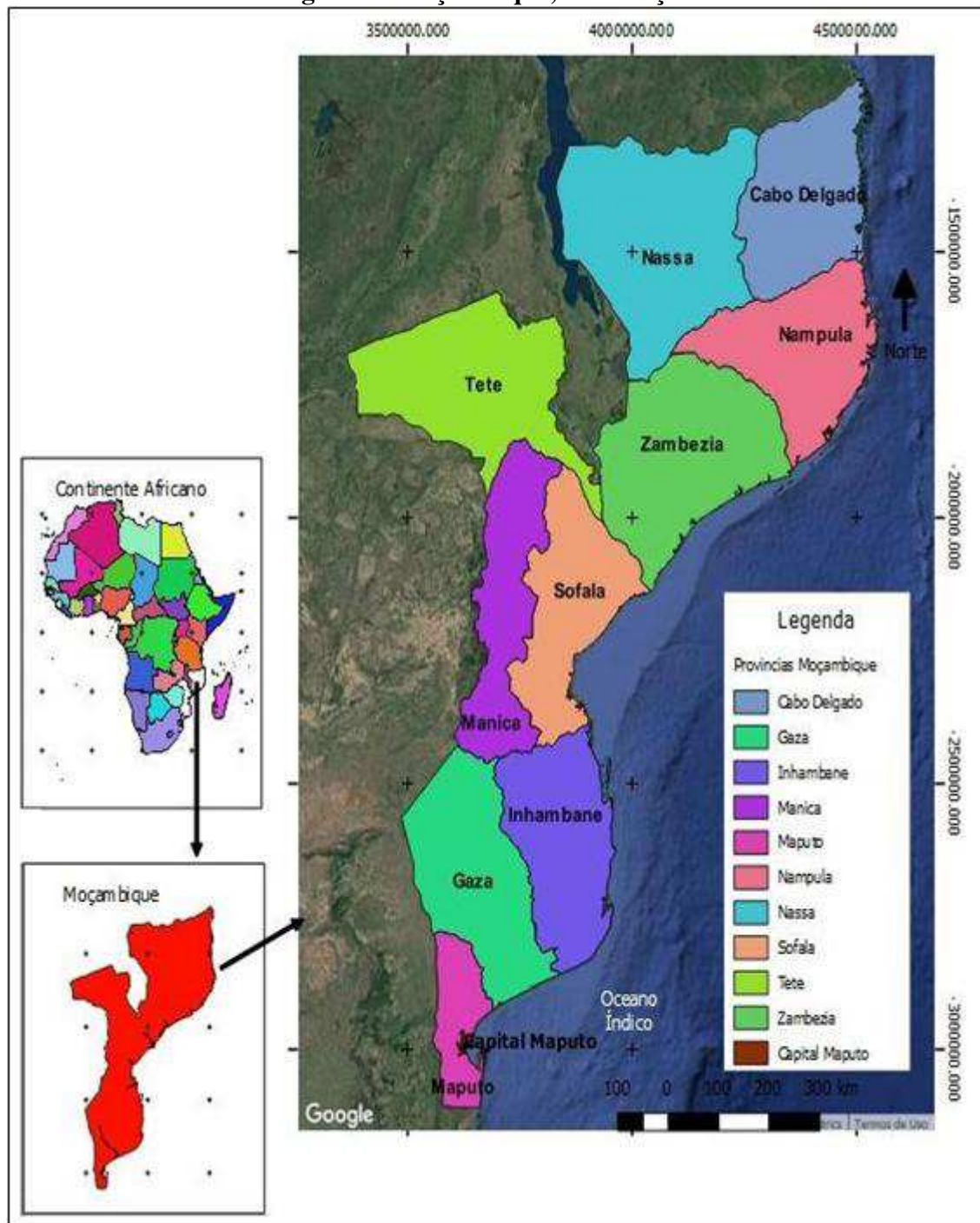
Moçambique que foi possessão portuguesa até 1975, quando conquistou a sua Independência. O movimento mais recente de libertação do domínio colonial português foi iniciado em 1962, liderado por Eduardo Chivambo Mondlane, primeiro presidente da FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique), que foi assassinado em 03 de fevereiro de 1969. Samora Moisés Machel o sucedeu, proclamando a independência de Moçambique em 25 de junho de 1975. Samora Machel morreu em 19 de outubro de 1986, em um acidente aéreo ocorrido na África do Sul, que até hoje há controvérsias sobre suas causas (O PAÍS, 2011).

Moçambique é um país situado na África Subsaariana no Sudoeste do continente, na costa sudeste do continente africano defronte da Ilha de Madagáscar no Oceano Índico da qual se separa através do Canal de Moçambique, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos de 30°12' e 40°51' longitude Este (Figura 6).

---

<sup>1</sup> <http://www.portaldogoverno.gov.mz/>

**Figura 6: Moçambique, localização**



Fonte: <http://opendata.arcgis.com/nga:mozambique>.

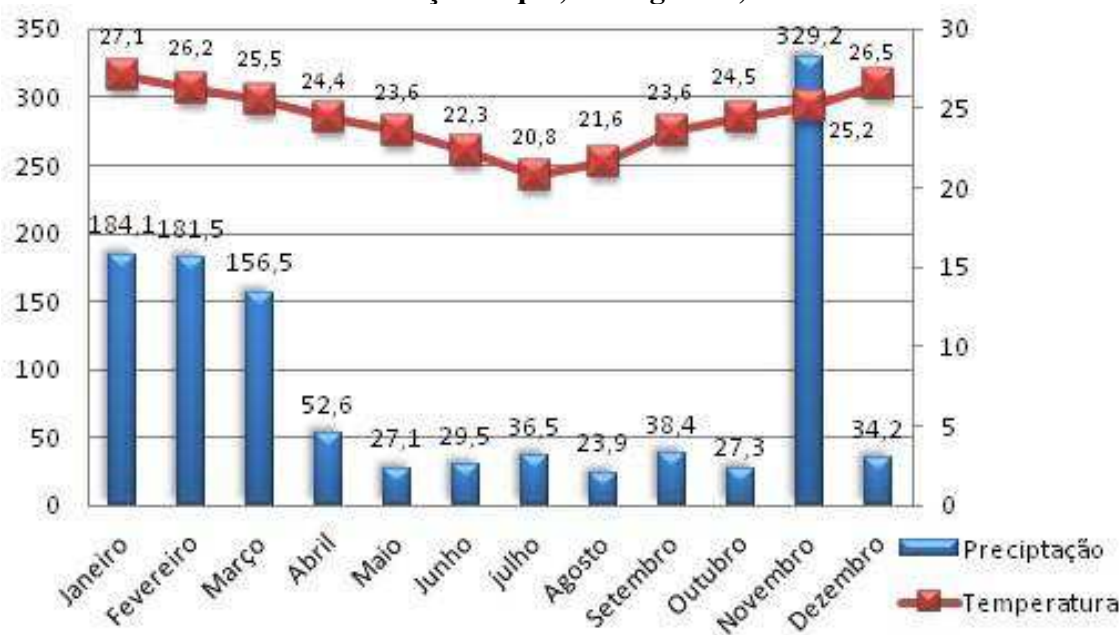
Google maps. Ogis Brasil. Datun WGS 84. Pseudo Mercator. Organizador: Jaime S. C., 2017.

O país possui uma superfície de 799.380 km<sup>2</sup> e faz divisa com a Tanzânia ao norte, com Malawi e Zâmbia a noroeste, Zimbabué a oeste, República da África do Sul e Suazilândia, ao sul. É banhado pelo oceano índico a leste, numa extensão de 2 470 km. É chamada de Pérola do Índico (INE, 2016), pela presdnças de belas paisagens e praias muito procuradas por turistas.

O clima é tropical úmido, com duas estações distintas: uma é fria e seca, de maio a setembro e outra quente e úmida, de outubro e abril. A precipitação, de modo geral pode variar de 800 a 1200 mm/a (Gráfico 1). O centro e norte do país são mais úmidos e as regiões sul e parte do centro do país são as mais afetadas pela seca, podendo diminuir as precipitações a 300 mm/a na província de Gaza. No verão, as temperaturas variam entre 25 e 27°C de temperaturas médias mensais, e no inverno, de 20 a 23°C (FAO, 2010).

As formações vegetais são constituídas por diferentes tipos, resultante das grandes diferenças de latitude, longitude, geologia e clima, entre outros fatores. Segundo a FAO (2010), estima a cobertura florestal do país em pouco mais de 50%, ou seja, pouco mais de 40 milhões de hectares (51,4%); outras formações lenhosas (matagais, pradarias arborizadas e manguezais) com 14,7 milhões de hectares (18,9%); áreas com usos da terra não florestais (pradarias, agriculturas e terras sem vegetação) com 23,2 milhões de hectares (29,8%) (SITOE et al. 2012).

**Gráfico 1: Moçambique, climograma, 2009**



Fonte: INE (2009); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

O climograma apresenta a temperatura média dos meses e o período de seca e chuva que ocorre na cidade de Maputo. No ano de 2009 o mês de novembro apresentou uma precipitação muito elevada em relação aos outros meses do ano.

As principais causas de desmatamento em Moçambique são a agricultura, a colheita de lenha e produção de carvão, e a expansão de zonas habitacionais (MANANZE et al. 2016). Moçambique ocupa a terceira posição no ranking dos maiores produtores de carvão

vegetal em África, atrás apenas de Nigéria e a Etiópia, com um volume de extração de cerca de 17 milhões de m<sup>3</sup> de madeira por ano. Mais de 70% da população depende de biomassa para suprir suas necessidades energéticas e para confeccionar alimentos (@VERDADE 2014).

As fronteiras nacionais de Moçambique, como o foram as demais fronteiras nacionais dos países africanos foram traçadas pelas potências coloniais não considerando aspectos étnicos ou culturais, e quando considerados, os foram no intuito de dividir comunidades unidas pela cooperação, e aproximar territorialmente grupos historicamente rivais. O governo reconhece que Moçambique é um país que tem em sua população 13 grupos étnicos: Swahilis, MacuasLomués, Macondes, Ajauas, Marave, Nhanjas, Sena, Chuabo, Chonas, Angonis, Tsongas, Chopes, Bitongas; e oito grupos linguísticos: Swahili, Yao, Makua, Nyanja, Senga-Senga, Shona, Tswa-Ronga e Chope (ABDULA 2014, LANDGRAF, 2014).

A adoção do português como língua oficial, em detrimento das línguas moçambicana foi, de certa forma uma decisão política tendo em vista evitar um grande problema, se uma das línguas nativas fossem escolhidas como língua oficial. Nenhuma delas era majoritária o suficiente e privilegiar um grupo sobre outro poderia significar um conflito étnico (LANDGRAF, 2014).

Moçambique em termos administrativos está dividido em onze províncias. O português é idioma oficial do país e o país integra a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), mas, em verdade há cerca de 20 línguas moçambicanas do grupo linguístico bantu e outras línguas asiáticas que são faladas, cotidianamente, de norte a sul do país e o português não é a língua mais falada em Moçambique. A língua moçambicana mais falada é o emakhuwa; cerca de 26.3% da população fala esta língua, principalmente no norte do país, nas províncias de Nampula, Cabo Delgado, Niassa, e Zambézia. (ABDULA, 2014, LANDGRAF, 2014). Mesmo na capital, a cidade de Maputo, somente 43% da população é falante de português (Tabela 1).

As cidades e vilas moçambicanas são governadas por uma assembleia municipal, um presidente e um conselho municipal de vereadores eleitos e têm, de acordo com o Pacote Autárquico de 1997/2008 e a Lei do Governo Local (LOLE, 2005), a garantia de uma considerável autonomia política e financeira aos municípios. Estas localidades administrativas são responsáveis pelo uso da terra, licenciamento de construção e habitação, serviços básicos de água e saneamento, estradas urbanas, gestão de resíduos sólidos, segurança ambiental e municipal. Além disso, com base no Decreto Parlamentar 22/2006, a



responsabilidade por administrar escolas primárias e cuidados primários de saúde está em fase de ser remanejada aos municípios (LIMA; SILVA, 2016).

**Tabela 1: Moçambique, falantes de língua portuguesa por província.**

	Províncias	População	Total Falantes de Português	%
1	Maputo cidade	959.474	412.162	43,0
2	Maputo província	1.0215.871	283.665	27,7
3	Sofala	1.338.709	177.655	13,3
4	Zambézia	3.021.246	277.906	9,2
5	Nampula	3.183.399	277.223	8,7
6	Niassa	904.784	61.223	6,8
7	Manica	1.131.269	64.057	5,7
8	Inhambane	1.058.135	57.782	5,4
9	Gaza	1.024.911	49.231	4,8
10	Cabo Delgado	1.306.724	44.914	3,4
11	Tete	1.415.977	4.988	3,3

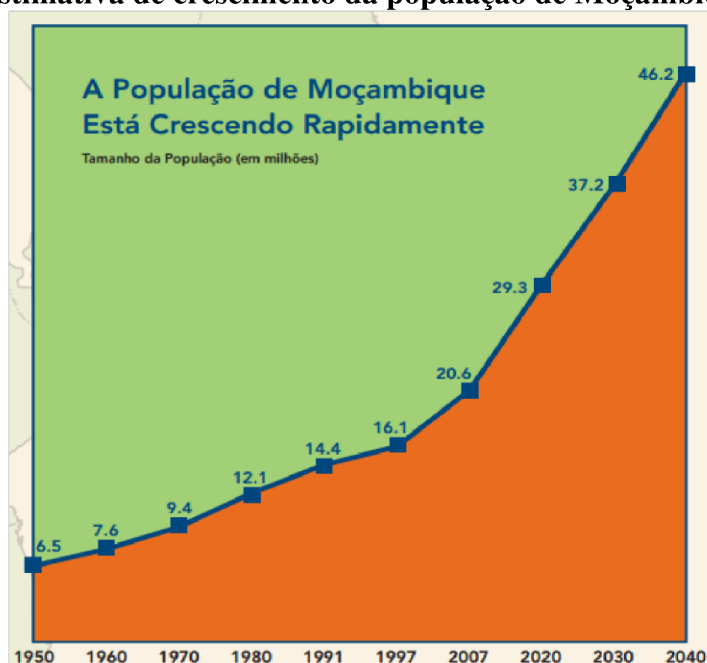
Fonte: Dados do Censo de 2007 (INE, 2007); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A população de Moçambique cresceu muito rapidamente nos últimos 60 anos, passando de 6,5 milhões em 1950 para uma população de 26,4 milhões em 2016. Conforme o Gráfico 2, o ritmo de crescimento continua, com uma taxa anual de 2,8% e a expectativas de quase duplicar a população em 16 anos, com estimativas de chegar a 46,2 milhões em 2040 (INE, 2016).

O perfil demográfico de Moçambique é de uma população muito jovem. Cerca de 45% da população tem menos de 15 anos e 65% tem menos de 25 anos de idade. O país predominantemente rural (69%). Apenas 31% da população (8,2 milhões) residem em áreas urbanas. Entretanto, a população urbana cresce a taxas de 3,3% ao ano, enquanto a média geral do país é de 2,5%. Estima-se que cerca de 40% da população de Moçambique viverá em cidades, em 2040. A população feminina (51,7%) é maior que a população masculina (48,3%), conforme demonstrado na Tabela 2 e Gráfico 3 (INE, 2010).

O perfil demográfico de Moçambique é de uma população muito jovem, como se pode ver na Figura 7, que apresenta a pirâmide etária de base larga e topo estreito, próprio dos países em desenvolvimento, o que também reflete elevadas taxas de fecundidade e ainda uma redução muito gradual da mortalidade. A faixa etária da população de 0 - 14 anos (crianças) é de 44,7%. A população de 15 a 64 anos (considerada economicamente ativa) é de 52% e a população de 64 anos ou + (idosos) é de apenas 3,1% (Tabela 3 e Gráfico 4) (INE 2016).

**Gráfico 2: Estimativa de crescimento da população de Moçambique, até 2040**



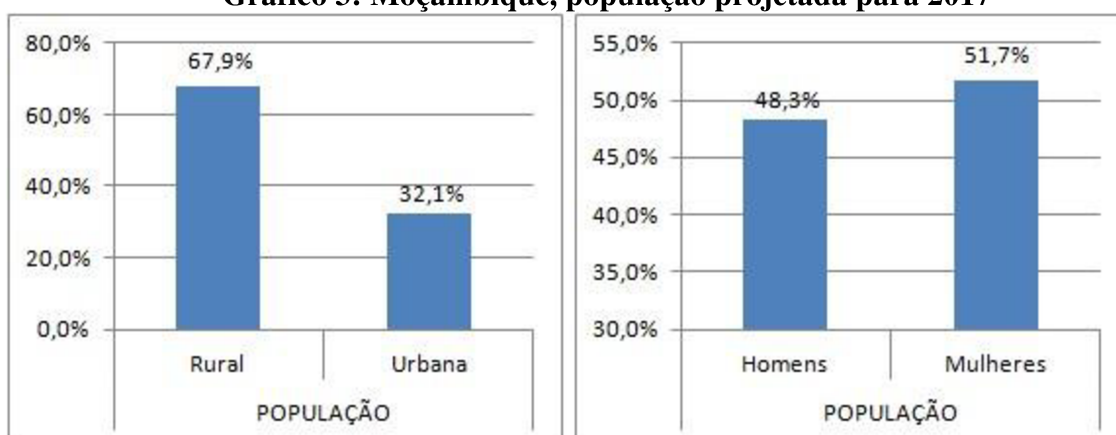
Fonte: INE (2013).

**Tabela 2: Moçambique, população, 2016**

	N	%
Homens	12.760.324	48,3
Mulheres	13.663.299	51,7
Rural	17.954.824	67,9
Urbana	8.468.799	32,1
Total	26.423.623	100,0

Fonte: INE (2016); Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

**Gráfico 3: Moçambique, população projetada para 2017**



Fonte: INE (2016); Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Durante a guerra civil (1977-1992) ocorreu uma grande migração campo-cidade, com cerca de 4 milhões de pessoas vindo para as cidades, fugindo do conflito, passando a

população urbana de 10 para 26%. A produção agrícola do país não deixa o país autosuficiente, tendo que importar arroz, trigo, frutas e legumes (SANTOS; ROFFARELLO; FILIPE, 2016).

Após a independência (1975), Moçambique permaneceu em uma guerra civil que durou 16 anos, até 1992, que gerou estagnação econômica. Mas, nos últimos dez anos (2007 a 2016), o país experimentou um crescimento econômico vigoroso, que não foi inclusivo, ou seja, não foi partilhado amplamente, com oportunidades econômicas para a maioria da população que continua pobre ou miserável. Conforme o Programa Estratégico para a Redução da Pobreza Urbana, 2010-2014, Moçambique continua um país de grande contrastes econômicos (MOÇAMBIQUE, 2010).

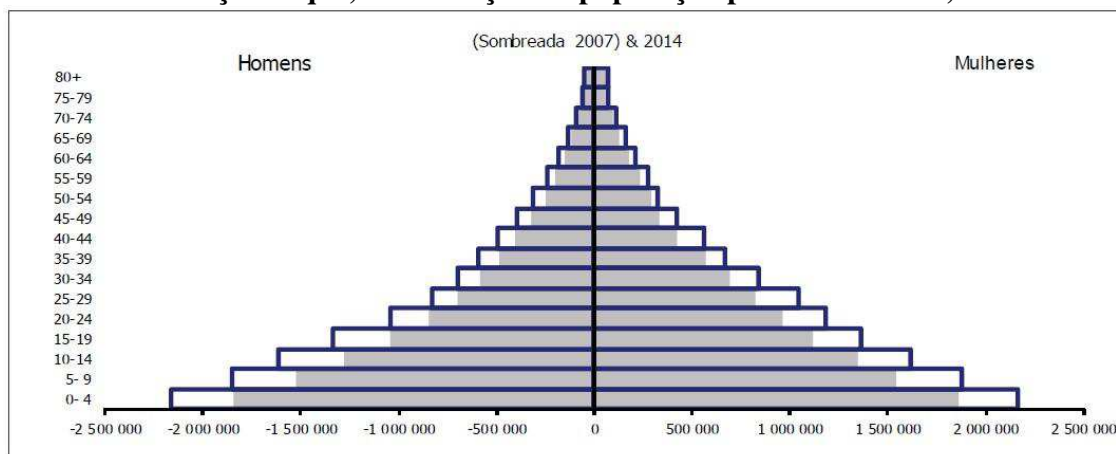
**Tabela 3: População de Moçambique, 2016**

	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
0-14	5.891.635	46,2	5.925.222	43,4	11.816.857	44,7
15-64	6.505.148	51,0	7.294.526	53,4	13.799.674	52,2
65+	363.541	2,8	443.551	3,2	807.092	3,1
Tx.Dep.		87,3		96,2		91,5
Total	12.760.324	100,0	13.663.299	100,0	26.423.623	100,0

Fonte: INE (2016); Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A taxa de dependência demográfica<sup>2</sup>, que indica a relação entre a população dependente (0 - 14 e 65 +anos) e a população em idade produtiva (15 - 64 anos) é igual a 91,5, ou seja há aproximadamente 92 pessoas dependentes para cada 100 pessoas ativas (INE 2016).

**Gráfico 4: Moçambique, distribuição da população por idade e sexo, 1997 e 2014**



Fonte: INE (2016); Ramos, Joaquim Dalques (2016)

<sup>2</sup> Taxa de dependência = (Idade dependente)/(Idade 15-64) \*100.



A taxa de alfabetização da população entre 15 a 49 anos é de apenas 40% entre as mulheres e de 70% entre os homens. Nas áreas rurais a situação é mais crítica, onde somente 26% da mulheres e 60% dos homens são alfabetizados. Somente 19% de jovens do sexo feminino e 20% de jovens do sexo masculino frequentam a escola secundária (Tabela 4).

**Tabela 4: Moçambique, taxas de alfabetização, 2013**

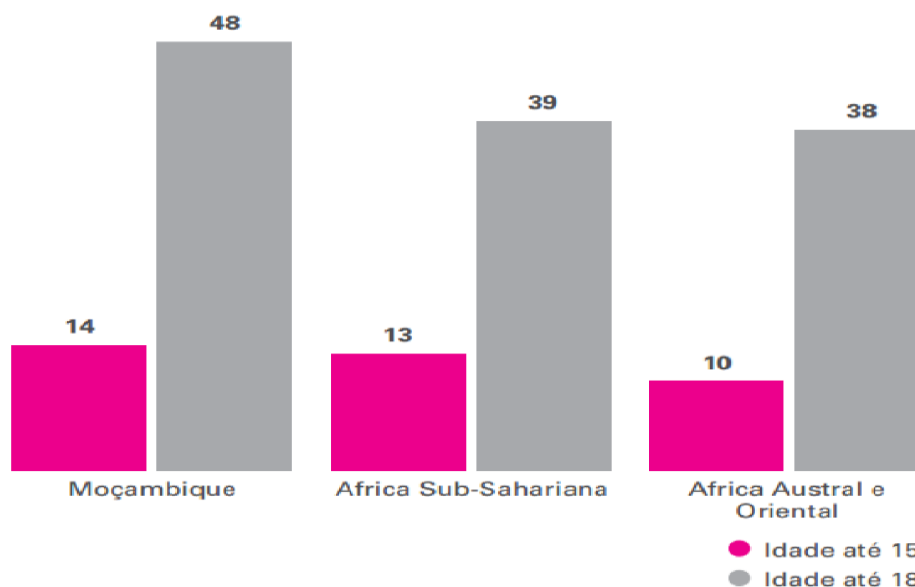
	Taxa de alfabetização anos (%)		Jovens frequentando a escola secundária (%)	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Urbano	68	87	40	39
Rural	26	60	7	10
Total	40	70	19	20

Fonte: INE (2016); Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A taxa de fecundidade na adolescência, isto é, o número de nascimentos por 1.000 adolescentes, entre 15-19 anos, atingiu o pico em 2003, a uma taxa de 179. Em 2011, este índice caiu para 167 nascimentos. Os natimortos e mortes de recém-nascidos são mais comuns entre as crianças de mães adolescentes do que entre as de mães mais velhas, além de serem mais propensos a terem baixo peso ao nascer. Mais de uma em três mulheres jovens, entre 15-19 anos, são mães ou estão grávidas do primeiro filho (INE, 2012).

Moçambique está entre os países do mundo com mais casos de casamentos prematuros; 48% das adolescente casaram-se antes dos 18 anos e 14% casam-se antes dos 15 anos (Gráfico 5). Em algumas províncias, as taxas são mais elevadas ainda; 62% das adolescentes de 15 a 17 anos já estão casadas em Nampula, 61% em Cabo Delgado e 59% em Manica. As casadas com menos de 15 anos em Niassa são 24%, Cabo Delgado e Manica 18%, Nampula, Zambézia e Sofala 17% (UNICEF, 2015).

**Gráfico 5: África e Moçambique: jovens entre 20-24 anos casadas antes dos 18 anos**



Fonte: IDS 2011, UNICEF, State of the World's Children 2014

[http://www.unicef.org.mz/wp-content/uploads/2015/07/PO\\_Moz\\_Child\\_Marriage\\_Low\\_Res.pdf](http://www.unicef.org.mz/wp-content/uploads/2015/07/PO_Moz_Child_Marriage_Low_Res.pdf)

Quando uma adolescente fica grávida, geralmente, deixa de frequentar a escola, agrava-se a condição econômica das famílias e os riscos de mortalidade materna e infantil tornam-se maiores, situação que afeta negativamente os esforços para a redução da pobreza e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (UNICEF, 2015).

Em 01/12/2015, o Conselho dos Ministros de Moçambique aprovou a Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros (2016 - 2019). O documento reconhece que a pobreza é um dos determinantes dos casamentos prematuros tal como a violência e a discriminação baseada no gênero (CALDEIRA, 2016).

O país continua entre os países mais pobres do mundo, classificando-se na 180ª posição entre 188 países, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD. Apresenta um PIB per capita de 511,47 dólares (2015), crescendo desde 2007, a taxas de 6 a 8%. Apresenta ranking 52% da população abaixo da linha de pobreza, num índice 01 a 100.

A despeito de todo esse crescimento econômico, a desigualdade social é muito elevada e se agravou nos últimos anos, 55% da população vive com um consumo menor que USD 0,6/dia, abaixo da linha da pobreza. Também, registram-se disparidades regionais. As disparidades entre as áreas urbanas e rurais são notórias. A população urbana, ainda com precariedades, têm maior acesso a serviços sociais básicos comparativamente com a população das zonas rurais (SANTOS et al. 2016; WHO 2016b).

O resultado disso é um Índice de desenvolvimento Humano - IDH muito baixo é 0,42 numa escala de 0 a 1. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento ranqueou

Moçambique no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com a posição 180º entre 188 (ANDRADE, et al., 2012, PNUD, 2015).

O Banco Mundial e o governo de Moçambique também reconhecem que a desigualdade social em Moçambique se acentuou consideravelmente entre 1997 e 2003, não obstante o crescimento econômico acelerado que o País tem experimentado. O índice de Gini, que mede a desigualdade social, atualmente, é de 0,48, permanecendo neste patamar desde 2009, significativamente maior do que em 1997, que era de 0,44 (MOÇAMBIQUE, 2011, BANCO MUNDIAL, 2016).

Ainda que o PIB per capita seja muito baixo, o crescimento econômico do país na última década é notório (Gráfico 6). É de se perguntar: será que o crescimento econômico dos últimos anos tem gerado melhorias das condições de saúde da população.

**Gráfico 6: Moçambique: crescimento do PIB per capita, 2007 – 2015**



Fonte: <http://www.tradingeconomics.com/mozambique/gdp-per-capita>

Mitano et. al. (2016) respondem dizendo que não, que há uma piora da saúde e do acesso aos serviços de saúde em Moçambique, independente do crescimento econômico, o mesmo que afirma o Plano de Ação Para a Redução da Pobreza Absoluta 2006 - 2009 (PARPA), que o crescimento econômico de Moçambique não tem refletido na melhoria dos indicadores sociais (MOÇAMBIQUE, 2012).

Embora a taxa de pobreza tenha caído em Moçambique, de 69% em 1997 para 54% em 2003, ela parece ter ficado estagnada desde então... poucos países apresentam um contraste tão marcante quanto Moçambique: uma das mais elevadas taxas de crescimento econômico no mundo (7,5%, em média, ao longo das últimas décadas) e uma elasticidade extremamente baixa da pobreza com respeito ao crescimento (cerca de 0,1%). Isto sugere que uma grande proporção da população moçambicana não está a beneficiar o bastante destes elevados níveis de crescimento (INUI 2015, p. 18).

Mais de 70% da população urbana em Moçambique vive em assentamentos que são informais, com características de "bairros da lata", as moradias do bairro na sua maioria é material de folhas de zinco na construção das moradias, principalmente na capital Maputo, com crescimento denso e desregulado, a semelhança das favelas do Rio de Janeiro. Em geral faltam serviços públicos e infra-estruturas como água tratada, esgotamento sanitário e drenagem urbana. Nestas áreas, as habitações são precárias, construídas de papelão e lata. Mesmo em bairros mais estruturados à época da colonização, por falta de investimentos ou manutenção, as casas e os prédios estão em condições precárias de habitação; os sistemas de drenagem, o recolhimento dos resíduos sólidos, o abastecimento de água tratada ainda constituem-se aspectos de grande vulnerabilidade e riscos à saúde para as populações que aí vivem (PAULO; ROSÁRIO; TVEDTEN, 2011).

O elevado nível de desigualdade social nas áreas urbanas repercutiu em um crescimento do senso de empobrecimento e marginalização, consequentemente, gera-se um ambiente caracterizado por insegurança e vulnerabilidade perante às demandas por emprego, alimento e serviços públicos.

As desigualdades sociais refletem em iniquidades em saúde, que desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias. Buss e Pellgrini Filho (2006) discutindo as iniquidades em saúde no Brasil, a partir de uma revisão da literatura científica internacional destaca dois pontos: o fator mais importante para explicar a situação de saúde de uma população de um país não é a riqueza total (PIB) mas como ela se distribui. o segundo ponto os níveis de saúde também podem estar referidos pelas relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que poderiam explicar a coesão social e participação política, o capital humano e redes de apoio sociais que podem ser importantes para a promoção da saúde.

Não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Evidentemente, o volume de riqueza gerado por uma sociedade é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há inúmeros exemplos de países com PIB total ou PIB per capita bem superior a outros que, apesar disso, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006, p. 2006).

Segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 1998-2011), Moçambique é considerado um país com o índice de desenvolvimento humano (IDH) classificado em “muito baixo”, ainda continua entre os mais baixos até os dias atuais.

A condição de saúde da população é um reflexo das condições sociais de pobreza e miséria. A situação de saúde é grave, como de resto em todo o continente africano, com frequentes eclosões de cólera, disenteria, meningite meningocócica, peste bubônica, HIV/AIDs, malária, tuberculose, diarreia e infecções respiratórias, além da má nutrição crônica. Mais de 50% da população sofre de doenças evitáveis, como a cólera e diarreia infantil que estão relacionadas a má qualidade da água consumida. Dentre as principais causas de mortalidade estão a cólera e as doenças diarreicas, devido por falta de saneamento ambiental, disponível apenas por 21% da população e ao deficiente acesso à água potável (ONU, 2016).

A transmissão do HIV continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública. A prevalência das infecções por HIV continuam aumentando por que a prevenção tem sido inadequada, considerando-se ainda as co-infecções de TB(teste de tuberculose) e HIV e o aumento da resistência à tuberculose multi-resistente. Apenas 31% das mulheres e 14% dos homens entre 15 e 24 anos foram testados para HIV. Entre jovens (15 - 24 anos) sexualmente ativos, menos de 1 a cada 7 homens foram testados e 1 a cada três mulheres foram testadas. Responderam que usaram preservativo na última relação sexual somente 36% dos homens e 24% das mulheres (INE, 2010).

Segundo Langa (2013), dentre os jovens de idade entre 15 a 19 anos, somente 56% de mulheres e 81% dos homens sabem que o risco de contrair o vírus da AIDS pode ser reduzido com o uso de preservativo durante a relação sexual. Somente 65% das mulheres e 89% dos homens sabem que podem reduzir o risco limitando as relações sexuais a um parceiro não infectado.

Inundações frequente, por falta de serviços de drenagem adequada são responsáveis por surtos de cólera, leptospirose. Somam-se a isso, o aumento das prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, os acidentes rodoviários, a violência doméstica (SANTOS et al. 2016, WHO. 2016b).

A maior incidência dessas doenças está entre os indivíduos de famílias pobres, estabelecida em um círculo vicioso de pobreza - adoecimento - pobreza. A pobreza favorece uma condição de saúde precária e o aparecimento de doenças. As doenças aprofundam a pobreza, porque os indivíduos adoecem, não podem trabalhar ou têm sua produtividade reduzida. Esta situação agrava o empobrecimento, que expõem ainda mais os indivíduos à transmissão das doenças.

A mortalidade infantil e a mortalidade materna são elevadas, por falta de acesso aos serviços de saúde, escassez de profissionais de saúde e medicamentos essenciais. Apesar do

País ter superado em 2014 a Meta do Milênio da ONU para a mortalidade infantil, com uma taxa de 72,4‰, há de se reconhecer que esse avanço não significa grande coisa (WHO, 2016b). O país continua relacionado entre os países com mortalidade infantil mais altas do mundo, mesmo para os padrões africanos (Gráfico 7).

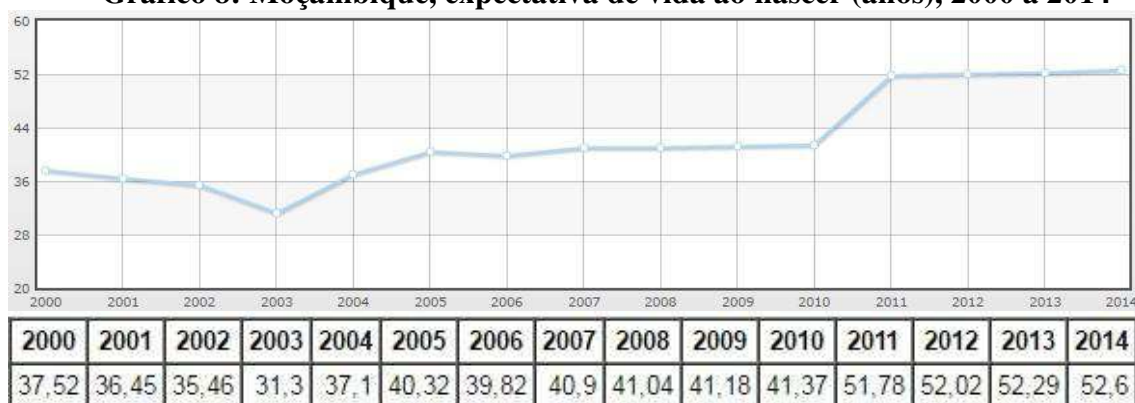
**Gráfico 7: Moçambique, tx de mortalidade infantil (‰), 2000 a 2014**



Fonte: Index Mundi, <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=mz&v=29&l=pt>

Também a expectativa de vida ao nascer melhorou a partir de 2003, um ano após o termino da guerra civil, quando quem nascia em Moçambique esperava viver apenas 31,3 anos. Em 2014, a expectativa de vida era de 52,6 anos, o que é ainda muito pouco, abaixo da média dos países africanos, que em 2013 era de 55 anos (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Moçambique, expectativa de vida ao nascer (anos), 2000 a 2014**



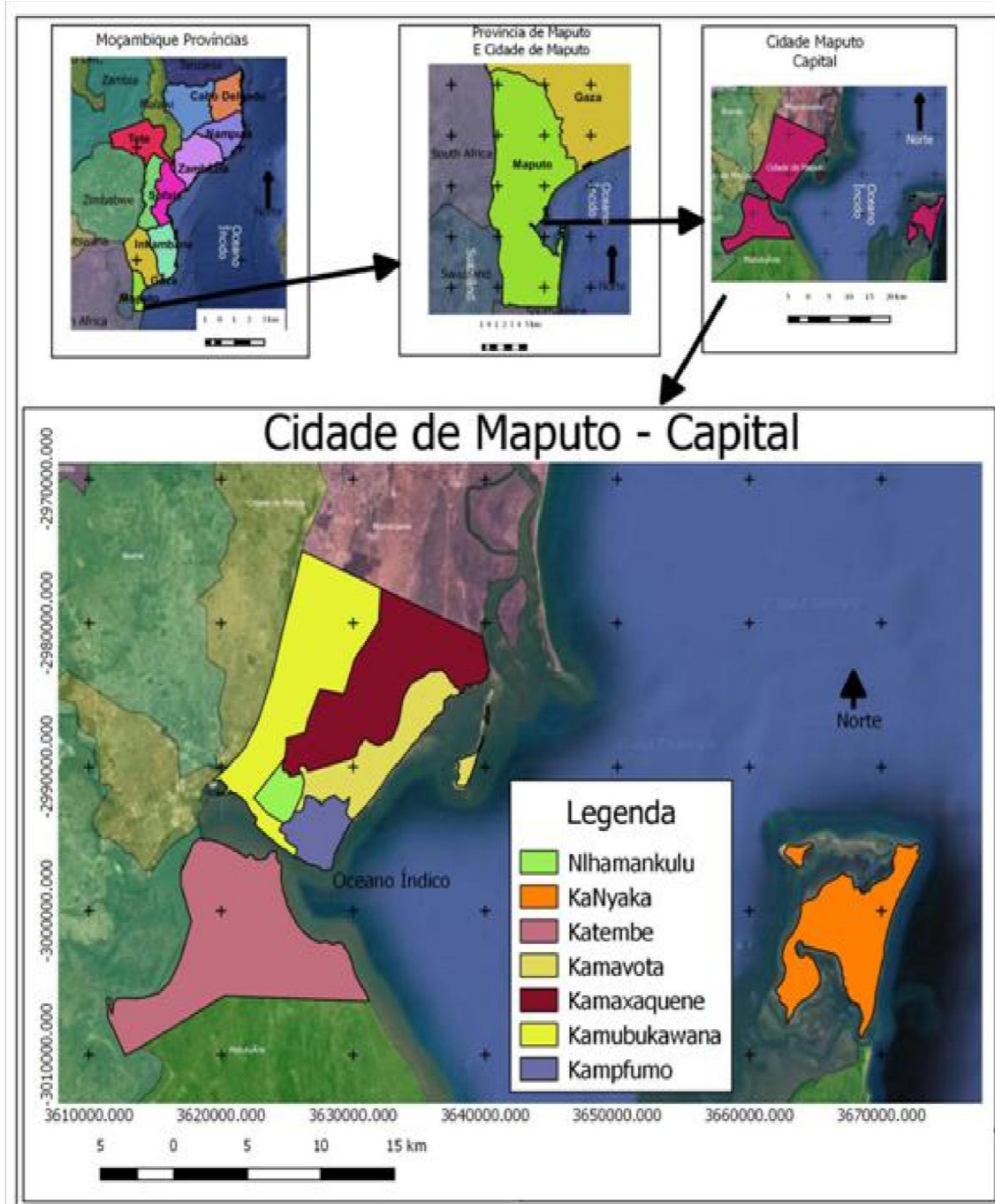
Fonte: Index Mundi, <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=30&c=mz&l=pt>

O governo reconhece que esta situação denota a falta de atendimento as necessidades humanas básicas, como nutrição adequada, água potável e saneamento, serviços de saúde, etc. (MOÇAMBIQUE 2013).

### 3.2 Maputo, uma cidade de cimento e caniço

A Cidade de Maputo está situada no Sul de Moçambique entre 25°49' e 26°05' de lat. Sul e 32°26' e 33°00' de log. Leste, em 316 Km<sup>2</sup>. Administrativamente, é capital da República de Moçambique, constituída por sete distritos municipais e 63 bairros (Figura 7).

**Figura 7: Maputo - Moçambique, localização**



Fonte: <http://opendata.arcgis.com/nga:mozambique>.

Google maps. Ogis Brasil. Datun WGS 84. Pseudo Mercator. Organizador: Jaime S. C., 2017

A importância econômica da cidade de Maputo continua muito apoiada nas suas infraestruturas de transportes, sendo por isso que apresenta o mais importante corredor de desenvolvimento do país, o Corredor de Maputo, que engloba, para além do Porto de Maputo, redes ferroviárias que estabelecem ligações com o África do Sul, Suazilândia e Zimbabué, mantendo a sua vocação inicial.

A população de Maputo estimada para 2017 é de 1.350.642 habitantes, sendo 657.143 homens e 693.499 mulheres, numa razão homem/mulher de 94,8. O crescimento médio da população nos últimos 10 anos foi de 2,3%, com uma componente importante de migração regional. (INE 2010).

Segundo Lemos (1987), a Cidade de Lourenço Marques ganhou o estatuto de cidade, a 10 de Novembro de 1887 pelo Decreto Real de Henrique de Macedo, em homenagem ao navegador português que tinha esse nome. Tornou-se a capital de Moçambique em 1889 e a 3 de Fevereiro de 1975 num comício público fez-se a mudança do nome da cidade para Maputo.

O navegador comerciante Português chamado Lourenço Marques visitou a Lagoa Bay (Baía de Maputo), entre 1544 e 1546; o Rei Português D. João III em seu reconhecimento deu seu nome a Baía onde, à sua volta tornou-se uma vila em 9.12.1876 e cidade em 10.11.1887 e capital de Moçambique em 22.11.1889. A primeira capital foi Ilha de Moçambique no Norte, província de Nampula (LEMOS, 1987, p.13).

**Tabela 5: Maputo, população por sexo, 2007 - 2017**

Tabela 3.1. Maputo, população por sexo, 2007-2017							
		Anos	Homens		Mulheres		Total
2007	523.429	2008	561.429	2009	1.094.315	2010	2011
2012	534.264	2013	563.822	2014	1.098.086	2015	2016
2017	546.970	2018	577.231	2019	1.124.201	2020	2021
2022	559.891	2023	590.868	2024	1.150.759	2025	2026
2027	573.047	2028	604.751	2029	1.177.798	2030	2031
2032	586.456	2033	618.902	2034	1.205.358	2035	2036
2037	600.111	2038	633.313	2039	1.233.424	2040	2041
2042	614.003	2043	647.973	2044	1.261.976	2045	2046
2047	628.120	2048	662.871	2049	1.290.991	2050	2051
2052	642.487	2053	678.033	2054	1.320.520	2055	2056
2057	657.143	2058	693.499	2059	1.350.642	2060	2061

Fonte: INE, 2010

<http://www.cmmmaputo.gov.mz/PhotoHandler.ashx?i=4027>

Maputo, foi uma criação dos poderes coloniais, por isso, foi estruturalmente organizada para servir aos seus interesses. A cidade foi construída a partir de um modelo de economia de exportação, que tinha a área portuária como motor principal, assegurando as



exportações de produtos primários para a metrópole e servindo de porta de entrada para os países do hinterland( são países que dependem do desenvolvimento de outras áreas económicas), sem contacto imediato com o mar. Portanto, a função principal era a prestação de serviços. Por isso, no país foram feitos investimentos importantes no setor dos transportes.

A inserção de Moçambique, e em especial de Maputo na economia globalizada, que sustenta o desenvolvimento económico do país foi estabelecida a partir da construção de um sistema viário que engloba, para além do Porto de Maputo, redes ferroviárias que estabelecem ligações com o África do Sul, Suazilândia e Zimbabué. Esta estratégia de desenvolvimento tem com marco a construção da linha férrea que ligou Lourenço Marques (Maputo) a Pretória, inaugurada em 1895, e a linha férrea que a ligava a Salisbúria (Harare), capital do Zimbabue.

Para Baia (2009) explica a urbanização das cidades moçambicanas durante o período colonial dizendo que as cidades se caracterizavam por duas áreas distintas: uma que tinha um traçado geométrico desenhada a partir do planeamento, dotada de infraestrutura urbana e serviços públicos, que albergava a população de origem portuguesa e asiática, e outra com infraestrutura precária, de traçado irregular não planeado que era ocupada pelos moçambicanos que trabalhavam na construção civil, carregamento nos portos e em trabalhos domésticos.

O resultado é uma paisagem urbana que ao revelar uma práxis de lugares desiguais expõe as diferenças produzidas no espaço urbano. Portanto, o urbano em Moçambique pode ser compreendido, num primeiro momento, a partir da análise da paisagem a qual revelará desigualdades produzidas pela estrutura social que está por detrás da produção do espaço urbano (BAIA, 2009, p 6).

Diz-se que Maputo apresenta duas realidades urbanas distintas, a cidade de cimento e a cidade de caniço (FERNANDES; MENDES, 2007).

Coexistem num mesmo espaço duas cidades, temporal e tecnicamente distantes mas imbricadamente ligadas entre si e interdependentes ... a cidade de cimento é a cidade herdada dos poderes coloniais, uma cidade para aqueles que dominavam e onde assentava a estrutura administrativa do espaço. Como o nome indica, uma cidade edificada em materiais nobres, perenes e estruturada de acordo com o modelo ortogonal. No entanto, fruto do crescimento económico e da consequente demanda de mão-de-obra para o sector industrial e ferro-portuário que se instalava nas cidades moçambicanas, nascem nas franjas das urbes cidades improvisadas, de gentes provenientes do interior que trazem para as urbes modos de vida próprios e ancestrais que os incorporam no espaço urbano (FERNANDES; MENDES, 2007, p. 1-2).

Fernandes e Mendes (2007) concordam que são realidades imbricadamente ligadas entre si e interdependentes, mas essa visão dual que, frequentemente, aparece nas descrições da cidade de Maputo, como se fossem duas cidades em uma, é apenas uma metáfora para explicar a complexidade e as disparidades existentes em Maputo, que possui áreas de ocupação formal, relativamente bem dotadas de infraestruturas urbanas herdadas do período colonial e áreas de ocupação informal, improvisadas, com carências e exclusão social, construída com materiais alternativos, chamada cidade de caniço.

Esta tipificação urbana de Maputo, separando cidade de cimento e cidade de caniço é comum a outras cidades moçambicanas, como de resto também em todas as cidades coloniais da África sub-sahariana (ARAÚJO, 1999).

Fica claro que não são duas cidades, mas uma mesma cidade, construída sob um mesmo processo, que cria contrastes urbanos. Entretanto, essa visão dual "cidade de cimento/cidade de caniço" pode esconder o fato que essas duas realidades aparentes constituem-se uma só realidade, que uma forma se nutre da outra, que o formal e o informal se interpenetram, com frequente "cimentalização" nas áreas de caniço e informalidades nas áreas de cimento (VIANA 2012).

Verifica-se a coexistência de processos formais e informais de urbanização da capital moçambicana, os quais consubstanciam-se sintetizando regras e padrões quer da (ainda) designada "cidade de cimento", quer da dita "cidade de caniço" (VIANA, 2013, p. 4-5).

Baia (2011) diz que Maputo, durante o período colonial foi caracterizada pela oposição entre áreas de construções permanentes, a cidade branca, cidade de cimento, onde haviam atividades de comércio e serviços formais, integrados aos circuitos da economia internacional. Nestas áreas centrais, ainda que se pudessem distinguir áreas mais nobres que outras, a qualidade de vida era elevada, alta renda, boas casas, saneamento ambiental. No entorno das áreas centrais, habitavam portugueses que trabalhavam no setor terciário, os chineses no limite da cidade de cimento, já no contato com a cidade de caniço, viviam os indianos. Na periferia, a cidade negra, cidade de caniço era ocupada pelos negros que faziam serviços domésticos para os portugueses. As construções eram precárias mais de material relativamente duráveis (madeira e zinco). As vias tinham traçado irregular, sem planejamento, sem infraestrutura adequada a uma mínima qualidade de vida. Nas áreas mais distante, em densidades demográficas menores, habitavam os migrantes negros recém chegados, com habitações mais precárias ainda, de caniço e cobertura de zinco.

Durante a Guerra de Independência, iniciou-se o êxodo da maior parte da população colonial portuguesa, cerca de 190.000 pessoas, que esvaziou o centro de Maputo e produziu uma profunda mudança na composição étnica da população. Com a saída massiva da população de origem portuguesa, após o fim do regime colonial (1975), as propriedades abandonadas foram nacionalizadas e a cidade de cimento, que tinha sido uma "cidade branca" foi literalmente invadida por cidadãos nacionais moçambicanos, provenientes dos bairros periféricos e suburbanos, incentivados pelos discursos políticos inflamados da época *“os bens são para aqueles que o construíram”* (CASTELO, 2007).

Os moçambicanos “tomaram” a cidade e a maior parte da população colona regressou ao país de origem. Neste esse período a cidade crescia, com grandes levas de migrantes que fugiam da guerra de independência que se desenvolvia, principalmente, no interior do país. Depois, veio a guerra civil, mas o crescimento atual da cidade relaciona-se a falta de perspectivas da população nas zonas rurais e pequenas cidades, que vem para a capital em busca de trabalho e melhores condições de vida.

Com isto, crescem os bairros informais e as projeções demográficas projetam que a população de Maputo pode dobrar em 15 anos. Esse fenômeno está acontecendo em todo continente africano, num processo conhecido como urbanização da pobreza, que dá origem aos bairros informais. Nestas áreas, as infra-estruturas para assegurar o saneamento ambiental e a qualidade de vida são insuficientes, ou inexistem.

Araújo (2005) diz que muitos escritos e documentos oficiais apresentam Maputo com três realidades distintas do ponto de vista urbano, demográfico e social, classificando-as como urbana, suburbana e periurbana. A área urbana é aquela que sempre recebe investimentos em infraestruturas e não há lugar para a população pobre, a não ser para ir ao trabalho. O centro da cidade é composto por bairros organizados em planta ortogonal, avenidas e ruas amplas e largas, alguns edifícios altos, bairros de moradia e comércio especializado, serviços variados e saneamento ambiental.

A área suburbana é ocupada pela população pobre que trabalha no centro da cidade. Nesta área, não há plano de ordenamento, as infraestruturas urbanas são precárias e a rede viária é estabelecida com ruas estreitas e sinuosas. Na área periurbana, também caracterizada pela "cidade de caniço", a organização do tecido urbano é ainda mais caótica, porém com menor densidade demográfica e maior precariedade. Nestas áreas, que foram incorporadas aos limites da cidade por seu crescimento sobre a área rural próxima, a população ainda mantém hábitos e costumes da vida e produção rural. Há ainda a presença de casas tradicionais rurais (palhotas) (ARAÚJO, 2015).

Hoje, a segregação continua, não tanto entre brancos e negros e mestiços, mas entre pobres e ricos. A cidade de cimento e a cidade de caniço ainda existem. Partindo do centro para a periferia, a degradação da qualidade de vida aumenta. Mas, o urbano cresce sobre o suburbano, com novas construções de alto padrão e a expulsão da população mais pobre para bairros mais afastados do periurbano, para ceder espaço para a população de maior poder aquisitivo. Ainda, parte da população original que permanece constroem novas residências de bloco, tijolo e cimento, substituindo as casas de madeira, zinco e caniço. Desta forma o cimento substitui progressivamente o caniço (ARAÚJO, 2015).

O movimento pendular diário da população, de manhã das áreas suburbana e periurbana para a área central da cidade, por trabalho e comércio, e à noite de volta às áreas da periferia, faz com o trânsito seja caótico. O centro da cidade fica superpovoado, sendo que 47% dos passageiros que chegam de transportes coletivos vem para o trabalho, 29% para escola, 9% para negócios e os restantes 15% viajam por outros motivos. Se nas áreas centrais as principais vias são largas e adequadas para um bom escoamento do trânsito, com uma ou duas faixas de relagem em cada sentido, em direção a periferia as vias simples e são mais estreitas, sem pavimentação, de terra batida, com buracos. No período das chuvas, a situação fica mais difícil, pelas má drenagem, inundações, o que deixa a via quase intransitável (ARAÚJO, 2014).

O problema de mobilidade urbana é comum nas grande cidades africana, sem que o poder público consiga resolver, por isso o transporte particular, concessionado ou informal é adminitido. É notório que o transporte público urbano de Maputo é precário e gera descontentamentos por causa da baixa oferta, com poucos ônibus (autocarro, machimbombo).

Surgem estão o Chapa, transporte alternativo realizado em Vans com capacidade para tranpostar de 12 a 15 pessoas, mas pode transportar até 25, umas nos colos das outras, sempre com superlotação. A fiscalização das normas de segurança é precária, o que coloca os passageiros em risco. Chapa 100 foi a designação original, porque no princípio a tarifa praticada era de 100 meticais para qualquer trajeto.

Outro transporte auternativo é o My Love, transporte realizado em um pequeno caminhão, com carroceria aberta, em que as pessoas se espremem, se acotevelam e se abraçam enquanto seguem em direção ao trabalho, à escola ou à casa. A origem do nome está no risco imininte em que as pessoas estão sujeitas, que para não cairem para fora do veículo se agarram umas às outras, por isso my love (Figura 8).

Maposse (2016), realizou para o boletim informativo "Está na Hora" da Fundação MASC uma reportagem sobre o "My Love", que tomou por título "My love": intimidades violentadas". Seguem alguns relatos colhidos pelo reporter durante sua viagem neste meio de transporte muito comum em Moçambique.

"A minha interlocutora disse chamar-se Natércia e explicou que a situação dos chapas não estava fácil, principalmente para as mulheres, na medida em que estas, para além de serem apalpadas em locais sensíveis do seu corpo, tinham que se submeter a apertos complicados, por vezes, em posição mais complicada ainda".

Quando "apanho" o Chapa no João Mateus, sou apertada de uma forma que, se o meu marido visse, não havia de me deixar subir mais carro naquelas condições", explica-se Natércia, para quem aqueles amassos circunstanciais são humilhantes, na medida em que uma senhora acaba se sujeitando a apalpadelas, por vezes em locais sensíveis, por um desconhecido e sem prévia combinação.

"Eu vou à Patrice Lumumba (um dos bairros do município da Matola), mas tive que me vestir bem, pus ceroulas, porque no regresso para casa posso apanhar My Love", disse apontando um carro de caixa aberta, que transportava passageiros.

"Pegam-nos as mamas, a bunda e até partes muito mais íntimas, mas o nosso objectivo é chegar à casa. Se reclamas, dizem para alugar um táxi ou txopela, e nós acabamos nos calando, mas dói ser apalpada por um homem que não é das tuas relações" (MAPOSSE, 2016).

Os preços atuais dos Chapas e dos My love giram em torno de 10 meticais e há constantes ameaças de paralização dos serviços (greve) para que o governo autorize o aumento das tarifas para pelo menos 15 meticais<sup>3</sup>. O preço parece barato, mas muita gente não consegue pagar e, por isso, andam à pé longas distância para ir ao trabalho ou à escola. Outra possibilidade são as bicicletas para uso pessoal ou para o serviço de bicicleta taxi.

---

<sup>3</sup> 15 meticais (Mtz) = R\$ 0,69, em 26/04/2017.

**Figura 8: Maputo, transporte público auterativo My love**



Foto: Isabel Lourenço, 5/02/2017

Fonte: Jornal On Line Tornado (<http://www.jornaltornado.pt/visita-mocambique-my-love/>)

Na cidade de Maputo, como de resto em todo o Moçambique, os problemas de saneamento ambiental, principalmente relacionados ao abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, coleta e destino adequado de resíduos sólidos são um grande desafio da gestão pública.

Esta situação constitui, sem dúvida, impacta a saúde da população. Em diversas partes do centro da cidade há lixo nas ruas, com proliferação de moscas, baratas e outros parasitas, vetores de doenças. Há escasses de banheiros públicos e frequentemente se vê cenas de "fecalismo a céu aberto". Em Moçambique, 39% da população ainda pratica a fecalismo a céu aberto. Moçambique tem dificuldades para atingir as metas do ODM 7, de reduzir a proporção da população sem acesso permanente e sustentável à água potável e ao saneamento básico (UNICEF, 2014).

A falta de uma boa gestão dos resíduos sólidos, problemas de drenagem urbana, com frequentes inundações, serviços de saúde pública deficientes ou inexistentes torna a população mais vulnerável e propensa ao adoecimento.

#### 4 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NO CHAMANCULO "C"

A maioria dos bairros informais em Maputo surgiu durante a guerra de independência e durante a guerra civil que se seguiu, com uma migração de populações das zonas rurais para as zonas urbanas, sem precedentes na história do país. Com fim das guerras, essa pressão urbana continuou, com as pessoas que vinham para as cidades em busca de oportunidades de trabalho, acesso aos serviços de saúde e educação.

O bairro Chamanculo “C” que se originou sobre em uma área inundável, nas proximidades do centro da cidade de Maputo, formado inicialmente por pessoas originárias do sul do país que vinham em busca de trabalho. Posteriormente, recebeu novo aporte de pessoas retirantes da guerra da independência e da guerra civil. A ocupação foi sem planejamento, de forma desordenada, sem projeto urbano.

O acesso ao bairro é por becos e vielas sinuosas que dificultam a mobilidade urbana, pela impossibilidade de entrar veículos motorizados, com excessão de motocicletas. O objeto principal desta foto é mostrar com são muitas das vias de circulação do bairro Cnhamanculo “C”, mas observamos também as construções das habitações em tijoleira (Tijolo de cimento e areia) sem reboco. (Figura 9).

**Figura 9: Moçambique, ocupação irregular no Bairro Chamanculo ‘C’**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

O bairro é entrecortado por canais de drenagem que também servem para neles se lançar o esgoto sanitário das casas que o margeiam. Na quase totalidade dos domicílios o esgoto santário é lançado em fossas negras (Figura 10).



Nas cidades africanas, com também em outras partes do mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, as cidades crescem muito rapidamente, com populações assentadas em áreas de riscos ambientais, em moradias inadequadas, com pouca ou nenhuma ação do poder público para oferecer as infraestruturas e os serviços urbanos necessários para garantir mínimas condições de qualidade de vida. Assim é no Chamanculo C.

**Figura 10: Moçambique, canal de drenagem no bairro Chamanculo "C"**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

A população que formou o bairro Chamanculo C é de baixo poder aquisitivo, ocupando a área de forma desordenda, sem projeto urbananístico, com poucas ruas traçadas, formando verdadeiros cortiços com becos de terra batida, pouca infraestrutura urbana e saneamento ambiental precário.

Para compreender como vive a população e identificar os determinantes sociais do adoecer e morrer no Chamanculo C elaborou-se um diagnóstico de situação de saúde, que não consiste somente no perfil epidemiológico, mas em 5 componentes, a saber: o perfil do lugar, o perfil socioeconômico, o perfil epidemiológico, a agregação social e o estilo de vida e as políticas públicas locais, que devem fazer frente à realidade social de carências e precariedades da população.

Neste estudo sobre os problemas e necessidade de saúde e sobre a qualidade de vida da população do bairro Chamanculo C identificam-se necessidades humanas objetivas



(saúde, alimentação, moradia, etc.) e subjetivas (vínculos sociais com a família e amigos, assim com práticas políticas e sociais no território.).

#### **4.1 O perfil do lugar**

O conceito de lugar torna-se necessário para a análise das condições de saúde e seus determinantes socioculturais e ambientais. O lugar é marcado por uma construção história temporal, passado, presente e perspectivas do futuro, não só do indivíduo, mas também da população. Deste modo, torna-se necessário compreender o processo saúde-doença como um processo coletivo, que se estabelece por uma condição social, econômica e cultural da população, mas também das características do lugar em que se vive (MINAYO, 2002).

Espaço é o resultado das relações sociais que transforma a natureza pelo trabalho e território é o resultado do processo histórico de construção do lugar, a partir das relações do contexto da vida cotidiana (HARVEY, 1980, LEFEBVRE, 1992, RAFESTIN, 1993, SANTOS, 2004 e SAQUET, 2007, SANTOS, 2008).

O contexto da vida cotidiana dos indivíduos e da população no lugar da moradia e da vizinhança desempenha importante papel no processo de adoecimento e morte. A natureza informal dos aglomerados urbanos é, por si só, uma ameaça para o ambiente e para a qualidade de vida e, conseqüentemente, sobre saúde das populações, sob a ótica da determinação social da saúde (MONKEN; BARELOS 2005).

Levando em consideração que o lugar onde se vive tem maior influência sobre a saúde do que a própria biologia do corpo (KAWACHI; BERKMAN, 2003); no mesmo sentido do que Budin (1843) já dizia, “que o homem nasce vive e sofre e morre de maneira idêntica nas várias partes do mundo”, podemos entender a importância do lugar e dos contextos ambientais para a saúde, não só pelas condições físico-biológicas e climáticas, mas também pela posição social, econômica e cultural do indivíduo e das populações.

A boa qualidade da habitação é um dos aspectos considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a aferição dos níveis de qualidade de vida das populações humanas. As condições de moradia podem dizer muito sobre quem você é, numa abordagem que vai além da visão do corpo biológico. O que se busca é compreender o processo saúde-doença no contexto da vida (PROIETTI et al. 2008).

De acordo com publicação da OMS (WHO 1990), aspectos importantes para a qualidade de vida é a estrutura da habitação, o abastecimento de água em quantidade e

qualidade adequada; a disposição e o posterior manejo de resíduos sólidos, líquidos e excretas; a qualidade da área em que se localiza a habitação; o excesso de habitantes.

Tudo isso pode ser sugerir riscos de transmissão de doenças e acidentes, poluição, presença de vetores e ou hospedeiros de agente etiológico, que definem o nível de saúde da população.

Quando se fala de lugar onde se vive, tem-se que falar da moradia, a casa, mas também da vizinhança, do bairro; abrange o espaço urbano e o acesso integral aos serviços públicos como: transporte de qualidade, escolas, empregabilidade, melhoria na renda e acesso a saúde, etc. Assim devemos falar de habitabilidade, um conceito relacionado ao habitat, a habitação, que inclui aspectos do domicílio, mas também aspectos das condições ambientais do lugar onde se mora, tomando isso como um determinante da saúde (COHEN et al., 2007, GOMES, 2012).

Traçar o perfil do lugar, referido pela habitação e sua vizinhança visa o reconhecimento do papel do contexto da vida cotidiana sobre a saúde, compreender como o lugar pode influenciar na determinação social da morbidade e da mortalidade uma população.

Na vizinhança, as condições de saneamento ambiental são determinantes das condições de saúde da população. A relação entre abastecimento de água e esgotamento sanitário e a incidência de doenças infecciosas e parasitárias como diarreias e verminoses determinam indicadores de saúde relacionados com mortalidade infantil e a expectativa de vida da população.

#### **4.1.1 Habitação**

A constante busca das classes menos favorecidas pela conquista de espaço no meio urbano contribui para a consolidação dos bairros informais e irregulares como em Maputo. Embora o contexto dos grandes centros urbanos a população se estabelece sob a oferta de oportunidades de infraestrutura e qualidade de vida.

O acesso à moradia em Maputo foi sempre marcado pelas histórias de desigualdades sociais que vêm desde o período colonial e perdura até os dias atuais. O contexto é e sempre foi de exclusão, como ocorre nas favelas das grandes cidades de vários países do mundo. Na cidade de Maputo, os esforços do poder público e das elites sempre segue o sentido oposto, o que reafirma a exclusão imposta pela segregação socioespacial nas cidades moçambicanas.

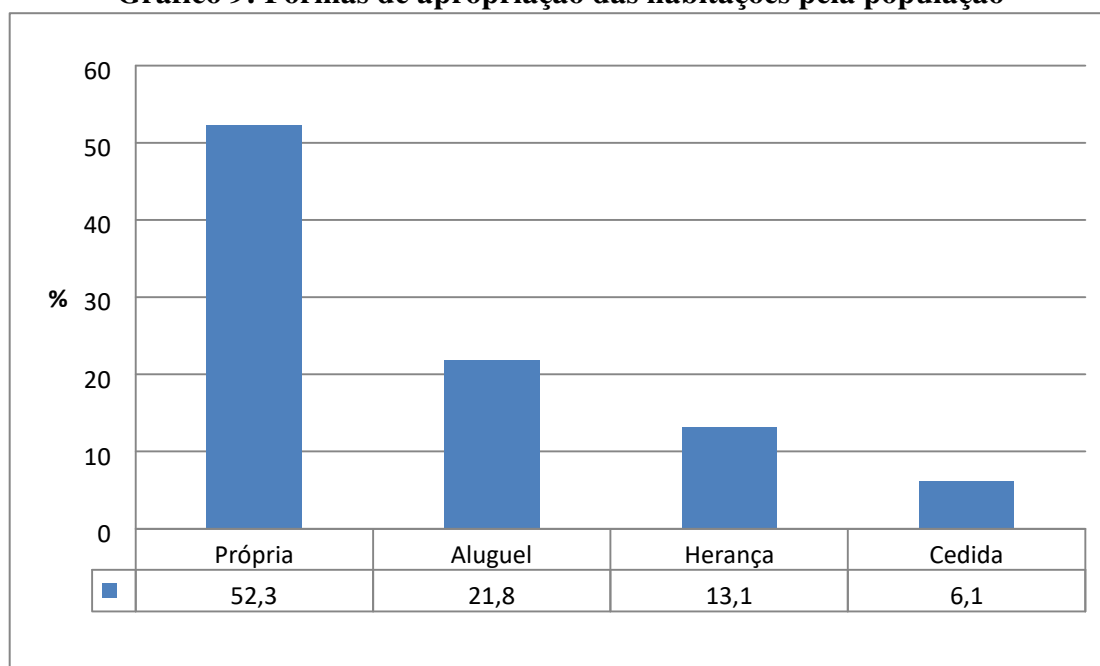
No bairro Chamanculo C, 70% das famílias moram em casas próprias, 13% moram em casas de aluguel, 12% residem em moradias fruto de herança, 4% habitam em casas cedida. Dos que moram em casa própria, somente 43% disseram que têm o título da propriedade, 32% não têm e 25% não sabem (Gráfico 9).

Na verdade, título de propriedade do terreno ninguém possui, porque em Moçambique o Estado que é o proprietário da terra, as famílias possuem é um documento de autorização para a construção da casa. Mais ainda, como é comum nos bairros informais de Maputo, no Chamanculo “C” a maioria das famílias não tem essa autorização para construir, apesar da Constituição de 1990 e a Lei de Terra de 1997 tenha oficializado o direito dos moradores continuar ocupando a terra, depois de um período maior que dez anos.

As habitações em uma área urbana passam por um contínuo processo de valorização monetária não só do lugar que vai recebendo aos poucos melhorias, mas também da própria casa que vai passando por ampliações. Como a maioria das famílias não possui o título de propriedade ou de posse, ocorrem dificuldades para a comercialização do imóvel.

As casas no Chamanculo “C” em geral são pequenas, mas abrigam um número muito grande de pessoas. As famílias são numerosas e, em alguns casos vivem até 28 pessoas em uma única habitação. A maioria dos entrevistados afirma que a casa tem 3 quartos (31,8%), mas quase sempre os quartos foram sendo construídos depois e, geralmente, fora do corpo da casa, como uma unidade isolada, porque a família cresceu (Tabela 6).

**Gráfico 9: Formas de apropriação das habitações pela população**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

**Tabela 6: Maputo - Chamanculo C, número de cômodos das habitações**

Quartos (%)		Salas (%)		Cozinhas (%)	
0	0	0	0,6	0	17,9
1	21,3	1	77,0	1	88,1
2	27,2	2	20,1	2	2,0
3	31,8	3	1,3	-	-
4	15,2	-	-	-	-
5	3,8	-	-	-	-
6	0,9	-	-	-	-
7	0,3	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Os filhos ficam adultos casam-se e têm seus próprios filhos. Então, constroem-se quartos ao redor da casa principal, formando um grupo familiar numeroso onde moram juntos pais, filhos, netos, etc. Como estes cômodos foram construídos sem planejamento e de forma precária, são abafados, geralmente apenas uma porta e nenhuma janela. Essa aglomeração de pessoas em moradias precárias, com muitas pessoas em um só cômodo, sem ventilação adequada, favorece à doenças transmissíveis como a tuberculose.

Quanto ao número de salas por habitação, a maioria afirmou ter uma única sala (70%), 20,1% possuem duas salas e 0,6% das residências não possuem nenhuma sala. O que chama a atenção é que 17,2% das moradias não possuem cozinha. É hábito cultural da população local preparar os alimentos na parte externa da casa (área do quintal), ainda que, em muitos casos, a casa possua cozinha, o que denota claramente uma situação maior de vulnerabilidade social dessas famílias (Figura 11).

**Figura 11: Chamanculo “C” - Maputo, preparo dos alimentos na parte externa da casa**



Foto: Joaquim Dalques Ramos, Jan 2014

O preparo antes do cozimento geralmente é feito no chão, sobre uma esteira ou um forro. O local do cozimento dos alimentos é em fogareiros ou fornalhas improvisadas. Geralmente, utilizam carvão ou lenha para o preparo dos alimentos. Fica claro que o lugar de preparo dos alimentos não é adequado. Isto associado à falta de água corrente (torneira e pia) potencializa as possibilidades de contaminação dos alimentos e a infecções com diarreias, cólera, amebíase e verminoses (Figura 12).

**Figura 12: Chamanculo “C” - Maputo, refeição em ambiente externo e descoberto**



Foto: Joaquim Dalques Ramos, Jan 2014

Com relação ao banheiro (casa de banho), 89,7% declararam que possuem um banheiro na casa e 9,9% disseram que possuem dois banheiros na casa, enquanto que 0,4%

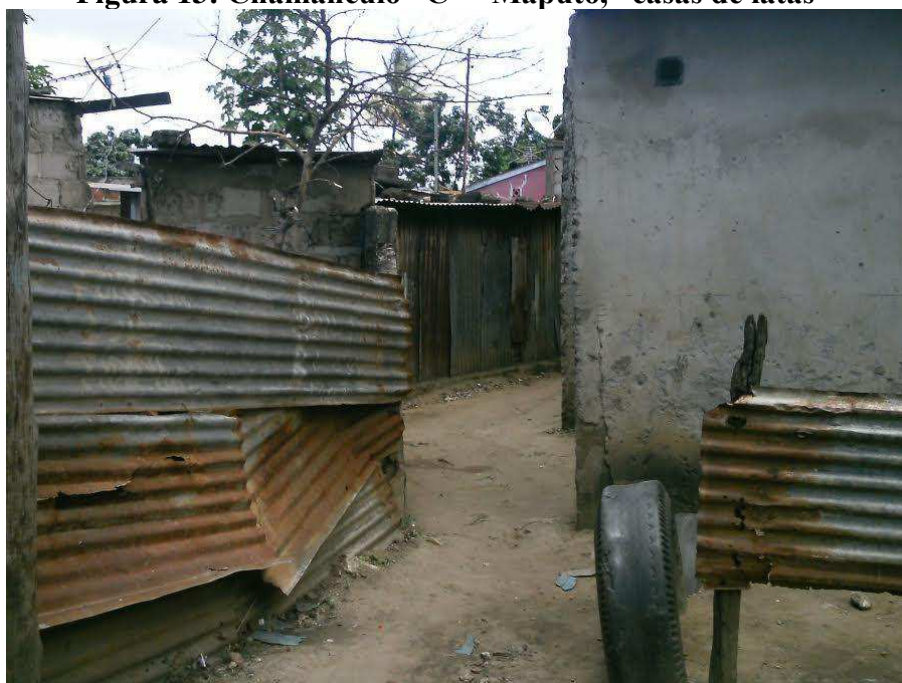
dos entrevistados disseram que na casa não há banheiro. A maioria das famílias (85,0%) que afirmaram que o banheiro fica fora do corpo da casa, no quintal e dentro das casa somente 14%. Metade do banheiros das casas são do tipo latrina, 25% são vasos sanitários e 25% são bloco sanitários, banheiros coletivos que atende a várias famílias (Tabela 7).

<b>Tabela 7: Chamanculo C - Maputo, casa de banho (quantidade, local e tipo)</b>					
Quantidade (%)		Local ( %)		Tipo (%)	
0	0,4	Fora da casa	85,0	Bloco Sanitário	25,0
1	89,7	Dentro da casa	14,0	Latrina	50,0
2	9,9	Outro lugar	1,0	Vaso sanitário	25,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

De acordo com o Banco Mundial (INE, 2010), 70% da população urbana em Moçambique vive ainda em localidades que têm “características de bairros da lata”, como crescimento denso e desregulado; falta de infraestrutura de serviços públicos, como água, saneamento e eletricidade; e as casas são construídas a partir de materiais precários, como papelão, zinco, entre outros. Essa situação se repete no Chamanculo C (Figura 13).

**Figura 13: Chamanculo “C” - Maputo, “casas de latas”**



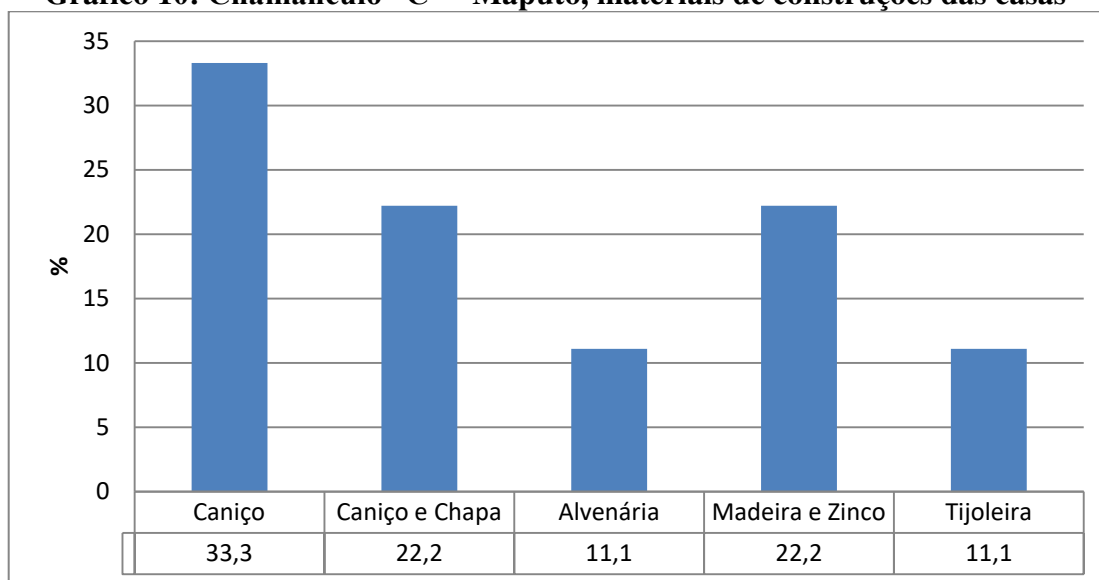
Fotos: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Com relação ao material predominante nas construções das casas, a maioria é construída com caniço<sup>4</sup>, chapa<sup>5</sup> e madeira (88%). As casas de alvenaria (22%), a maioria delas é feita de tijoleira<sup>6</sup>, quase sempre sem reboco e pintura. As casas construídas de caniço, chapa e madeira, também são denominadas de casas de lata.

Há também casas que são denominadas casas de palhota, muito características das áreas rurais e tem por maior característica o material utilizado para cobrir as casas que é de palha, uma espécie de capim, com paredes de pau-a-pique (Gráfico 10).

Observa-se que grande parte das mordias apresentam telhados danificados, o que no período das chuvas torna-se um problema de saúde. Nos quintais e nas ruas, por falta de rede de drenagem pluvial, também há retenção de água, o que promove a proliferação de mosquitos, principalmente de anófeles, vetores da malária.

**Gráfico 10: Chamanculo “C” - Maputo, materiais de construções das casas**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (201

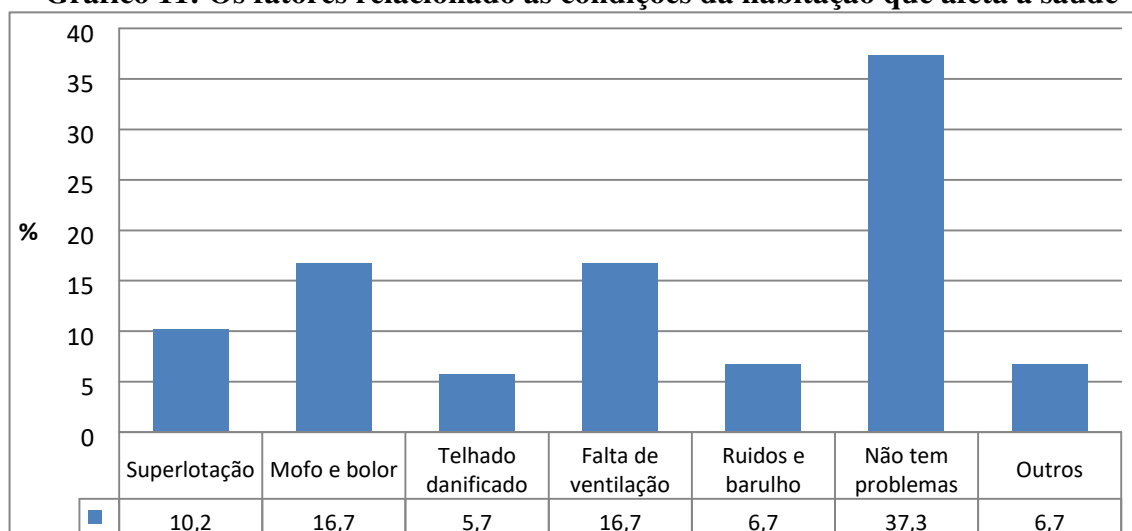
Sobre os aspectos da moradia que podem comprometer a saúde da família, 16,7% dos entrevistados disseram que mofo e bolor são problemas e outros 16,7% disseram que o problema é a falta de ventilação da casa, 10,2% disseram que é a superlotação, ou seja a casa é pequena demais para a quantidade de pessoas que nela habitam. Disseram que o que prejudica a saúde na moradia são ruídos e barulhos 6,7% e 5,7% disseram que é o telhado

<sup>4</sup> O material denominado caniço é uma espécie de empilhamento de bambus muito finos comumente usados para a construção de palhotas; <sup>5</sup> As chapas geralmente são de zinco ou outras latas. <sup>6</sup> Tijoleira é um tijolo de cimento.



danificado. Mais de um terço, 37,3% disseram que não há problemas de saúde que possam relacionar-se à moradia (Gráfico 11).

**Gráfico 11: Os fatores relacionado as condições da habitação que afeta a saúde**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Com relação ao grupo familiar, que normalmente é mais amplo que simplesmente pai, mãe e filhos, incorpora avós e netos, tios e sobrinhos, e ainda outros parente ou amigos que, vindo para a cidade em busca de trabalho se acomodam na mesma residência. Nestes casos, o tamanho do grupo familiar é um fator de maior vulnerabilidade social. No Chamanculo C 14,7% dos grupos familiares (49) são compostos por 7 indivíduos, e ainda, 20,3% dos grupos familiares (67) possuem mais de 10 indivíduos (Tabela 8).

**Tabela 8: Chamanculo C - Maputo, tamanho dos grupos familiares**

Número de Indivíduos	Grupos familiares	%
1	9	2,7
2	8	2,4
3	20	6,0
4	30	9,0
5	43	12,9
6	40	12,0
7	49	14,7
8	20	6,0
9	14	4,2
10	15	4,5
11	12	3,6
12	11	3,3
13	7	2,1
14	6	2,0
15	4	1,2
16	5	1,5



Número de Indivíduos	Grupos familiares	%
17	1	0,3
18	2	0,6
20	1	0,3
22	1	0,3
24	1	0,3
28	1	0,3

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

De modo geral, em Moçambique, há grupos familiares muito numerosos, o que certamente está relacionado com um estado de pobreza. O tamanho do grupo familiar está associado a alguns fatores como a desnutrição que tem um papel importante na morbilidade e mortalidade infantil.

O baixo poder aquisitivo impõem ao grupo familiar a ingestão de quantidade e qualidade insuficiente de alimentos de valor energético, proteicos e vitamínico. Esse cenário tem levado à população a um estado de fome crônica e aguda, principalmente nas crianças, aumentando ainda mais o risco de adoecimento da população.

Os fatores relacionados às condições precárias da habitação, com superlotação, falta de ventilação, telhado danificado, umidade excessiva podem estar associados a proliferação de fungos, causando mofo e bolor, além de estar associados também a vários tipos de doenças respiratórias como alergia, asma, tuberculose, afetando a saúde e o bem-estar da população.

Exatamente 80% dos grupos familiares possuem de 1 a 3 pessoas do sexo masculino, 84,6% possuem de 1 a 4 pessoas do sexo feminino e 85,5% dos grupos familiares possuem até 4 crianças. Situação mais crítica está nos 14,5% dos grupos familiares que possuem 5 ou mais crianças, o que pode ampliar a vulnerabilidade social (Tabela 9).

**Tabela 9: Chamanculo C - Maputo, composição do grupo familiar em (%)**

Homens	Grupos Familiares (%)	Mulheres	Grupos Familiares (%)	Crianças	Grupos Familiares (%)
0	2,4	0	2,4	0	12,7
1	26,8	1	25,6	1	21,8
2	34,8	2	25,0	2	23,1
3	18,6	3	20,0	3	16,9
4	8,6	4	13,4	4	11,0
5	4,4	5	5,9	5	5,5
6	1,2	6	2,4	6	4,5
7	1,8	7	1,5	7	1,3
8	0,6	8	0,6	8	1,6

Homens	Grupos Familiars (%)	Mulheres	Grupos Familiars (%)	Crianças	Grupos Familiars (%)
9	0,3	9	0,3	9	0,6
10	0,3	10	0,0	10	1,0
11	0,3	11	0,0	11	0,0
12	0,3	12	0,0	12	0,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

No bairro Chamanculo “C”, a maior parte da área foi aterrada porque a área era um pantano, mas aproximadamente um terço continua inundável. Sobre os terrenos onde foram construídas as habitações, cerca de 8% são inundadas periodicamente. Essa situação é muito comum em países pobres, em que a população desprivilegiada habita lugares de risco, várzeas sujeitas à inundação ou encostas sujeitas aos deslizamentos de terra.

Algumas casas têm terrenos que foram drenados para escoar a água da área de pantoano, outras foram totalmente cimentados, o que ameniza um pouco a situação. De toda sorte, toda a população está sujeita a proliferação de mosquitos, vetores de muitas doenças, principalmente malária. Portanto, a estrutura precária das habitações construídas em áreas inadequadas resultam em péssimas condições sanitárias e de higiene, o que certamente causam grande impacto sobre a saúde da população local.

Quanto ao tipo de abastecimentos de água, 96,8% é realizado por meio da rede de distribuição da FIPAG (Fundo de Investimento e Patrimônio do Abastecimento de Água), mas existem outras fontes que abastecem o bairro, 0,6% por meio de micro abastecimento comunitário (poços) e 2,6% outras formas, como água mineral compradas no comércio.

Quando questionamos aos entrevistados sobre como o abastecimento da água nas casas, porém, a informação de onde o grupo familiar obtém água para o consumo na moradia, 18,2% diz que recebe a água diretamente da rede da FIPAG, 64,5% busca água na casa do vizinho ou do ponto de abastecimento no bairro. Porém a obtenção de água dos três itens anteriores tem origem na estação de tratamento da Fipag. Os outros grupos familiares tem fonte de água, 9,10% utiliza água de furo (cisterna) e 9,10% compra água mineral no mercado. A rede de abastecimento público de água da FIPAG tem problemas de vazamento, o que significa prejuízo para a concessionária, mas também possibilidades de contaminação da água, a foto mostra a rua com uma rede de água apresentando vazamentos conforme a (Figura 14).

**Figura 14: Chamanculo “C” - Maputo, vazamentos na rede de água da FIPAG**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A maioria da população entrevistada afirmou que consome a água sem tratá-la. Embora a água seja tratada na estação de tratamento da cidade de Maputo, a rede apresenta vários vazamentos na tubulação no processo de distribuição, o que sugere a contaminação da água que são fornecidas às famílias.

Mesmo que haja o abastecimento de água fornecida pela rede geral da cidade, muitas as pessoas ainda devem ir até a uma fonte no meio do bairro para buscá-la e abastecer suas residências. No local, o controle e distribuição da água é realizado pelos próprios moradores. Para buscar a água, levam vasilhames. O acondicionamento da água nas casas é feita em tambores, quase sempre sem tampas, o que a expõe aos mosquitos, animais e a contaminação. Nas fotos abaixo, a primeira uma pessoa retirando água no ponto de abastecimento comunitário, que somente terá acesso a água após atravessar uma poça de água, na segunda um homem da comunidade tem o controle da torneira do ponto de abastecimento, conforme a (Figura 15).

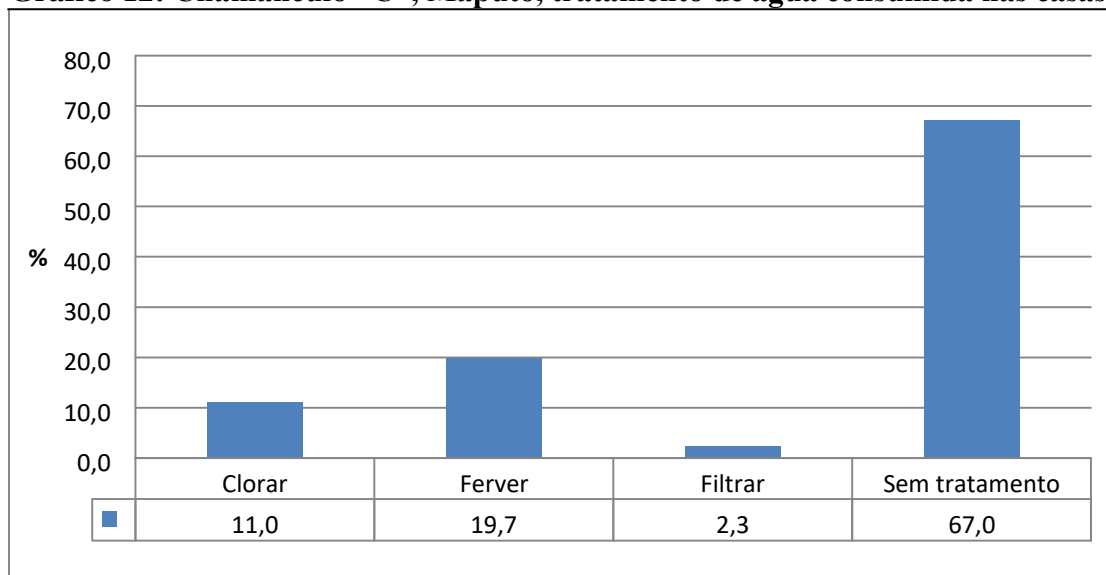
**Figura 15: Chamanculo “C” - Maputo, ponto de micro abastecimento de água**



Fotos: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Sabendo que a qualidade da água do abastecimento das casas é duvidosa, não somente por causa da possível contaminação por causa dos vazamentos na rede, mas também pelo acondicionamento da água nas próprias residências, em recipientes sem tapas, muitas vezes, apenas 30% das famílias utilizam métodos de tratamento da água destinada ao consumo doméstico, sendo que 19% ferve, 11% clora, 2,3% filtra, enquanto 67% das famílias não faz tratamento algum, o que pode estar relacionado com frequentes casos de diarreias e parasitoses na população do bairro (Gráfico 12).

**Gráfico 12: Chamanculo “C”, Maputo, tratamento de água consumida nas casas**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A dúvida sobre qualidade da água que abastece as moradias, os grupos familiares procuram dar algum tipos de tratamento, 11,0% clora, 19,7% ferve, 2,3% filtra, medidas

como essas poderá evitar maléficos à saúde, porém 67,0% consomem a água da forma que chega da fonte.

#### **4.1.2 Vizinhança**

No bairro Chamanculo “C” é nítida a precariedade do saneamento ambiental. Há problemas com o fornecimento de água para consumo humano, sistemas de drenagem urbana, esgotamento sanitário, coleta do lixo e reciclagem.

Percorrendo pelas ruas e vielas do bairro de Chamanculo “C” observamos que, após um período de chuvas, as ruas geralmente ficam alagadas, com águas pluviais misturadas com águas do esgoto sanitário doméstico. A situação, além de dificultar a circulação das pessoas, torna o ambiente propício à proliferação de moscas e mosquitos, e ainda ao risco ao adoecimento de transmissão de doenças diarreicas e parasitárias (Figura 16).

Como o bairro é uma área de risco para a transmissão da malária, cujo agente etiológico é o *Plasmódio* ovale, observa-se com frequência a presença da brigada para dar combate aos mosquitos do gênero *Anopheles*. O controle do vetor é realizado com o uso de inseticida que é aplicado nos domicílios (Figura 17).

A brigada somente pode aplicar o defensivo onde há um ou mais indivíduos doentes acometidos com a doença e mediante o consentimento dos responsáveis pelo grupo familiar. Esse procedimento é responsável por um grande número de pessoas intoxicadas em função do contato com o veneno nas residências.



**Figura 16: Chamanculo C - Maputo, águas pluviais e esgoto doméstico na rua**

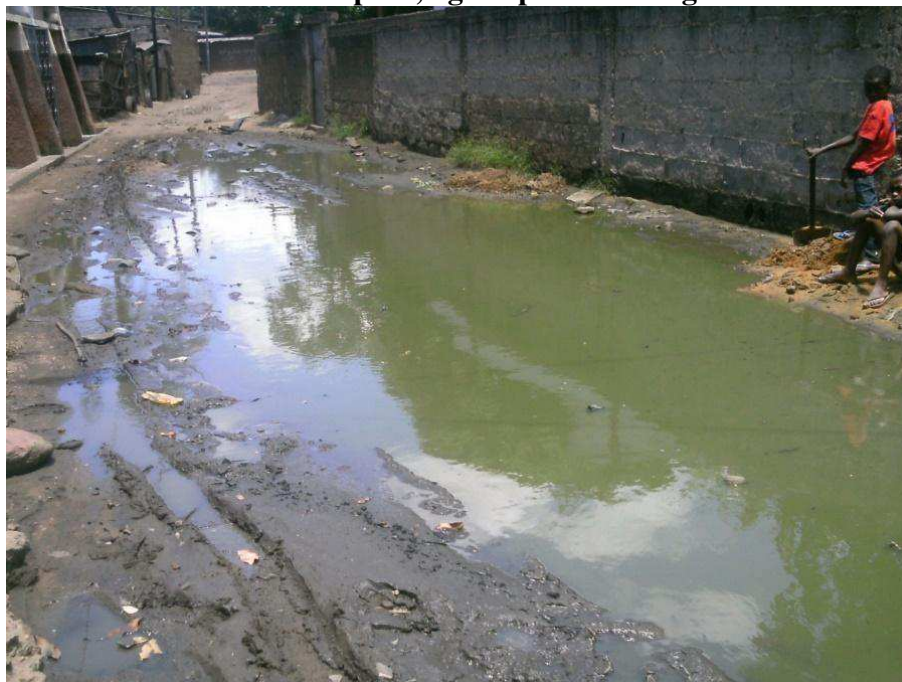


Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

**Figura 17: Chamanculo C - Maputo, brigada de combate ao vetor da malária**

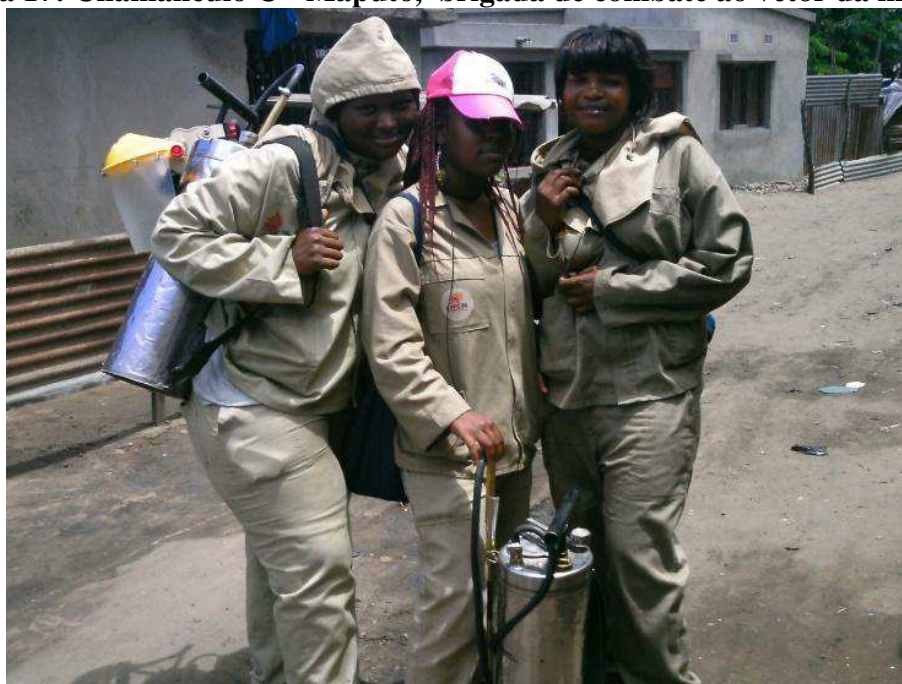


Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Além da proliferação do mosquito do gênero *Anófeles*, transmissor da malária que assola a comunidade local, é encontrado também criatórios de outros gêneros de mosquitos como o *Aedes*, transmissor da dengue; flebotomínios, transmissor de leishmaniose, *Culex*, transmissor da filariose e moscas domésticas, que podem contaminar os alimentos, o que agrava ainda mais a situação de saúde da população local. Desta forma, a falta de um bom

escoamento das águas residuais passa a expor a população a um grande malefício para a saúde.

A história do bairro Chamanculo “C” está associada a malária desde o princípio. O bairro Chamanculo “C” foi ocupado pelas pessoas de menor poder aquisitivo em uma área pantanosa da cidade. Posteriormente à ocupação desse território, as autoridades locais, objetivando melhorar as condições do ambiente local, executou o serviço de aterramento e drenagem do solo.

Em 2000, as enchentes que assolaram o Chamanculo “C” (fevereiro e março) foi realmente uma grande catástrofe. A situação da população e da estrutura social e sanitária do bairro já era de carências, em um bairro superlotado. Formado pela população refugiada da guerra civil, que durou 16 anos (1976-1992), o padrão das moradias era de casas de lata e caniço, ocupadas por grupos familiares com 6 a 10 pessoas, com apenas uma latrina podendo servir a 10 famílias (MUMEMO, 2008).

"depois das cheias, aquelas famílias iriam ter grande dificuldade em recuperar, pois tinham perdido tudo. Além disso, o espaço que ocupavam era insalubre, doentio e limitado. A recuperação desta população iria ser muito difícil" (MUMEMO 2008).

Nesta situação de calamidade pública, identificava-se que era preciso reduzir a superpopulação do bairro, transferindo parte da população para outra área, onde pudesse recomeçar a vida, reconstruindo as moradias num lugar mais seguro, mas haviam muitas resistências. Depois de muitos encontros e discussão, 1777 famílias (cerca de 10.000 pessoas) aceitaram sair do Chamanculo C, para construírem um novo bairro a cerca de 30 Km a norte de Maputo, no distrito de Marracuene, que foi denominado Quatro de Outubro, mais conhecido por Mumemo (MUMEMO 2008).

O Chamanculo “C” foi reconstruído, mas as carências e a vulnerabilidade social continuam. Por estar em uma área de difícil drenagem, todos os anos, na época das chuvas, as famílias passam por dificuldades, por causa das enchentes. Foi o que ocorreu novamente, de maneira calamitosa, em janeiro de 2017, Maputo foi atingida por forte chuvas que provocaram destruição em diversos bairros, principalmente nos bairros da periferia, como o Chamanculo “C”.

Algumas zonas dos bairros Chamanculo, Ferroviário e Polana Caniço ficaram alagadas, com as casas transformadas em reservatórios de água. Latrinas a transbordar e ruas intransitáveis é o cenário dramático que se vive no bairro Chamanculo C, na periferia da capital, onde moradores tentam a todo custo retirar água das suas residências. “Sentimo-nos mal. Estamos a tentar utilizar nossos

meios para nos socorrermos, estamos a usar panelas e baldinhos, mas não está fácil”, desabafa Marcelino Sambo, morador do Bairro Chamanculo “C”... Sem alternativas, algumas famílias viram-se obrigadas a colocar os seus pertences no tecto, enquanto tentavam escoar as águas (O PAÍS, 2017).

A coleta do lixo, continua sendo um problema, devido à falta de infraestrutura de muitas ruas ou vielas do bairro que não permitem a circulação de viaturas motorizadas. Nestes casos, o lixo é coletado por meio de txovas (carroça de tração humana). O lixo coletado pelos caminhões ou pelas txovas são levados a um contentor (caçamba) que permanece em local central no bairro. A população, também pode levar diretamente seu lixo para esse contentor (Figura 18).

O problema é que o lixo pode permanecer no contentor durante semanas e até meses antes de ser levado ao depósito de lixo da cidade (lixão a céu aberto). Essa situação possibilita a proliferação de ratos, mosquitos e moscas, além de visitas constantes de animais domésticos, principalmente cães e gatos, em busca de comida. Além do risco da transmissão de doenças, o lixo acumulado produz mal cheiro.

Catadores de materiais reciclados, também, reviram o material. O lixo acumulado extravasa ao contentor e se espalha pelo chão. Estes resíduos são manipulados por crianças e pessoas adultas com o objetivo de obter material de valor para reciclagem de alumínio, papel, garrafa pet e outros objetos de valor comercial. A presença de animais como cães, gatos, pássaros, roedores, entre outros, é constante. Esse procedimento de acumular resíduos nestes locais favorece a proliferação de mosca e mosquitos que assolam a população do lugar. O modelo de gestão dos resíduos sólidos domésticos nessas condições propicia a proliferação de doenças como verminoses, cólera e diarreias.

Torna-se esse ambiente uma fonte permanente de risco à saúde da comunidade. Além da falta de regularidade na recolha do lixo dos contentores, vê-se que há muito lixo espalhado pelas ruas. Com a chuva, esse lixo é carregado para os canais de drenagem, dificultando o escoamento da água e do esgoto doméstico que corre nestes canais, propiciando a ocorrência de inundações (Figura 19).



**Figura 18: Contentor com uma pessoa vasculhando o lixo domésticos.**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Sobre a coleta do lixo, 52,8% dos entrevistados disseram que o lixo das residências é coletado por caminhões do serviço de limpeza pública, 35,5% disseram que o lixo é coletado por txovas, nas vias, que de tão estreitas o caminhão do lixo não consegue passar. Sobre a reciclagem do lixo, somente 14,8% recicla e 86,2% da população não recicla o lixo; Dos que reciclam, 1,7% recicla matéria orgânica, 6,1% metais e vidros, 0,3% papel e papelão e 5,8% plástico (Gráfico 13).

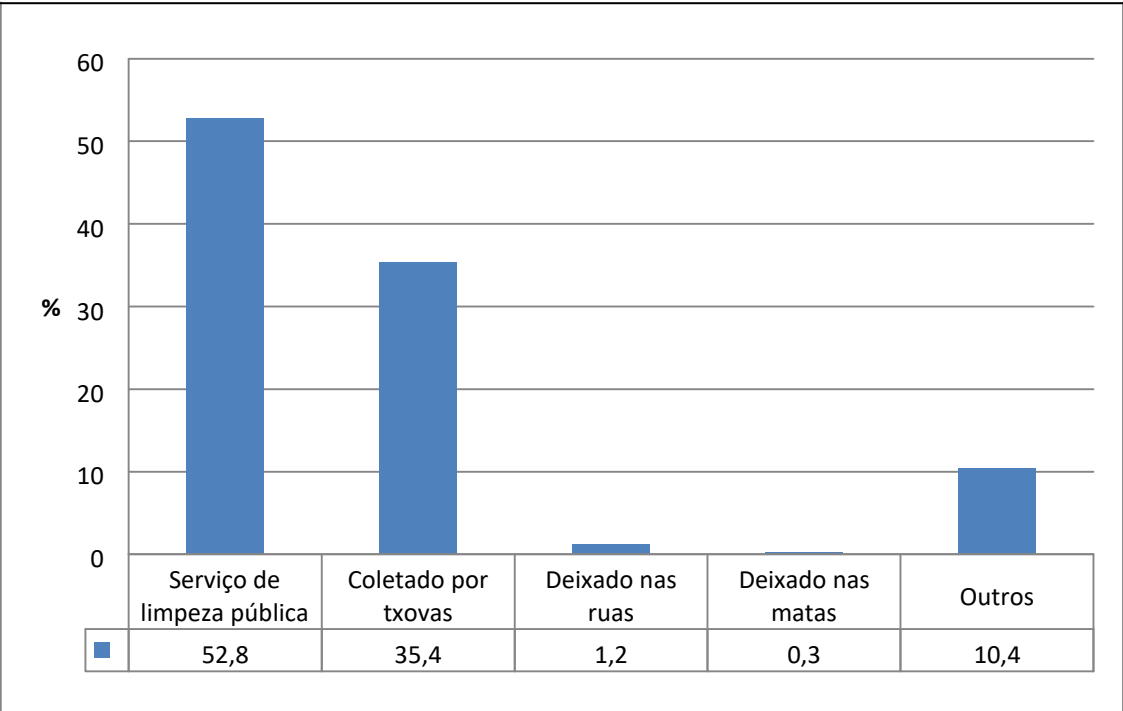
Sobre a frequência do recolhimento do lixo por semana, 26,6% uma vez por semana, 48,2% das famílias disseram que a coleta ocorre duas vezes por semana, 3,8% três vezes por semana, 11,7% todos os dias, 9,6% afirmaram que o lixo não é recolhido (Gráfico 14).

**Figura 19: Chamanculo “C” - Maputo, drenagem de água pluvial com acúmulo de lixo**

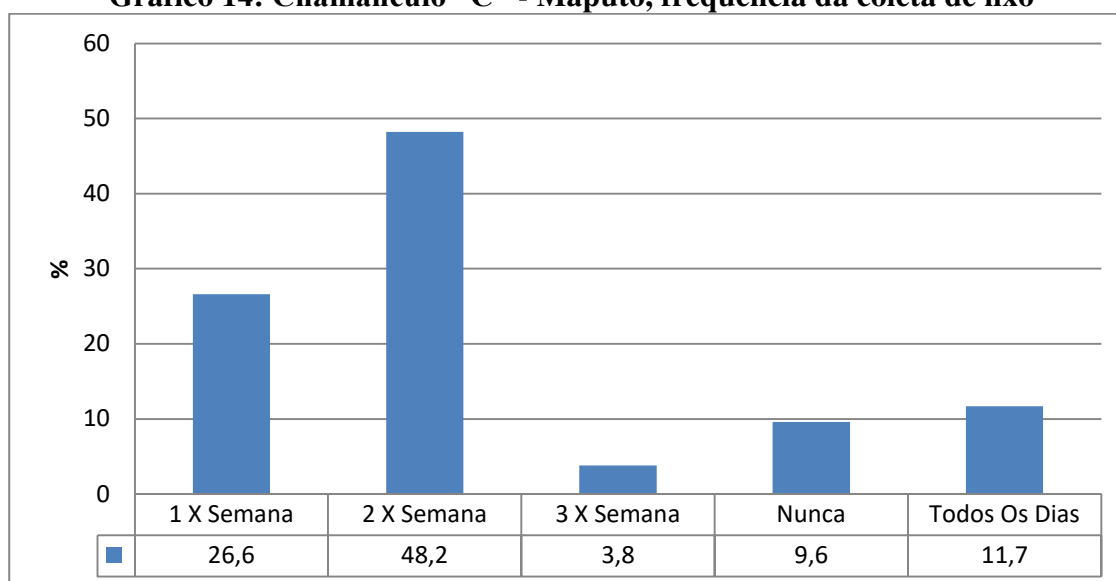


Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

**Gráfico 13: Chamanculo “C” - Maputo, coleta do lixo domiciliar**



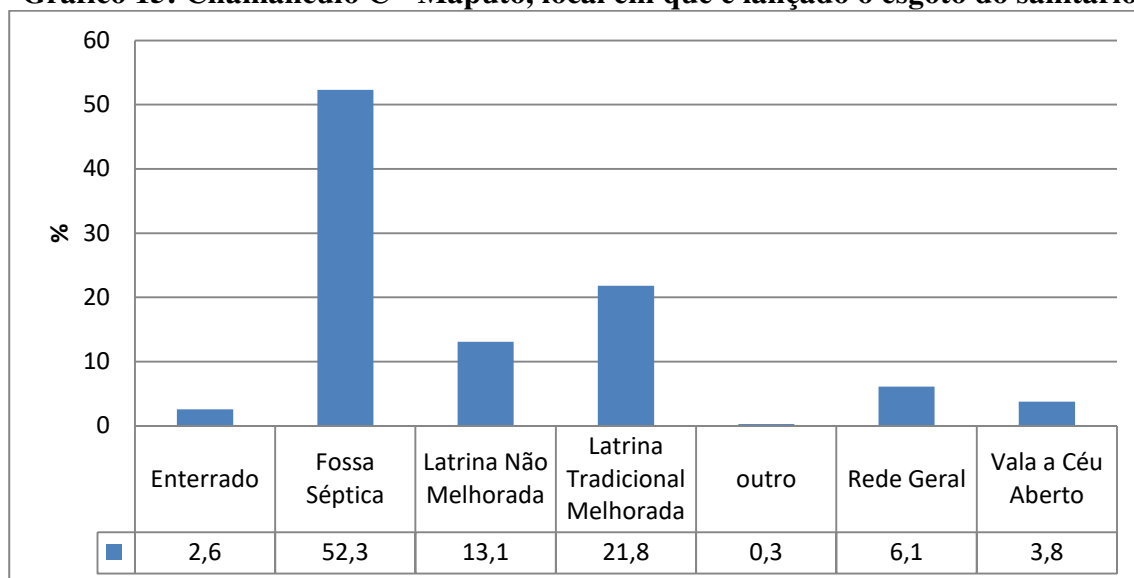
Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

**Gráfico 14: Chamanculo “C” - Maputo, frequência da coleta de lixo**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

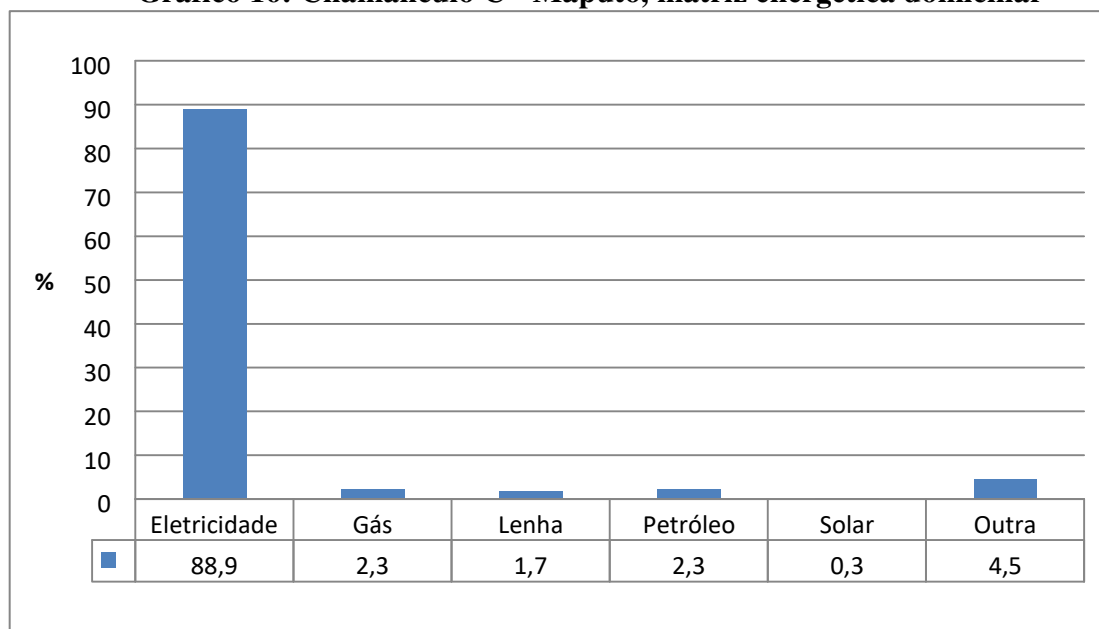
A reciclagem, nos dias atuais torna-se uma necessidade, para reduzir o volume dos resíduos que são levados aos aterros sanitários e aos lixões, além de tornar-se uma fonte de renda para família em situação de vulnerabilidade social. Sobretudo, a reciclagem minimizaria os impactos ambientais e, conseqüentemente, melhoraria as condições da saúde da população local. Ampliar a reciclagem do lixo no Chamanculo “C” pode ser uma solução ambiental por dar destino adequado aos resíduos, evitando assim o crescimento do lixão a céu aberto e, ainda, seria uma possibilidade de geração de renda para as família. Para isso, seria interessante que o poder público e as organizações sociais ajudassem a organizar uma cooperativa de recicladores.

Quando perguntados, se sabem para onde vai o esgoto sanitário doméstico, 52,3% das famílias afirmaram que o esgoto residencial é lançado em fossas sépticas, 34,9% declararam que o esgoto doméstico lançado em latrinas, 6,1% é escoado na rede geral, 3,8% é lançado em vala à céu aberto e 2,6% enterrado (Gráfico 15).

**Gráfico 15: Chamanculo C - Maputo, local em que é lançado o esgoto do sanitário**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Na matriz energética domiciliar utilizada pela população do bairro Chamanculo “C”, a energia elétrica é a fonte mais importante, principalmente para iluminação (88,9%), embora a maioria dos domicílios é ligada a rede de energia por ligações clandestinas. Outras fontes de energia são o gás (2,3%), petróleo (2,3%), lenha (1,7%) e solar (0,3%) (Gráfico 16).

**Gráfico 16: Chamanculo C - Maputo, matriz energética domiciliar**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

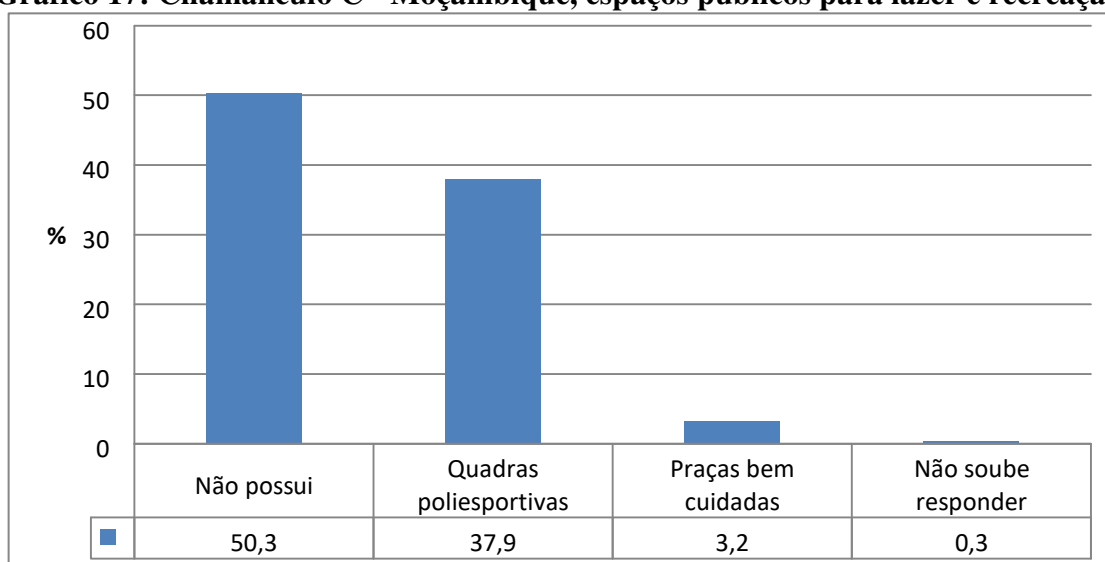
Das famílias que não possuem energia elétrica (11,1%), 3,4% iluminam a casa com candeeiro a querosene, 3,4% com lampião à gás e 3,3% utilizam velas para a iluminação.

Para o cozer os alimentos as famílias utilizam principalmente carvão (72,4%), carvão e lenha (6,4%), carvão e gás (3,4%) e somente 3,4% das famílias utilizam somente gás para cozer os alimentos.

Questionamos também sobre as áreas de lazer disponíveis à população. Mais da metade das famílias (50,3%) afirmou que o bairro não possui espaços públicos para lazer e recreação; 37,9% disseram ter quadras poliesportivas; 3,2% citaram como lazer praças bem cuidadas; e 0,3% não souberam responder (Gráfico 17).

A ausência de espaços públicos para o lazer, recreação e esporte no bairro é lamentável, tendo em vista que permitiriam a realização de atividades físicas e redução do sedentarismo, possibilitariam melhoria na convivência dos membros da comunidade e o fortalecimento do capital social, o que tornaria o território mais saudável.

**Gráfico 17: Chamanculo C - Moçambique, espaços públicos para lazer e recreação**

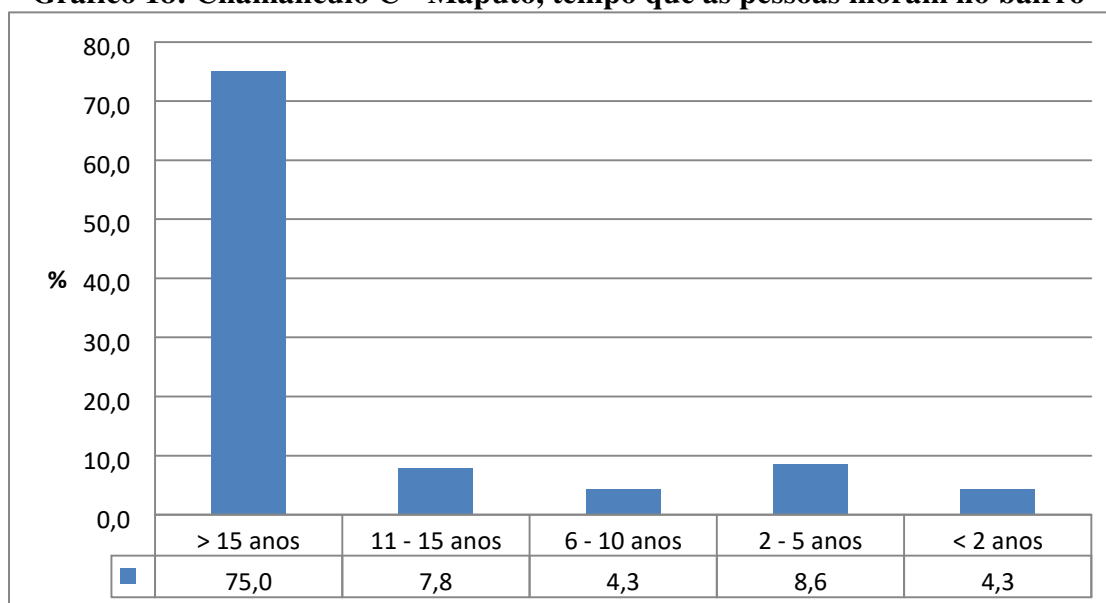


Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A segurança pública também é um grande problema no Chamanculo “C”, principalmente por causa da insuficiência de iluminação nos logradouros públicos. Isso foi confirmado por 74,0% das famílias entrevistadas, que afirmaram que a iluminação pública do bairro é suficiente. Quando questionadas sobre a segurança das pessoas em circular no bairro no período do dia ou da noite, mais da metade das famílias entrevistadas (53%) disseram não sentirem segurança ao circular nas ruas durante o dia ou à noite, enquanto que 47% declararam-se seguras para ir e vir a qualquer hora do dia e da noite. Quanto ao tempo de moradia no bairro, 75,0% das famílias disseram que moram no Chamanculo “C” há mais

de 15 anos, 7,8% residem no bairro entre 11 e 15 anos, 4,3% moram lá de 6 a 10 anos, 8,6% moram entre 2 e 5 anos; e 4,3% moram a menos de 2 ano no bairro (Gráfico 18).

**Gráfico 18: Chamanculo C - Maputo, tempo que as pessoas moram no bairro**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quanto maior o tempo de permanência no bairro, maior é o sentimento de pertença, o que fortalece os laços da agregação social, aumenta a participação nas instituições que objetivam a defesa de interesse comuns, como associação de bairro, sindicatos e outras agremiações que melhorias das condições de vida no lugar, aumenta a solidariedade e melhora a formação do capital social.

## 4.2 O perfil socioeconômico

Moçambique passa por um momento de grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, em especial nas últimas décadas com significativas repercussões sobre as condições na qualidade de vida da população e com consequências em sua situação de saúde. A situação parece estar em movimento crescente para uma maior desigualdade, ainda que haja crescimento econômico no país.

As oportunidades de emprego diminuem, principalmente para uma população com baixa escolaridade que não consegue se inserir nesta nova fase do capitalismo informacional e tecnológico. Por isso, a maioria do trabalho que sustenta as famílias é informal. Em função

disso, é necessário que o governo fortemente estabeleça políticas públicas de geração de empregos formais e renda.

A oferta de microcrédito com juros subsidiados, para melhoria da habitação e para a abertura de pequenas empresas e pequenos negócios, poderia ser uma iniciativa que daria resultados imediatos, reduzindo significativamente as desigualdades econômicas e consequentemente o estado de pobreza de uma boa parcela da população.

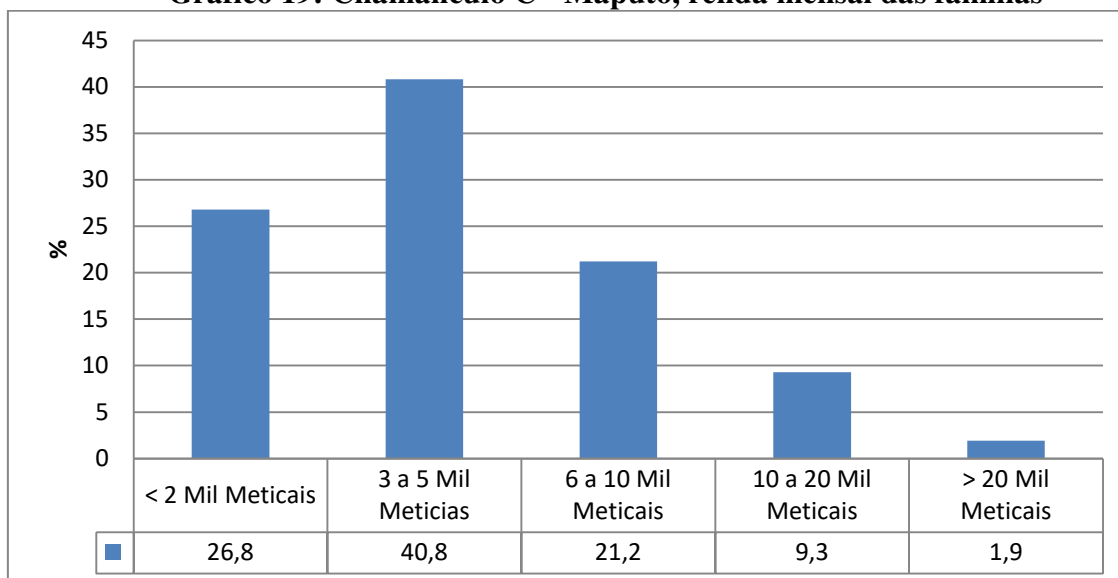
O Chamanculo C é um bairro com muitas carências e vulnerabilidades, que possui uma população igualmente vulnerabilidade, principalmente pelas condições materiais que dispõe para a sustentação da vida, que pode ser avaliado, primeiramente pela renda familiar. Sobre a distribuição de renda mensal das famílias, 26,8% declararam uma renda familiar menor que 2 mil meticais<sup>5</sup>, 40,8% declararam 3 a 5 mil meticais, 21,2% afirmaram uma entre 6 a 10 mil meticais, 9,3% das famílias vivem com renda entre 10 e 20 meticais e somente 1,9% das famílias ganham e 20 mil meticais por mês (Gráfico 19).

As famílias são compostas por um grande número de indivíduos. Em média, a maioria das famílias possuem de oito a dez membros, sobrevivendo com uma renda per capita é muito baixa. Sobre o número de pessoas que participam da renda familiar, 36,3% apenas uma pessoa tem rendimentos econômicos, em 38,4% das famílias há duas pessoas que contribuem para a renda familiar, em 15,7% são três pessoas; em 5,5% são quatro pessoas; e em 4,1% há cinco pessoas que contribuem para a renda familiar (Gráfico 20).

Pelo tamanho das famílias e o número de pessoas que compõem a renda familiar é relativamente pequena, a situação econômica é de grande carência. Além disso, nas famílias há um grande número de crianças, menores de quatorze anos, o que agrava ainda mais a situação. A maioria não trabalha por falta de oferta de emprego ou então sobrevivem realizando pequenos serviços de caráter informal.

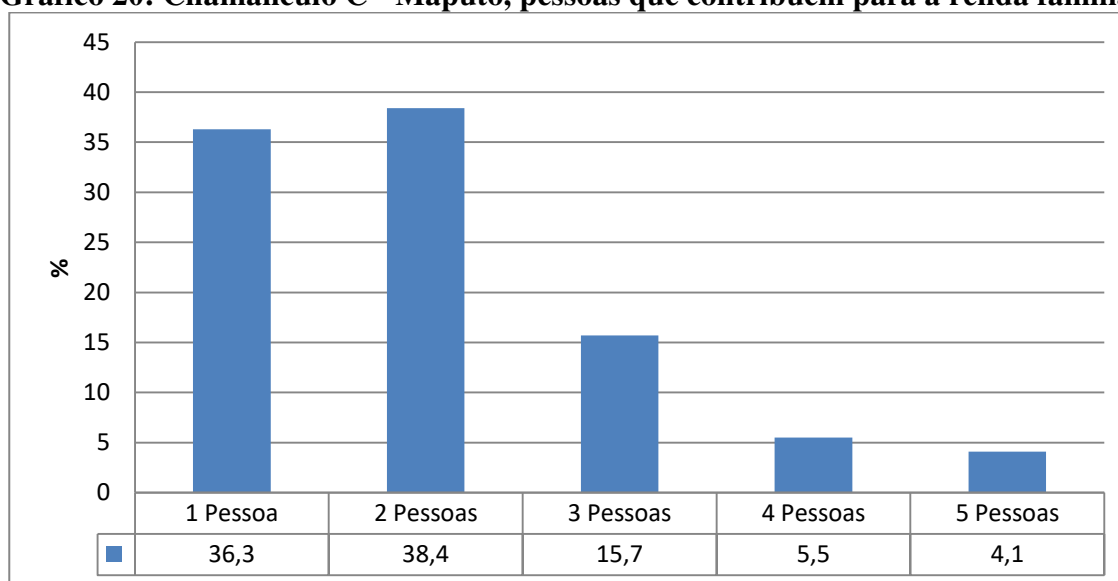
---

<sup>5</sup> O Metical Moçambicano é a moeda de Moçambique. 1 MZN = 0,0165703 USD, em 19/05/2017

**Gráfico 19: Chamanculo C - Maputo, renda mensal das famílias**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

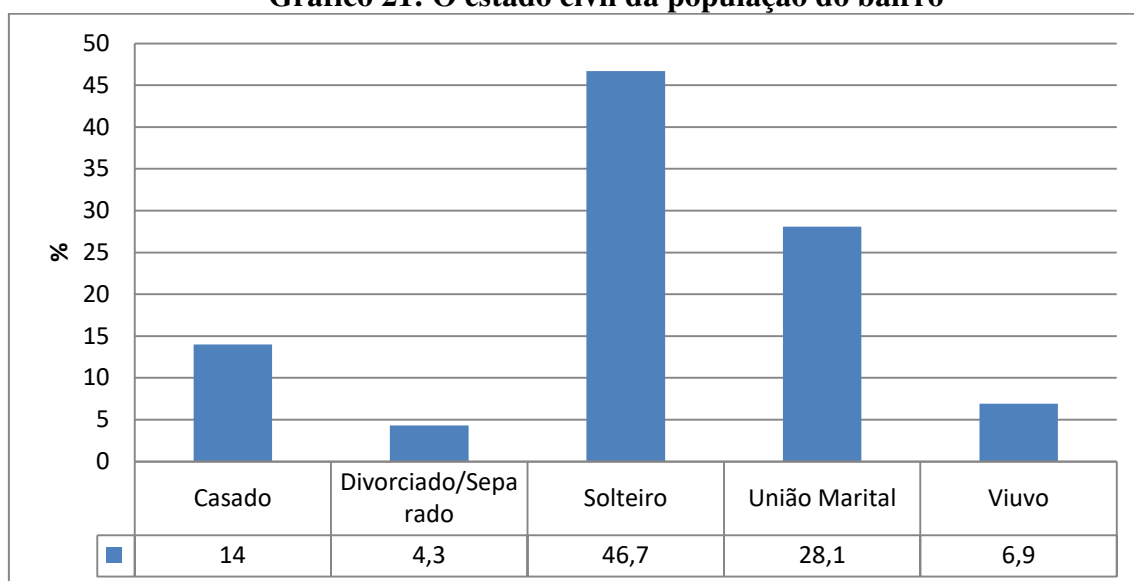
Quanto maior o for número de pessoas que contribuem com a renda do grupo familiar melhor poderá a renda percapta.

**Gráfico 20: Chamanculo C - Maputo, pessoas que contribuem para a renda familiar**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Como o Chamanculo C foi formado por pessoas retirantes da guerra ou de pessoas que vieram para a capital do país em busca de emprego, a grande maioria das famílias é formadas por pessoas solteiras ou estão união marital não formalizada. No bairro, 46,7% da população é de solteiros, 28,1% declara estar em união marital, 14,0% são casados, 6,9% são viúvos e 4,3% divorciados ou separados (Gráfico 21).



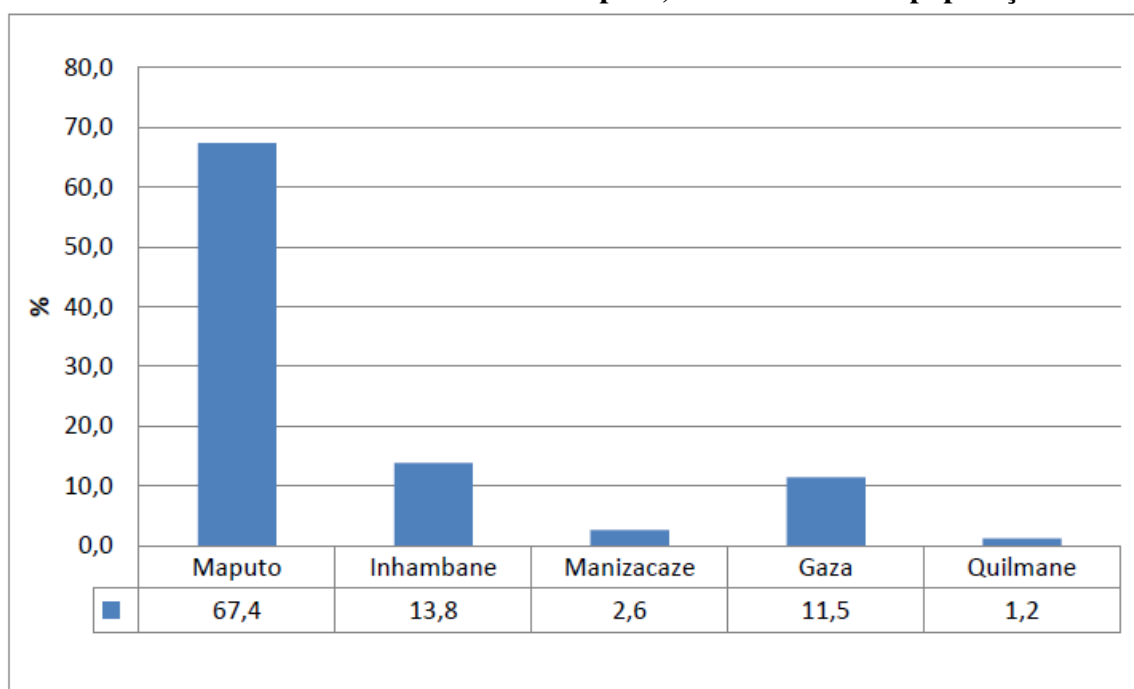
**Gráfico 21: O estado civil da população do bairro**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A nacionalidade da população do bairro é tipicamente moçambicana com uma representação de 99% de pessoas nacionais e 1% de estrangeiros, provavelmente vindo de países ainda mais pobres da região, acentuando a desagregação das famílias do lugar.

A diversidade de naturalidades da população do lugar promove grande diversidade cultural, de hábitos e costumes. A maior parte da população é original de Maputo mesmo (67,4%). De Inhambane vieram 13,8%, de Maniacaze 2,6%, de Gaza 2,3%, de Quilmane 1,2%, de Xaxai 0,9%, vieram de outras localidades 11,8% (Gráfico 22).

Sobre as raças que compõem a população do Chamanculo “C”, a grande maioria são negros (97,4%), oriundos de varias grupos étnicos, seguidos dos mestiços (2,0%) formados pelo processo de miscigenação entre portugueses e negros e de brancos (0,6%) provenientes de populações europeias, geralmente descendentes de portugueses.

**Gráfico 22: Chamanculo C - Maputo, Naturalidade da população**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

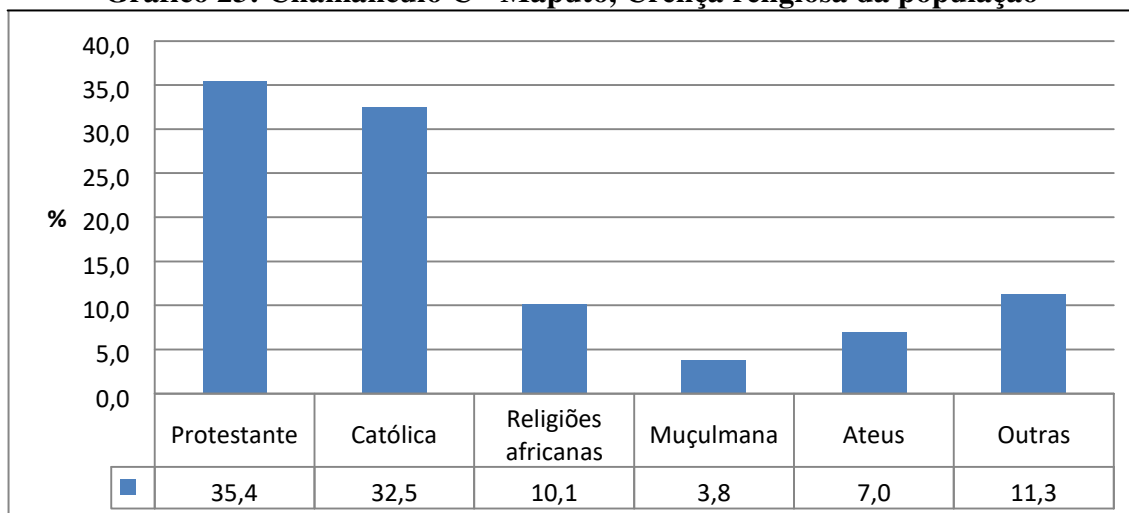
**Tabela 10: Chamanculo C - Maputo, etnias da população**

Raças	%
Negros, grupos étnicos Africanos	97,4
Mestiços, processo de miscigenação	2,0
Branco, europeus, maioria Portuguesa	0,6

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Na crença religiosa da população local, protestantes (35,4%) e católicos (32,0%) predominam no Chamanculo C. Professam religiões tradicionais africanas (10,1%), 3,8% são de religiões muçulmanas, 11,3% professam outras religiões e 7,0% se dizem ateus (Gráfico 23).

A comunidade também possui forte diversificação de grupos étnicos. Em todo o país há quinze grupos étnicos e nove deles estão representados no Chamanculo C. Além da diversidade étnica, com hábitos culturais característicos de cada grupo, a população fala a língua portuguesa permeada de expressões típicas das línguas moçambicanas dos grupos étnicos. Se por um lado, essa diversidade cultural e de línguas apresentam uma riqueza pelas as diferenças, em contrapartida dificulta a formação do capital social na defesa dos interesses comuns do bairro. Essa diversificação torna uma população rica em cultura, mas sem identidade de línguas e hábitos que refletem na sociedade e na organização de políticas públicas.

**Gráfico 23: Chamanculo C - Maputo, Crença religiosa da população**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Na especificação dos grupos étnicos, a dominância fica por conta dos Bitongas, representados por 47,4%, seguidos de 21,1% de Matsua, 17,6% de Manhambane, 8,8% e Matsua, Mabitonga, Maconde e mista apresentam 1,8%, respectivamente (Tabela 11).

**Tabela 11: Formação dos grupos étnicos existentes no bairro**

Étnia	%
Maronga	31,8
Machopes	25,8
Machangana	20,9
Macua	1,7
Machuabos	1,4
Macena	1,1
Mandaus	0,3
Outras	16,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A língua predominantemente falada no Chamanculo C é o português (70,5%). A segunda língua mais falada nas famílias é a moçambicana (28,4%), falam machangana 0,3% e falam português e língua moçambicana simultaneamente 0,9%. Embora, as línguas faladas no Chamanculo C não diferem do restante de Moçambique, com línguas moçambicanas permeadas pela língua portuguesa, isso que pode ser considerado riqueza cultural, não favorece um ambiente de construção de identidade social e integração territorial.

A população do Chamanculo C apresenta baixo grau de escolaridade: 7,0% nunca estudou; 24,1% cursou do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental; 18,3% cursou do

sexto ao sétimo ano; 22,1% conclui o ensino fundamental II; 22,1% terminou o ensino médio; 4,1% cursou o ensino técnico; 1,7% obteve licenciatura e 0,6% o bacharelado.

Cerca de 20% das crianças em idade escolar não estão na escola. Considera-se ainda que os que estão na escola pouco aprendem por causa da baixa qualidade do ensino relacionada à falta de infraestrutura, mobiliários danificados, salas formadas por turmas numerosas (60 alunos/sala). Relatos da população dão conta de que de 10 a 20% dos alunos não conseguem assentos para assistir as aulas.

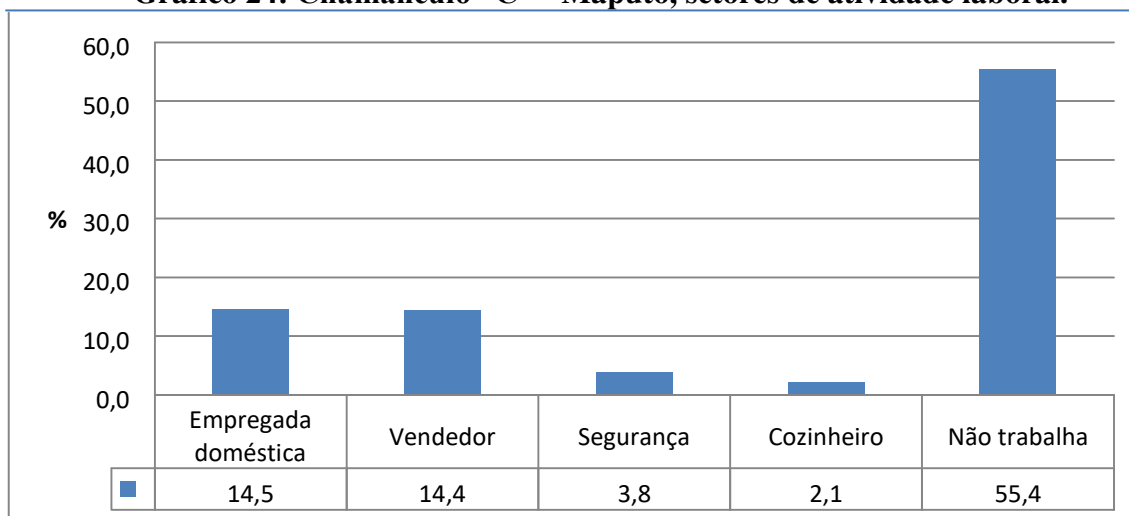
Sobre o letramento, 87,6% da população sabe ler e escrever, 6,6% não sabe ler e nem escrever; 2,0% não sabem escrever; e 3,2% não sabem ler, sendo os últimos dois grupos considerados semianalfabetos. Esta situação é melhor do que a média do país que chega a ter até 60% de analfabetos, em algumas regiões.

Pouco mais de 2% da população tem acesso ao ensino superior. De certa forma, o nível de escolaridade reflete na possibilidade acesso ao mercado de trabalho e maiores ganhos salariais. Isso é significativo tendo em vista que a maioria das famílias vive com menos de 2 US\$/dia.

Com relação à ocupação da força de trabalho, considerando a população economicamente ativa, a ocupação laboral que ocupa maior destaque é o de empregada doméstica (14,5%), de baixíssima remuneração, como de resto acontece com as ocupações relacionadas ao sexo feminino. Outra ocupação importante é a de vendedor (14,4%). A ocupação de segurança perfaz 3,8%, cozinheiros 2,1%. Um dado que merece ser mencionado é que somente 3,8% estudam, fazem pequenos serviços remunerados de diversas naturezas (9,8%), e os que não trabalham são a maioria (55,4%).

Trabalham por conta própria 26,3%, geralmente em bancas ou barracas em suas próprias residências, 8,4% trabalham na administração pública; 6,3% trabalha por conta própria com empregados, geralmente em oficina mecânica, conserto de móveis, serralheria e outros serviços; 0,3% trabalham em organismos internacionais; 18,4% estão empregados no setor privado formal.

Percebe-se que o desemprego é muito grande e que a economia privada é pouco relevante e apresenta baixo poder de empregabilidade. Geralmente os que trabalham nesse setor são terceirizados, em serviço de limpeza e segurança.

**Gráfico 24: Chamanculo “C” - Maputo, setores de atividade laboral.**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A criação de animais nas residências é um meio de complementar a base proteica para a alimentação da família. Parte desses animais, também, pode ser comercializados. Entretanto, a maioria (73,1%) não cria animais domésticos para consumo. Os que criam animais domésticos para o consumo, criam patos (8,9%), galinhas (8,1%), patos e galinhas (2,3%), porco (1,0%), porco e galinha (0,9%) e outros animais (15,8%) (Tabela 12).

**Tabela 12: Chamanculo “C” - Maputo, criação de animais para consumo**

Criação	%
Não criam animais	73,1
Pato	8,9
Galinha	8,1
Pato e galinha	2,3
Porco	1,0
Porco e galinha	0,6
Outros	15,8

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

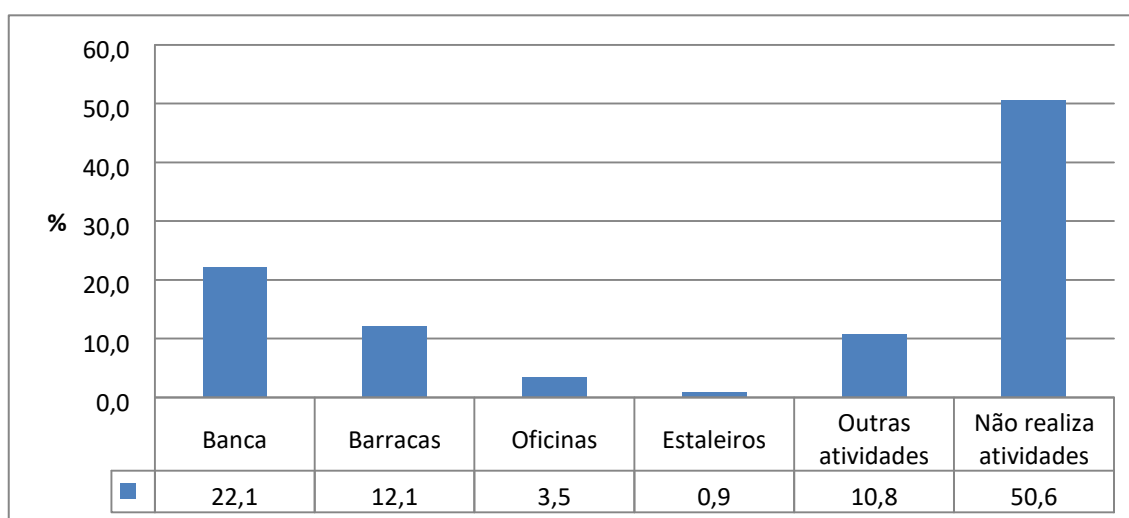
Embora criar os animais para consumo nas residências reforce a alimentação da população local, isto representa uma situação epidemiológica de risco para a transmissão de doenças, agravada ainda mais pela criação de animais domésticos de estimação (cães, gatos), sem as condições sanitárias adequadas.

Quase metade das famílias realizam alguma atividade produtiva que gera renda na própria moradia (49,4%). Trabalham em bancas (22,1%), barracas (12,1%), em oficinas (3,5%), em estaleiros (0,9%) e 10,8% fazem outras atividades (Gráfico 25).

Em bancas e barracas são comercializados produtos diversos. As bancas são simplesmente um plano ou papelão estendido no chão, no qual os produtos são expostos. As barracas são pontos de comércio com alguma estrutura para exposição dos produtos. As oficinas são para consertos de automóveis ou serralheria. Os estaleiros são para reforma e construção de móveis (Figura 20).

É preciso ressaltar que essas atividades econômicas agregam trabalho e renda, entretanto, nas bancas e barracas que comercializam alimentos, folhas de batata, de mandioca de abóbora e outros itens como carvão vegetal, sumos, óleo vegetal, frutas e legumes, as condições higiênicas e sanitárias são precárias, colocando em risco a saúde dos compradores.

**Gráfico 25: Chamanculo “C” - Maputo, atividades de comércio no domicílio**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

**Figura 20: Chamanculo C - Maputo, banca de comércio**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Quanto aos meios de transporte usados pela população para ir ao trabalho, 66,7% se transporta em "chapa", que é um tipo de transporte coletivo de passageiros concessionado, geralmente com superlotação, baixa condição de segurança e conforto (Figura 21). Se deslocam a pé 19,3%, usam ônibus (autocarro) ou txopela, um tipo de triciclo (Figura 22), 6,7%, usam veículo próprio ou do próprio serviço 4,4% e 0,7% usam bicicletas.

**Figura 21: Maputo, transporte coletivo - chapa (aberta e fechada)**



Foto: <http://corepinceladas.blogspot.com.br/2013/04/mocambique-3-chapas.html>



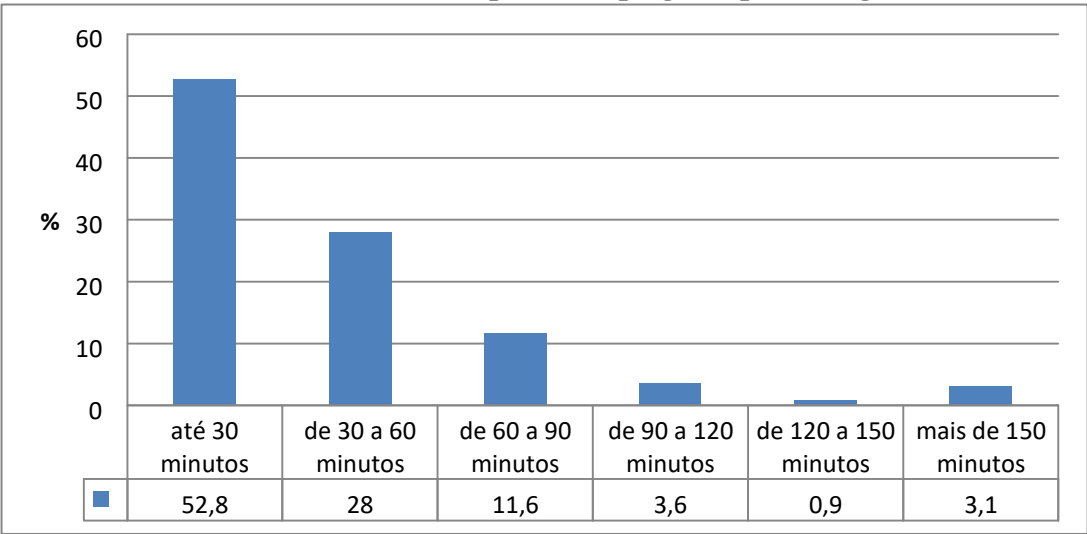
**Figura 22: Maputo, transporte coletivo - txopela (tuk-tuk)**



Foto: <http://novomoc.blogspot.com.br/2011/03/>

Para buscar serviços de saúde (posto de saúde/hospital), 39,8% da população gasta até 15 minutos, 15 a 30 minutos 50,3%, 30 a 60 minutos 9,0%, 60 a 90 minutos 0,6%, e de 90 a 120 minutos 0,3%. Para chegar ao trabalho, mais da metade da população, 52,8% leva até 30 minutos, entre 30 a 60 minutos 28%, de 60 até 90 minutos 11,6%, entre 90 e 120 minutos 3,6%, de 120 a 150 minutos 0,9%; mais de 150 minutos 3,1% (Gráfico 26).

**Gráfico 26: Chamanculo “C” - Maputo, tempo gasto para chegar ao trabalho**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

O grupo familiar se deseja melhorar a sua qualidade de vida necessita fazer algum tipo de poupança. A poupança é que permite um melhor planejamento para promover



melhoria na habitação e aquisição de bens e serviços, incluindo-se um melhor acesso à saúde e bem-estar da família. Entretanto, mais da metade da população local declara não conseguir fazer nenhum tipo de poupança, em verdade, a grande maioria destes estão endividados.

No Chamanculo C, os que conseguem poupar utilizam basicamente dois tipos de poupança: depósitos bancários (54,4%) e xitique (22,8%), uma espécie de consorcio informal entre os membros do grupo familiar e amigos. Alguns preferem guardar os recursos de poupança financeira em casa (4,2%) ou utilizam outras formas de poupança (22,8%).

O perfil socioeconômico de um determinado lugar é um condicionante para a qualidade de vida da população. Em outras palavras, e de forma mais clara, o que promove saúde de uma comunidade é o padrão de qualidade vida. Os serviços de saúde são complementos que compõem a qualidade de vida. O estado de pobreza permanente impõe uma perenidade da fome crônica e aguda, que interfere de forma intensa na qualidade de vida e, conseqüentemente, no estado de saúde da população.

Mais de 60% das famílias do bairro têm baixo poder aquisitivo, não chegando à 66 dólares por mês, com menos de 16 dólares per capita. Com essa condição econômica a população passa por um estado crônico de fome, o que acontece comumente com boa parcela da população de Maputo, de Moçambique e da África.

A desnutrição crônica atinge 43% das crianças menores de 5 anos. O estado de fome crônica decorre do baixo consumo de calorias, proteico e vitamínico, impossibilita uma melhor resposta imunológica dos organismos, agrava o quadro das doenças e estabelece um perfil de morbilidade e alto índice de mortalidade, principalmente na população infantil (UNICEF, 2014).

Com relação ao estado civil, aproximadamente metade da população do Chamanculo C é formada por pessoas solteiras e quase um terço vive em união marital.

Não chega a 15% das famílias que são unidos pelos contratos sociais do casamento. O que se percebe é que, o estado de desagregação familiar interfere no perfil econômico dos grupos familiares.

Além da diversidade étnica que passou a gerar outro problema que é a falta de identidade local, historicamente a questão de gênero também tem sido problemática. As mulheres não podiam possuir terra, herdar e nem tinham acesso à educação primária. O governo fez um enorme esforço para eliminar esta desigualdade, dando proteção constitucional contra qualquer forma de discriminação, bem como oferecendo às mulheres o direito explícito de possuir terra.

Apesar deste esforço, as mulheres ainda continuam sendo particularmente vulneráveis do ponto de vista econômico. Historicamente elas formam grupos da exclusão de posse da terra, de escolaridade, da inserção no mercado de trabalho, da acessibilidade dos serviços de saúde, a exemplo disso, as domésticas apresentam o número mais significativos de profissões do bairro Chamanculo C já que não há outras oportunidades.

A força de trabalho do gênero feminino - historicamente nos países de terceiro mundo e mesmo dos em desenvolvimento – percebe-se a renda menor do que a do gênero masculino, por gozar de melhores oportunidades de acesso à escolarização, à profissionalização e à introdução no mercado de trabalho com melhor remuneração.

Nas últimas décadas, tornou-se uma evidência a percepção de que o poder aquisitivo de uma população interfere até na qualidade dos serviços de meios de transportes. No caso da população da população de Chamanculo “C”, a maioria é transportada por chapa, que consiste em espécies de vans superlotadas que não oferecem conforto e segurança para os seus usuários. O meio de transporte local revela o perfil socioeconômico do lugar, e no caso, demonstra-se precário.

Outro fator que chama a atenção nas famílias de Chamanculo “C” é que quase a metade da população está desempregada, fora do mercado de trabalho, acentua-se ainda mais as desigualdades e perenizando o estado de pobreza da população local.

A falta da oferta de emprego associada ao baixo nível de escolaridade e à falta de programas de políticas públicas de geração emprego e renda torna uma população de baixíssima renda per capita. Poucos são os membros das famílias que conseguem emprego formal. Este quadro forma um grupo familiar com baixo poder aquisitivo, com dificuldades na obtenção de recursos necessários à sobrevivência para a sua melhoria da qualidade de vida.

O fraco desempenho do setor privado na geração de emprego e renda leva a população local a desenvolver pequenas atividades, caracterizadas por bancas, barracas, oficinas e outras atividades econômicas em torno das moradias do grupo familiar sem nenhum apoio de investimento para desenvolver essas atividades que poderiam potencializar a geração de emprego e renda na perspectiva da melhoria na qualidade de vida.

Faltam políticas públicas através de projetos de emprego e renda para as famílias locais e a falta de capital social para promover a economia solidária através de cooperativas, por exemplo, a de reciclagem dos resíduos sólidos residenciais, de costuras na produção de roupas e vestuário, a produção de quitandas e doces, a prestação de serviços de lavadeiras

coletivas, entre tantas possibilidades que visem a geração de emprego e renda na intenção de melhorar a renda per capita e a qualidade de vida das famílias do local.

Mesmo que quase a metade das famílias consigam fazer pequenas economias - como bancária, estique, entre outros -, o poder público e o capital social poderão desenvolver projetos de geração de emprego e renda com objetivos de melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Desta forma, o perfil socioeconômico tem um papel preponderante na melhoria da qualidade de vida de uma população e que consequentemente promove melhorias de saúde de uma comunidade. Mesmo que o crescimento real do PIB tem sido influenciado pelo aumento do investimento estrangeiro e nacional, pelo acesso ao financiamento, pela transferência de tecnologia e pelos ganhos do investimento na educação e em infraestruturas, o ambiente macroeconômico estável permite ao país a implementação de programas e reformas socioeconômicas. Em Moçambique, há o registro de um crescimento econômico médio anual do PIB de 8,1%, durante o período 1995 a 2012 traduzindo-se em um dos mais elevados do mundo.

O comum discurso de que é preciso o crescimento do PIB para fazer uma redistribuição de renda não passa de uma falácia dita em países em desenvolvimento ou emergentes. No Brasil é um discurso comum. Em Moçambique a melhoria macroeconômica não foi capaz reduzir a tamanha desigualdade social por falta de uma melhor distribuição de renda.

Para melhorar a distribuição da renda per capita da população de um país com o objetivo de diminuir as desigualdades entre os mais ricos e os mais pobres, demanda decisões políticas que objetivem fortalecer o capital social nas decisões dos projetos a serem implementados.

A seleção de prioridades de investimento, como o crescimento progressivo dos salários, a qualificação profissional, os programas de transferência de renda às famílias mais pobres, a melhoria e acesso à educação para reduzir o analfabetismo e elevar o nível de escolaridade da população, a estabilidade política com democracia garantindo o estado de direito do cidadão, o acesso e atendimento na área da saúde pública são mecanismos que darão garantia à qualidade de vida da população local.

Medidas como o fornecimento de microcréditos propostos por bancos privados e públicos para e estimular o capital social e fortalecer a economia solidará através de vários tipos de cooperativas que fortaleçam a participação e poder de decisão do estrato social na perspectiva do fortalecimento econômico local, como forma de geração de emprego e renda

para a melhoria da qualidade de vida que, conseqüentemente, promove a melhoria da saúde de uma comunidade e na construção de cidades saudáveis.

### 4.3 O perfil epidemiológico

O estudo do perfil epidemiológico tem como objetivo a análise quantitativa e qualitativa das causas de adoecimento e morte e podem ajudar a entender sobre as condições e determinantes da saúde da população, o que é absolutamente fundamental para subsidiar as políticas de saúde voltadas para população. O perfil epidemiológico detecta os problemas e necessidades de saúde, estuda a distribuição e os determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde das populações.

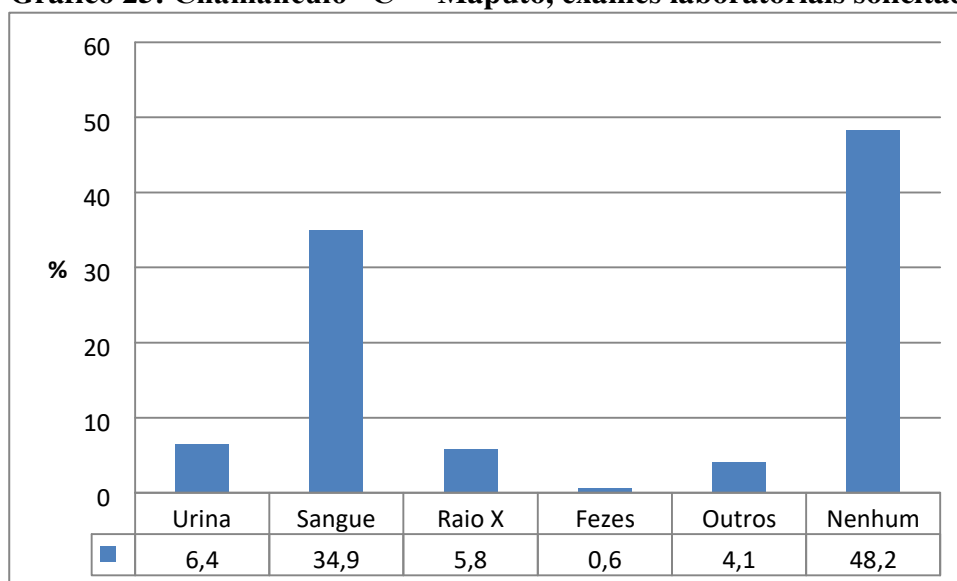
Condicionantes e determinantes de saúde são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos e comportamentais que influenciam a saúde. O perfil epidemiológico pode ser considerado um bom indicador, relativamente sensível, das condições de vida, do processo saúde-doença e do modelo de desenvolvimento sociocultural e econômico da população.

Quando a pergunta foi se alguém da família sofreu algum problema de saúde nos últimos 30 dias, 45,4% das respostas foram sim. As doenças que mais assolam a população no Chamanculo C são a malária (23,7%), febres de modo geral (22,0%) e tuberculose (5,7%).

Sobre doenças crônicas não transmissíveis, 31,4% são hipertensos, 6,6% são diabéticos, 12,6% têm asma, doenças cardíacas 4,9%, outras doenças 4,7% e 39,8% dos entrevistados disseram que não têm sintomas dessas doenças. A maioria da população é de etnia negra que apresenta elevados índices de hipertensos.

Diante desse quadro de adoecimentos, as famílias procuram atendimento de saúde, preferencialmente, na rede pública de saúde (33,3%), na rede privada (33,3%) e na medicina tradicional (33,3%), o que diferem em muito da situação de Maputo e de Moçambique, onde cerca de 70% da população busca primeiro os serviços de saúde da medicina tradicional, por razões culturais e falta de acesso aos serviços públicos de saúde (MOÇAMBIQUE, 2013).

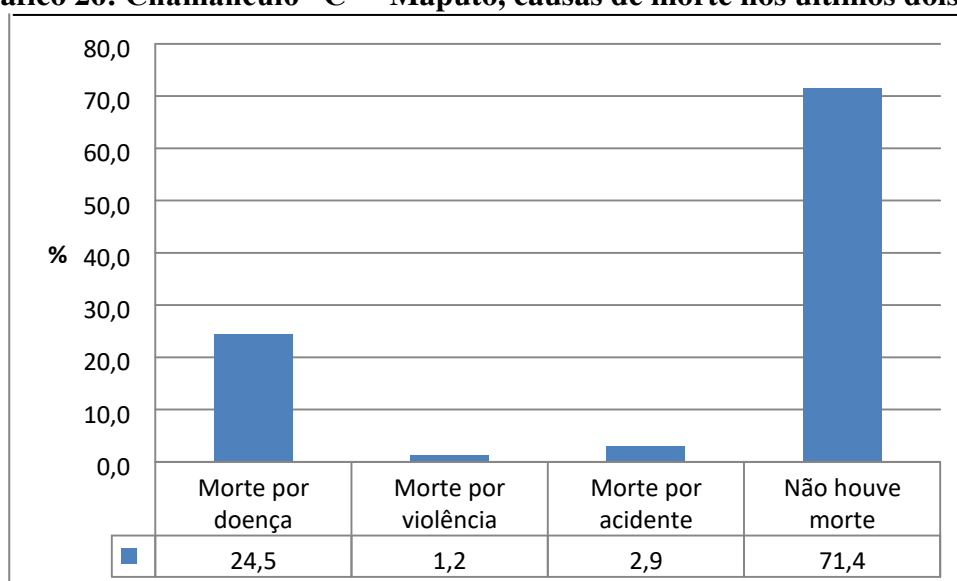
Dos doentes que procuraram pelo serviço de saúde, 48,3% afirmaram que não houve nenhum pedido de exame durante a consulta; 34,9% afirmaram que foi solicitado exame de sangue; 6,4% responderam que os médicos requisitaram exame de urina; 5,8% afirmaram que foi solicitado a radiografia e 4,1% (Gráfico 27).

**Gráfico 25: Chamanculo “C” - Maputo, exames laboratoriais solicitados**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quanto a forma de atendimento, 68,2% dos entrevistados afirmaram que receberam bom atendimento, enquanto 31,8% disseram que não foram bem atendidos e 34,6% declararam que precisaram faltar do trabalho.

Ao entrevistar as famílias sobre as causas das mortes que ocorreram nos últimos dois anos, verificou-se que em 28,6% da família ocorreu pelo menos um óbito que foi consequência de doença (24,5%), por violência (1,2%) ou por acidente (2,9%) (Gráfico 29).

**Gráfico 26: Chamanculo “C” - Maputo, causas de morte nos últimos dois anos**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

As mortes que acometeram as famílias no Chamanculo C nos últimos dois anos foram provocadas, principalmente, por doenças infecciosas, entre as quais se destacam a malária (23,3%) e a tuberculose (14,6%). Mortes por doenças cardiovasculares também são significativas (18,9%). Mortes por HIV-AIDS também são prevalentes, mas não aparecem nas respostas da população, por causa do estigma que a doença ainda representa. As mortes por causas externas também chamam a atenção, com 14,2%, dentre as quais se destacam as mortes por violência (homicídios), acidentes de automóvel. As neoplasias representam 5,7% (Tabela 13).

Inusitadamente, as mortes ocorridas dentro do domicílio por queimaduras e choque elétrico, que se explicam pelo estilo de vida nas moradias, com a preparação da alimentação em fogão à lenha ou carvão e fornalhas, improvisadas, em áreas externas da residência, e a precariedade da rede elétrica (gambiarra).

Este perfil epidemiológico das mortes no Chamanculo C está bem de acordo com o perfil das mortes de Maputo e Moçambique, como de resto acontece em toda o continente africano, onde a precariedade da vida se manifesta pela pobreza e vulnerabilidade social. Em Moçambique, a malária é a principal causa de internamentos e de mortes. As estimativas dão conta de 15 mil mortes em 2015 e 8 milhões e 300 mil novos casos da doença. Em toda a África morreram 429 mil pessoas por malária, 92% de todas as mortes por malária no mundo (DW ÁFRICA, 2017).

**Tabela 13: Chamanculo C - Maputo, causa das mortes por doença**

CAUSA MORTE			%
INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	37,7	Malária	23,2
CARDIOVASCULARES	19,9	Ataque Cardíaco	5,7
		Morte Súbita	5,7
NEOPLASIAS	5,7	Cancro ou Câncer	5,7
CAUSAS EXTERNAS	14,2	Queimadura	2,8
		Acidente de Viação	2,8
		Choque Elétrico	2,8
		Mortes por violência	5,8
OUTRAS CAUSAS	22,5	Insuficiência Renal	2,8
		Paralisia	2,8
		Anemia	5,7
		Doença muito prolongada	2,8
		Velhice	2,8
		Morte no Parto	2,8
		Dor de Barriga	2,8
			100

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Outras questões foram levantadas na entrevista como: se foi preciso faltar ao trabalho; se foi solicitado algum tipo de exame, como raios-x, fezes, urina, sangue ou outros; se quando procurou os serviços de saúde foi receitado algum tipo de medicamento; se foi necessário comprar ou foi gratuito o medicamento; se teve um bom resultado com a melhora da saúde, entre outros questionamentos que pudessem oferecer o perfil epidemiológico da comunidade do lugar.

O estudo também se preocupou em verificar se existe alguma causa que se relacione as doenças que assola a família como: mosquitos, moscas, qualidade da água, qualidade dos alimentos ou outros tipos. Foi verificado se a residência frequentemente recebe pessoas que manifeste alguma doença. Sobre a espera do atendimento, questionamos quanto tempo, a partir do bairro, se pode ir ao serviço de saúde; se algumas famílias possuem algum tipo de plano de saúde e a especificação do tipo de plano saúde; se alguém da família já sofreu algum tipo de acidente em como queda, queimadura, envenenamento, intoxicação, corte, choque elétrico ou outros e a especificação do tipo de acidente; se por conta do acidente em casa foi hospitalizado e por quanto tempo.

Sobre a ambientação do bairro, foi questionado também se alguém da família já sofreu algum tipo de violência, por pessoa da família, vizinho, pessoa estranha ou não sofreu violência. Caso tenha sofrido violência, interrogamos sobre o local onde correu e se, em função da violência sofrida, precisou ser hospitalizado e por quanto tempo. A auto avaliação dos membros da comunidade também foi levado em consideração no questionário. Perguntamos como o entrevistado considera o estado de saúde e como nas últimas semanas ele tem se sentido, se habitualmente muito nervoso, muito deprimido, triste e desanimado, calmo e tranquilo ou feliz.

Este tipo de pesquisa está ligado ao nível de desenvolvimento socioambiental e econômico, como também ao quadro clínico do país que, nesta situação, é caracterizado pelas doenças infecciosas e transmissíveis, em particular, a malária, a diarreia, a infecção respiratória, a tuberculose e o HIV/SIDA. Segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para os anos 1998-2011, Moçambique é considerado um país com o índice de desenvolvimento humano (IDH) classificado em “muito baixo”. As frequentes eclosões de cólera, disenteria, meningite meningocócica, peste bubônica e calamidades naturais caracterizam a vulnerabilidade do país, em termos epidemiológicos.

Das respostas encontradas, definimos o perfil epidemiológico do bairro Chamanculo “C”. O contexto local é descrito por um quadro social de doenças que afeta de forma desproporcional os grupos econômicos e os gêneros mais vulneráveis, como crianças, jovens, mulheres e todos os que vivem no limite da pobreza. Dessa forma, a taxa de mortalidade infantil e materna é uma das mais altas do mundo.

Os fatores condicionantes dessa situação são, entre outros, o baixo nível de educação da mulher e da população em geral; em particular, a nutrição deficiente, o meio ambiental desfavorável à saúde; em parte, excesso de habitantes nas áreas urbanas sem as mínimas condições de infraestrutura sanitária, o fornecimento limitado de água potável e as disparidades regionais no acesso ao consumo de cuidados de saúde. Disso, o resultado são constantes ocorrências das doenças infecciosas mais comuns e mais letais nas crianças pequenas, a citar as infecções respiratórias agudas Infecções Respiratórias Agudas (IRA), diarreia e febre (INE, 2012).

Como Política Nacional de Saúde, a Constituição da República Moçambicana estabelece que a saúde seja um direito de cada cidadão, cabendo ao Estado o dever de criar as condições necessárias para que a população alcance níveis aceitáveis de saúde. Com isso, as estratégias do setor de saúde que visem alcançar este grande objetivo baseiam-se nos seguintes princípios: eficácia e equidade na prestação dos cuidados de saúde, flexibilidade e diversificação dos serviços.

No caso desta pesquisa, 13,8% dos entrevistados responderam que possuem planos de saúde e 86,2% afirmaram que não têm. Com relação à especificação dos planos de saúde: conta bancária responde por 37,5% das respostas, cartão de medicamentos, Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), planteamento familiar, xitique correspondem a 12,5%, respectivamente

Os dados revelam que a população depende do serviço público de saúde. Entretanto, verificamos que a acessibilidade aos serviços de saúde não atinge a maioria da população, o que agrava ainda mais o quadro da saúde das famílias da comunidade. Quando falamos em acessibilidade, não nos referimos ao tempo em que o indivíduo utiliza desde a sua residência até o serviço de saúde. Entendemos que o tempo gasto pelas pessoas, a partir do bairro, para ir ao serviço de saúde é relativamente bom, a não acessibilidade da população está relacionada com a disponibilidade de serviço público de saúde para a população.

Com relação às especificações de exames de laboratório, com índice de 18,20% para exame de glicemia, seguidos de ecografia, medição de hipertensão, cirurgia, cirurgia de catarata, plasmódio da malária, Teste de gravidez (SIM), O teste do TDR de avaliação



rápida para detecção de comunidades com altas taxas de infecção pela Loa loa resultou em melhor controlo da oncocercose, doença que causa cegueira e lesões cutâneas graves (TDR) e urina, respectivamente com índice 9,1%. De acordo com os resultados dos exames laboratoriais 76,0% foram medicados e 24,0% não, sendo que 73,1% disseram que comprou medicamentos e que 26,9% responderam que não compraram, indicando que uma boa parcela da população não tem acesso ao medicamento, consequentemente agrava o quadro de saúde das famílias do lugar, e que 68,0% obtiveram bom resultado e que 32,0% não obtiveram (Tabela 14).

**Tabela 14: Chamanculo “C” - Maputo, exame laboratoriais solicitados**

Tipos de Exames	%
Exame de glicemia	18,2
Ecografia	9,1
Medição de Hipertensão	9,1
Cirurgias	9,1
Cirurgias de Catarata	9,1
Plasmódio da Malária	9,1
SIM	9,1
TDR	9,1
Urina	9,1
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Após os resultados dos exames laboratoriais, 76,0% foram passaram por consultas médicas e 24,0% não. Disseram que compraram medicamentos 73,1% e não compraram nenhum medicamento 26,9%. indicando que uma boa parcela da população não tem acesso ao medicamento, consequentemente agrava o quadro de saúde das famílias do lugar, e que 68,0% obtiveram bom resultado e que 32,0% não obtiveram (Tabela 15).

**Tabela 15: Chamanculo “C” - Maputo, fizeram exames laboratoriais e foram medicados**

Exames	%
Foram medicados	76,9
Não não foram medicados	23,4
Comprou Medicamentos	73,1
Não comprou medicamentos	26,9
Obtiveram resultados com a medicação	68,0
Não tiveram resultado com a medicação	32,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quando os respondentes foram interrogados se existe alguma causa que esteja relacionado às doenças que assolam as famílias, a maioria declarou que são os mosquitos (54,7%) e as moscas (8,0%). Apontaram também a qualidade dos alimentos (1,0%) e a qualidade da água (1,0%).

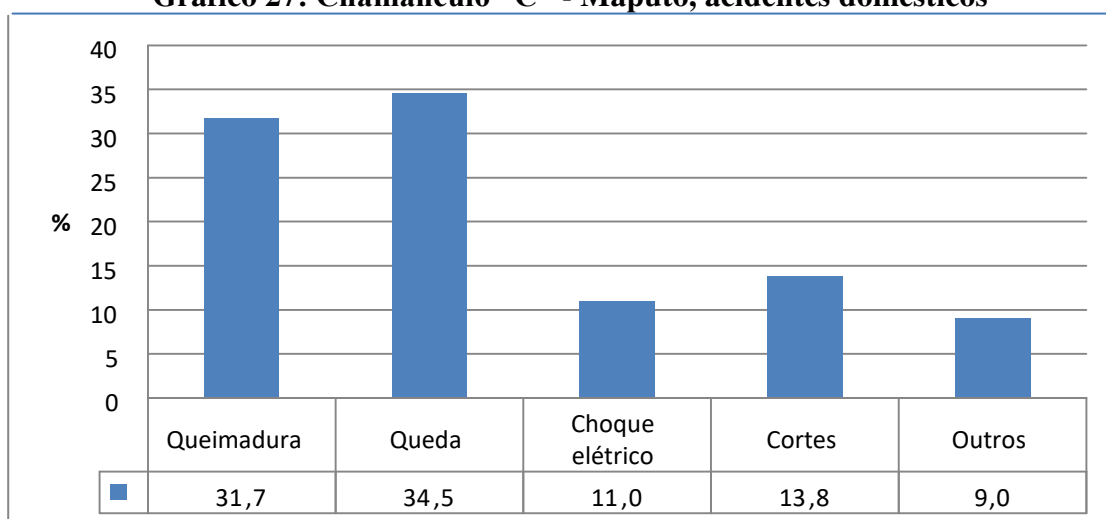
Quando perguntado se a residência recebe com frequência pessoas que manifestam alguma doença, 76,3% afirmaram que não e 23,7% que disseram que recebem com frequência pessoas doentes em casa. Das pessoas doentes que frequentam a casa, as respostas foram: HIV-SIDA com 25,0%, seguidos de dores de cabeça 17,9%, dores diversas 14,3%, cólera 10,7%, tuberculose 13,5%, asma 11,6% e asma 7,1% (Tabela 13).

**Tabela 16: Chamanculo “C” - Maputo, doenças de pessoas que visitam o domicílio**

Doenças	%
HIV-AIDS	25,0
Dor de cabeça	17,9
Dores diversas	14,3
Cólera	10,7
Tuberculose	13,5
Asma	11,6
Asma e tuberculose	7,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quando perguntados se alguém da família já sofreu acidente doméstico, 34,5% responderam que sofreram queimaduras, 31,7% já tiveram algum tipo de queda; 13,8% afirmaram ter sofrido algum tipo de corte; 11% responderam choque elétrico; e 9% citaram variados tipos de acidente (Gráfico 29).

**Gráfico 27: Chamanculo “C” - Maputo, acidentes domésticos**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quando especificados os acidentes mais frequentes sofrido no grupo familiar, incluindo os acidentes no espaço domésticos ou fora dele, em vias públicas, são acidente de viação - acidentes de trânsito (11,8%); seguidos de queda (8,7%), choque elétrico (5,9%), evidenciando a precariedade das redes elétrica; corte com faca 5,9%, atropelamento - quando pedestre caminha em via público (5,9%), envenenamento, entalo do parto, homicídios (no ambiente doméstico ou fora dele), queimaduras com água quente (2,9%), respectivamente.

Queimaduras com água quente representam um índice muito elevado e pode estar associado às condições de vida da população, já que existe o constante uso de fornalhas ou fogareiros pelas famílias no preparo de cozimentos dos alimentos e aquecer água para banho. Na maioria das vezes, o fogão a lenha, ou carvão vegetal, está do lado de fora da casa e foi construído de maneira precária e em condições mínimas de segurança.

Os acidentes de cortes, à faca ou vidro quebrado que estão por toda a parte, nos quintais e nas ruas e vielas do bairro. Os acidentes ocorridos com choque elétrico associa-se à precariedade da rede elétrica, existindo um emaranhado de fios elétricos sem instalações adequadas da rede e presença de gatos (gambiarra).

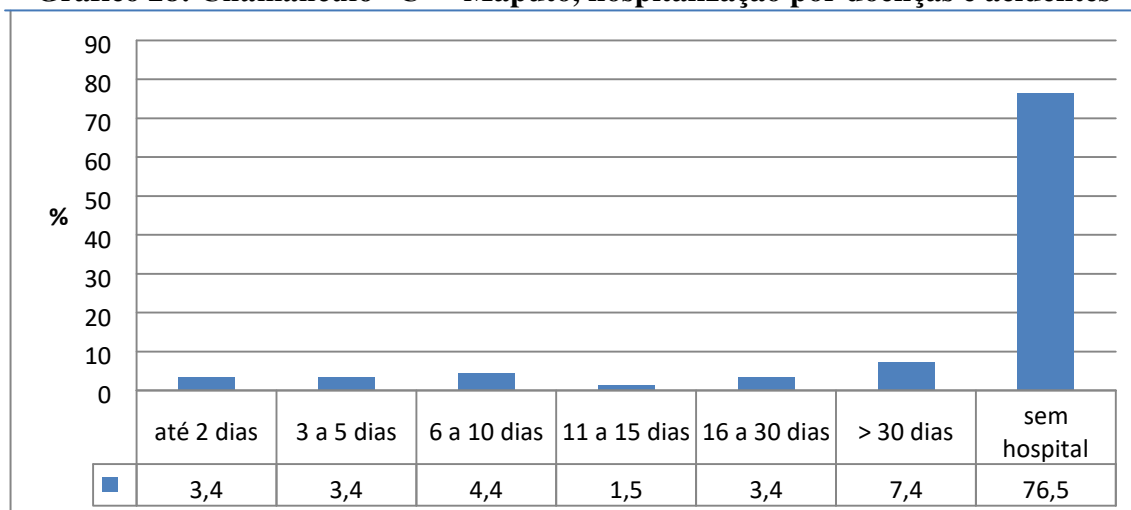
Por causa disso, perguntamos se, por motivo de doença ou pelos acidentes houve necessidade de hospitalização. A maioria dos entrevistados declarou que não ficou hospitalizado em função de doenças ou acidentes (76,8%)

Dos entrevistados que foram hospitalizados, 3,4% ficaram por até dois dias, 3,4% de 3 a 5 dias, 4,4% de 6 a 10 dias, 1,5% de 11 a 15 dias, 3,4% de 16 a 30 dias e 7,4% mais de 30 dias (Gráfico 28).

Os dados nos chamam atenção devido às consequências que levam à hospitalização, já que as causas poderiam ser evitadas. Assim fosse, evitaria os custos econômicos ao poder público, o índice de afastamento do trabalho e não atingiria o estado de saúde da população, bem como o seu bem-estar.

Em seguida, foi questionado a origem dessa violência doméstica. De acordo com os mesmos entrevistados, 2,2% a violência partiu dos membros da família; 1,6% a violência foi por parte de vizinhos; 4,6% por pessoas estranhas. Entretanto a maioria, 79,5%, declarou nunca ter sofrido violência doméstica (Tabela 17).

**Gráfico 28: Chamanculo “C” - Maputo, hospitalização por doenças e acidentes**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

**Tabela 17: Chamanculo “C” - Maputo, origem da violência sofrida**

Violência	%
Por membro da família	2,2
Por parte de vizinhos	1,6
Por pessoa estranha	4,6
Outras violências	12,1
Não sofre nenhum tipo de violência	79,5
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

O local onde ocorreu a violência também foi questionado. Daqueles que sofreram com a agressão, 67,2% afirmaram que ocorreu na rua; 28,1% em casa; 1,6% no trabalho e 3,1% em outros locais (Tabela 18).

**Tabela 18: Chamanculo “C” - Maputo, local de ocorrência de agressões**

Local	%
Na rua	67,2
Na residência	28,1
No trabalho	1,6
Outros locais	3,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quando especificado o tipo de violência sofrida, 28,6% dos respondentes afirmaram por pessoa estranha; 14% decorrente de assalto; 30% afirmaram que a violência foi resultado de atropelamento, violência praticada por vizinho, marido e roubo, respectivamente; e 7,1% disseram que não sofreram violência (Tabela 19).

**Tabela 19: Chamanculo “C” - Maputo, violência sofrida por pessoas do grupo familiar**

Violência	%
Por pessoa estranha	28,3
Por assalto	13,9
Por atropelamento	29,7
Por vizinho	7,0
Pelo Marido	7,0
Por roubo	7,0
Não sofreu violência	7,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A violência ocorrida na rua é um índice muito elevado, representa a falta de segurança pública no lugar e a violência em casa está associada ao quadro de impunidade pela violência entre os membros da família. Verificando os tipos de violência sofrida pelas famílias do bairro, pode-se entender que tal situação promove o agravamento no estado de saúde da população e tendo como causas principais a deficiência na segurança pública e pouca segurança no trânsito.

Quando questionado ao entrevistado como ele considera o seu estado de saúde, 46,0% declarou ser razoável; 40,8% boa; 9,0% muito boa; e 4,2% responderam que consideram o seu estado de saúde mal. Se associarmos as pessoas que avaliaram o estado de saúde no bairro como bom e muito bom, e razoável com mal, temos a interpretação de que a percepção da metade da população apresenta problemas de saúde (Tabela 20).

**Tabela 20: Chamanculo “C” - Maputo, as pessoas consideram seu estado de saúde**

Saúde	%
Razoável	46,0
Boa	40,8
Muito boa	9,0
Muito mal	4,2
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Entretanto, detectamos outros problemas que atingem as famílias e seus membros: a presença de insetos vetores com grande prevalência de mosquito e mosca, transmissores da malária e da cólera (consequentemente das diarreias). Além disso, outra preocupação é no que se refere aos acidentes em casa, como: corte de faca, queda, entalo no parto, choque elétrico, queimadura, falta de segurança no bairro e de transporte adequado. Fatores estes que provocam doenças afetando uma grande parcela da população. Somando-se a isso observamos que a ocorrência que mais gera gastos com internação de pacientes em hospitais provém de acidentes domésticos, provocando vários dias de internação em hospitais e, assim, aumentando as filas nos postos de atendimentos e o agravamento da saúde da população. O que ocasiona, consequentemente, o alto índice do perfil epidemiológico do lugar.

Outro aspecto relevante encontrado na análise dos dados relaciona-se com a seguridade de saúde. Considerando que poucas pessoas possuem plano de saúde e quando necessitam de atendimento, apenas um terço da população procura pelos serviços públicos de saúde gratuitos, outro terço procura a medicina privada e o restante busca a ajuda da medicina tradicional, que nem sempre é gratuita.

Como o conceito de saúde é multifatorial, não é somente o somatório de estado de saúde, mas também fatores como: ambientes saudáveis, as relações intersetoriais e serviços urbanos, os quais destacamos o saneamento básico (esgoto, água tratada, escoamento das águas residuárias - drenagem, coleta de lixo e combate adequado de vetores) que devem ser realizados a partir de estudos de projetos de situação de saúde que garantam o bem-estar da pessoa humana. O bairro de Chamanculo “C” aponta para a ineficiência dos serviços de saúde, infraestrutura, transporte, entre outros, que atingem as famílias agravando ainda mais o estado de saúde da população do lugar.

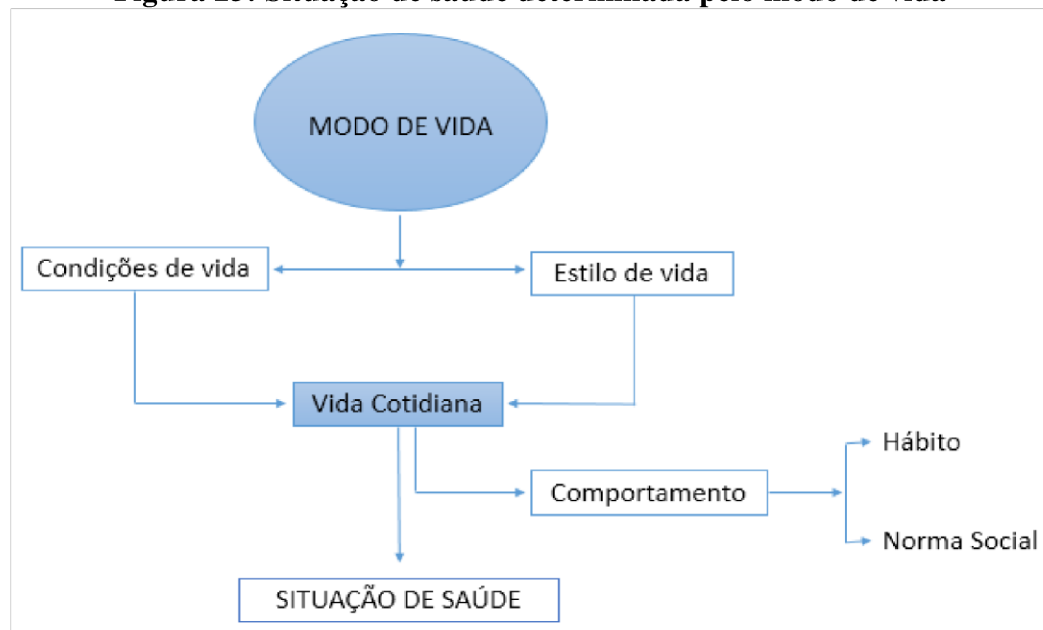
Por fim, os dados levantados no inquérito também apontam para a deficiência do atendimento público de saúde, não estando de acordo com os preceitos preconizados pela Política Nacional de Saúde e pela Constituição da República Moçambicana que estabelece a saúde como um direito de cada cidadão, cabendo ao Estado o dever de criar condições

necessárias para que os indivíduos alcancem níveis aceitáveis de saúde. As estratégias do setor de saúde, visando alcançar este grande objetivo, baseiam-se nos seguintes princípios: na eficácia e equidade na prestação dos cuidados de saúde e na flexibilidade e diversificação dos serviços. Os fatores como a deficiência nas políticas públicas, a não acessibilidade ao atendimento e tratamento de boa parte da população aumentam a necessidade de busca pelo combate dos problemas e das necessidades de saúde comunidade.

#### 4.4 Agregação social e estilo de vida

A situação de saúde dos indivíduos e populações é determinada pelo modo de vida. Portanto, devido ao estilo de vida são representadas as condições materiais e socioeconômicas da existência do indivíduo que representam os comportamentos relacionados aos hábitos e as normas sociais (Figura 23).

**Figura 23: Situação de saúde determinada pelo modo de vida**



Fonte: Lima, 2016

Na elaboração dessas práticas de saúde deve-se pensar nas boas condições de vida que são representados pela seguridade alimentar, esgotamento sanitário e água tratada, trabalho e renda, habitação saudável. Os hábitos de consumo e uso de substâncias como o fumo e álcool, sedentarismo e lazer representam o modo de vida no lugar que são os fatores fundamentais para a compreensão do processo morbimortalidade de uma população. Da mesma forma, a acessibilidade aos serviços de saúde no que tange a distância de onde as

peças moram, a demora no atendimento nas consultas e realização de exames e o acesso aos medicamentos também revelam o perfil local.

O vínculo da população com os serviços e equipe de saúde no território gera uma relação de respeito e confiança mútua entre as partes. Já a falta do vínculo gera a recusa da população ao atendimento na unidade de saúde, resistência na realização de exames preventivos e ausência de adesão ao tratamento prescrito. O emponderamento é o papel dos sujeitos nos cuidados individuais e coletivos no atendimento das necessidades de saúde da população. Segundo (MARIN, et. al, 2001) existe uma distribuição das necessidades de saúde encontrada na família que ele denominou de taxonomia das necessidades de saúde. No que se refere às boas condições de vida, as necessidades de saúde são: alimentação adequada, equilíbrio do conflito no relacionamento familiar e a empregabilidade.

Entretanto, na comunidade, as famílias são compostas com poucas pessoas que contribuem para renda do grupo, há forte consumo de substâncias entorpecentes como o fumo e o álcool, vida sedentária, falta de lazer e ausência de vínculos com o programa de saúde. Sobre o acesso ao serviço de saúde, existe a dificuldade de acesso ao medicamento, demora no atendimento, automedicação, recusa na procura dos serviços de saúde, falta de realização de exames preventivos, baixa adesão aos tratamentos. No que se refere à autonomia, é nítida a falta de conhecimento sobre os cuidados com a saúde como a qualidade de alimentação e planejamento familiar, entre outros fatores.

O inquérito sobre Saúde Ambiental, Território e Promoção da Saúde, aplicado no bairro informal do Chamanculo “C” teve com propósito de detectar dados sobre os problemas e necessidades de saúde e também o objetivo de conhecer o papel das crianças na composição do grupo familiar e suas condições de vida.

Entretanto, o diagnóstico da situação de saúde não objetiva somente quantificar dados sobre as pessoas, mas também ter percepção das reais condições de vida do lugar, do grupo familiar. Num país onde a mortalidade infantil é alta. No que se refere as crianças, conhecer o estilo de vida como: hábitos alimentares, de higiene, os recursos materiais, acesso à educação, etc., que compõem o bem-estar no desenvolvimento na infância.

Os registros fotográficos nos fornecem percepções do estilo de vida das crianças do lugar, sentar na terra, andar descalço, o lúdico sobre o terraço do quintal, tomar refeições colocando o prato sobre a terra batida.

Além da percepção da falta de recursos materiais que garanta o bem-estar da infância, detectamos também os hábitos culturais e estilo de vida que são repassados de gerações em



geração, que condiciona as condições de vida que interferem diretamente no estado de saúde e desenvolvimento das crianças no bairro.

O conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupo sociais são fundamentais para o fortalecimento da agregação social, o contato com amigos e parentes. Assim, diferentes são formas para aumentar a participação social como sentimento de pertencimento a grupos religiosos, associações de moradores, sindicais e clubes de recreação. Trata-se de grupos e pessoas que se mantêm em contato para o fortalecimento dos vínculos sociais. A imagem a seguir destaca para a ambientação social que é uma rotina na comunidade. Fica evidenciado a cultura dos grupos familiares, as condições de habitação e o ambiente na vizinhança, as condições econômicas e alimentares (Figura 24).

**Figura 24: Chamanculo - Maputo, pessoas se alimentando na rua, em frente a casa**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

A foto acima é a vista do bairro Palana Caniço, área também inundável de um dos bairros informais de Maputo. A relação da população observada acima desse lugar, é oriunda da inundação ocorrida no Chamanculo “C” em 2001, quando mais de dez mil pessoas foram levadas para esse local.

O capital social é um fator importante para que as iniquidades socioeconômicas que impactam de forma negativas na situação de saúde de uma comunidade seja minimizada. Países com frágeis laços de coesão social, resultantes dessas iniquidades, são os que menos investem em capital humano. Entretanto, o capital social consolida as relações de confiança e ajuda mútua entre os agregados familiares - ou grupos formais e informais - dentro da comunidade, gerando benefícios econômicos ou sociais aos indivíduos. Sobre este conceito, Narayan (1995) destaca que o capital social “são as normas e as relações sociais inseridas nas

estruturas sociais da sociedade que permitem as pessoas atuar coletivamente para alcançar fins desejados”.

Entre várias cenas de socialização entre os grupos na comunidade, destacamos para os hábitos das crianças em conviver com a vizinhança de maneira harmoniosa e espontânea (Figura 25).

**Figura 25: Chamanculo “C” - Maputo, crianças se alimentando no quintal da moradia**



Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Nesses ambientes de baixo apoio social é onde ocorre a menor participação das pessoas da comunidade nas definições de políticas públicas. Na comunidade, as relações de confiança são frágeis, geralmente limita-se à confiança em familiares e grupos sociais. Identificamos no Bairro Chamanculo “C” que os agrupamentos familiares são oriundos das guerras, na sua maioria de mulheres com dificuldades de acesso aos direitos que a lei lhe concede como a propriedade da terra onde mora. O indicador de riqueza do capital social é importante para medir as relações de confiança entre as pessoas.

Outros grupos que compõem as famílias do bairro são os que vieram para a capital do país em busca de emprego e melhora na renda. São formados pela maioria de homens oriundos de diversas regiões do país com culturas e etnias diferentes, o que dificulta a formação de relações de confiança na composição do capital social.

A coesão na agregação social e os diferentes estilos de vida dos habitantes da área estudada interferem no grau de participação da população no campo de decisão das políticas públicas. Existe uma certa desconfiança com a presença do inspetor de quarteirão. Em associações de moradores e em outras agremiações é percebido uma interferência da política

de Estado na pessoa do inspetor de quarteirão, isso impede maior liberdade na construção da coesão social do lugar.

O capital social ainda está fortemente associado à escolaridade, há uma enorme diferença entre os que possuem nível superior completo e os que se encontram nas demais faixas de escolaridade. O capital humano refere-se à educação, saúde, habilidades, conhecimento e acesso à informação. Considerando a importância da escolaridade, Karachi et al. (1999), estudam a associação entre as relações de confiança e os indicadores de saúde em diferentes grupos.

#### **4.4.1 Alimentação**

O comportamento e o estilo de vida de uma comunidade são fortemente influenciados por outros fatores como o econômico, o cultural e o geográfico. Disso, resulta determinantes sociais relacionado à saúde passível de controle por parte dos indivíduos (INCA, 2006). Os fatores relacionados a comportamentos e estilo de vida - como o tabagismo, o baixo consumo de frutas e legumes e consumo de álcool - são os principais determinantes de risco de morte por câncer (cancro) em países de baixa e média renda.

Segundo o INCA (2006), a dieta é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), conforme destacamos na citação a seguir:

Visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001).

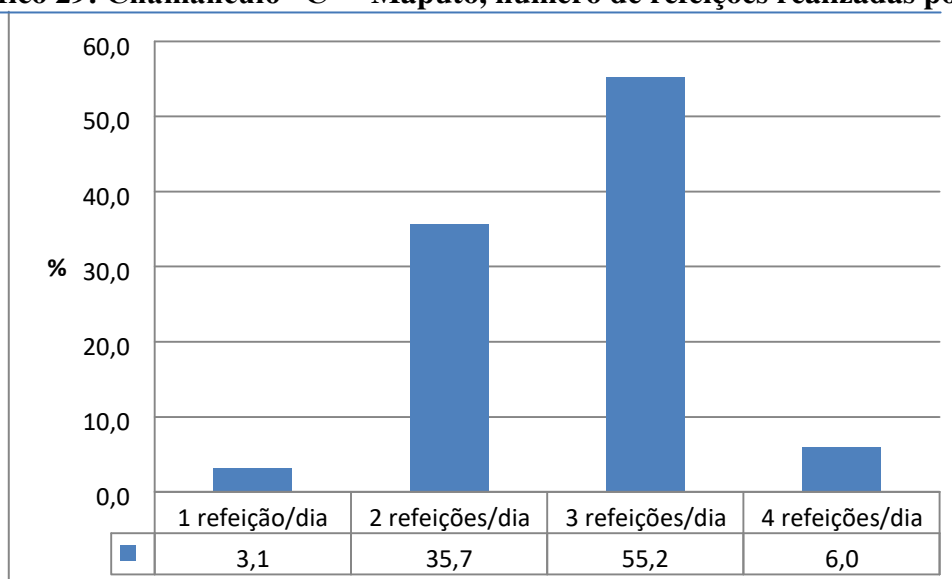
De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 80% dos casos de doenças coronárias, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer (cancro) poderiam ser evitados com mudanças factíveis nos hábitos alimentares. Uma alimentação inadequada, rica em gordura, com alimentos altamente refinados e processados e pobre em frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer (cancro).

Para Castro e Moura (2003) o padrão de consumo alimentar é fortemente influenciado pela renda, escolaridade e região de moradia que estão associadas aos aspectos

culturais do consumo. Em função disso, uma política de nutrição voltada para o incentivo de práticas saudáveis deve focar ao aumento do consumo de frutas, legumes e verduras. Jaime et.al.(2007) defendem, através de ensaio comunitário, que práticas de educação alimentar podem melhorar a qualidade da dieta, mesmo na população de baixa renda. Sugerem também outras estratégias com utilização da mídia, a capacitação de professores e profissionais da saúde, mudanças na alimentação escolar, entre outros dispositivos que podem influenciar a comunidade aos bons hábitos de nutrição.

Sobre a nutrição, destacamos a necessidade da qualidade e quantidade de alimento para garantir o equilíbrio saudável do organismo. A quantidade de refeições realizadas durante o dia é relevante para a obtenção de calorias diárias necessárias para um estilo de vida ativo e saudável. Em função disso, para avaliar sobre os hábitos alimentares da comunidade, questionamos aos entrevistados sobre o número de refeições realizadas por dia (Gráfico 29).

**Gráfico 29: Chamanculo “C” - Maputo, número de refeições realizadas por dia**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

De acordo com as respostas, 55,1% declarou fazer três refeições diárias; 35,7% afirmou realizar duas; 6,0% dos entrevistados fazem quatro refeições; 3,1% disseram fazer apenas uma refeição diária. Também questionamos sobre quais são os principais tipos de alimentos consumidos pela população. No bairro Chamanculo C os hábitos alimentares como chima estão sendo substituído por arroz (Tabela 21).

**Tabela 21: Chamanculo C - Maputo, alimentos consumidos diariamente**

Alimento	%
Verdura e Arroz	10,4
Arroz	9,0
Arroz, Peixe e Verduras	3,2
Chima	3,2
Arroz e Feijão	2,3
Chima e Verdura	2,3
Chima, peixe e verdura	1,4
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

De acordo com os dados, 68,2% dos entrevistados declarou consumir variados alimentos, dos quais classificamos como ‘outros’. Outros alimentos representa uma diversidade de alimentos como: folha de mandioca, folha batata doce, fruto típico do lugar, a mufareira, folha de abóbora, de mandioca e batata doce, são ingredientes comum na culinária moçambicana, porem entre os habitantes do bairro em estudo, estas folhas são servidas simplesmente pelo cozimento, por falta de outros ingredientes que compõem esses pratos típicos do lugar, pães, entre outros.

Dos entrevistados, 10,4% disseram comer com frequência arroz e verdura; 9,0% citaram como rotina no prato a presença do arroz; 3,2% arroz, peixe e verdura; 3,2% chima(prato típico da culinária moçambicana, preparado com féculas de milho); 2,3% arroz e feijão; 2,3% chima e verdura; 1,4% citou chima peixe e verdura no cardápio diário. A imagem a seguir representa o registro de uma refeição diária, a principal do dia, realizada por um membro da comunidade na sua habitação. A senhora da imagem se alimenta sentada perto de sua barraca de venda de folha, os alimentos do prato são arroz com folha de abóbora cozida (Figura 26).

**Figura 26: Chamanculo “C” - Maputo, refeição de um membro da comunidade**



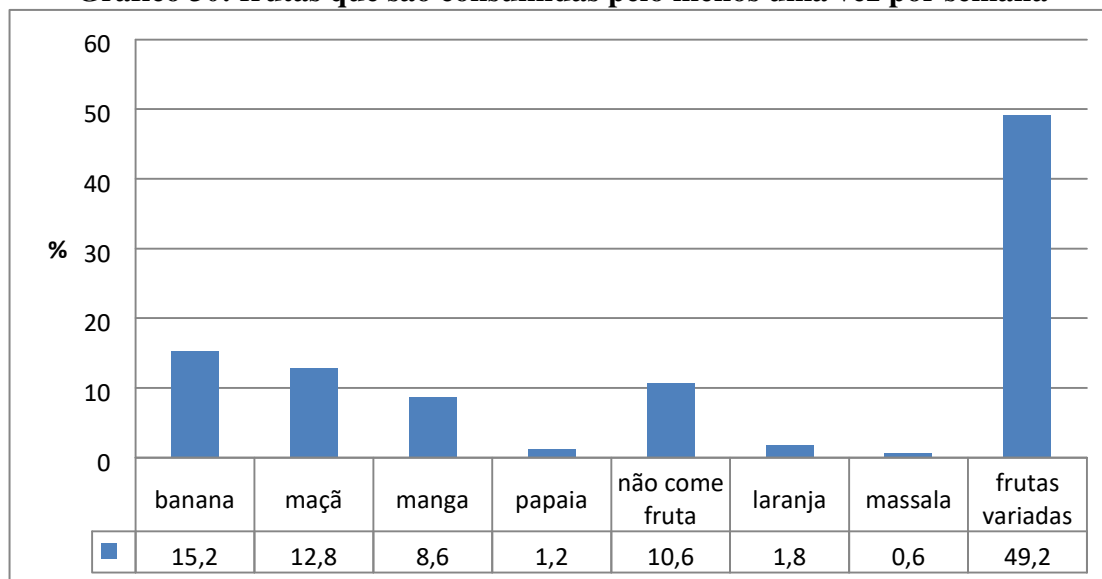
Foto: Ramos, Joaquim Dalques (2014)

Ainda sobre os hábitos alimentares, questionamos sobre as frutas consumidas semanalmente, e assim chegamos aos seguintes números: 49,2% dos entrevistados disseram consumir diariamente uma variedade de frutas; 15,2% citou a banana; 12,8% a maçã; 10,3% declararam não consumir nenhuma fruta; 8,6 % referiram-se à manga; 1,2% disseram comer papaia; 1,80% apontaram a laranja; e 0,3% indicaram a massala como uma fruta periodicamente consumida (Gráfico 30).

Podemos observar que mais da metade da população não consome frutas semanalmente, esse percentual é de 57,0% contra 43% por cento que consomem as frutas. Por outro lado, há um interessante paradoxo, pois há a presença de vários tipos de árvores frutíferas nos quintais das famílias do bairro.

Com a diversidade de árvores frutíferas nos seus quintais, seria mais fácil, econômico e viável consumi-las. Hábitos simples, como o de consumir frutas semanalmente, poderia trazer grandes benefícios à saúde da população local.



**Gráfico 30: frutas que são consumidas pelo menos uma vez por semana**

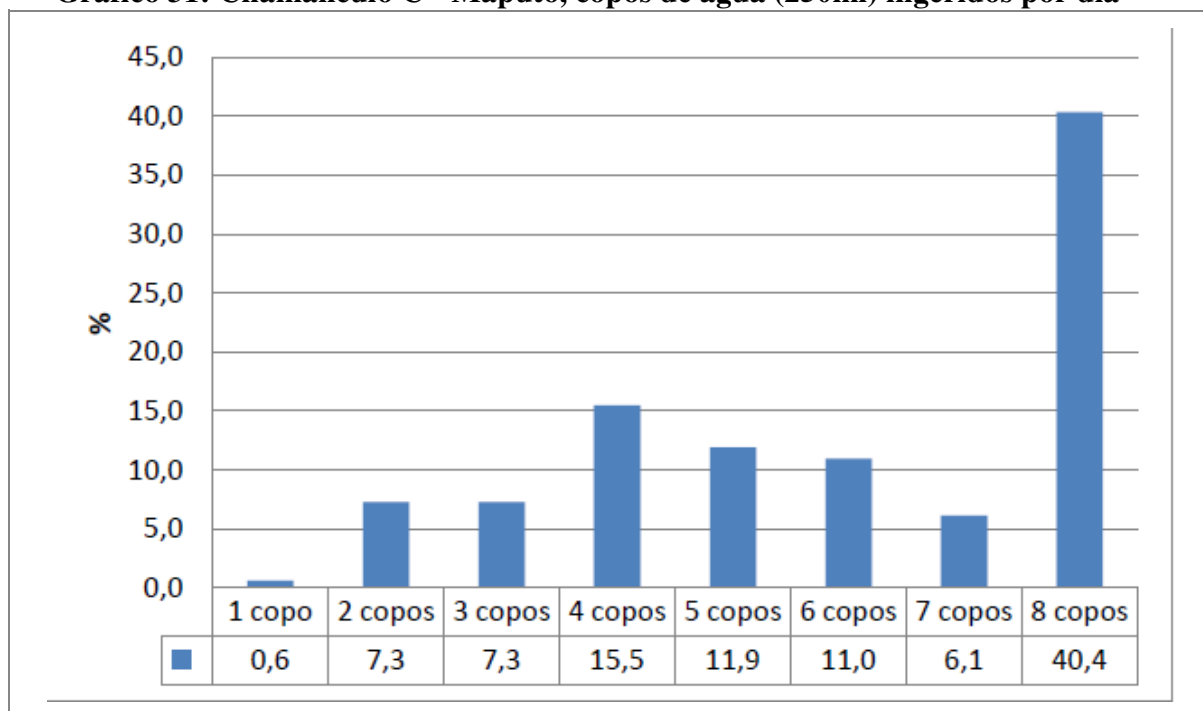
Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

A mais expressiva árvore típica do local, representada por 14,5%, produz um fruto de cor verde com a semente de cor vermelha e as pessoas fazem uso dela junto à refeição. Provavelmente é rica em mineral do tipo ferro que poderá evitar doenças com anemia falciforme, doença típica da etnia negra. Em segundo lugar, com 7,9%, encontramos as mangueiras, seus frutos são ricos em vitamina A. Em terceiro, o abacateiro com 5,40%; em seguida o limão representado por 6,7% também rico em vitamina C; e, por último, a bananeira com o índice de 1,8% das árvores frutíferas. Como o poder aquisitivo da população local é baixo, a presença de árvores frutíferas no quintal das casas seria a garantia de que as pessoas teriam acesso aos sais minerais e vitaminas tão importante na manutenção da saúde.

Ainda sobre os bons hábitos alimentares, perguntamos aos entrevistados sobre o consumo de água diária. As respostas dos entrevistados revelam que as pessoas que consomem água em quantidade ideal por dia são 38,3 da comunidade; aqueles que consomem sete copos água por dia são 5,8%; seis copos de água por dia 10,4%; cinco copos de água por dia apontam para 11,3%; quatro copos de água dia são 14,7%; os que consomem três de água por dia são 6,9%; dois copos de água por dias 6,9% da comunidade; e 0,6% da população consome apenas um copo diário de água, conforme ilustrado no gráfico a seguir (Gráfico 31).

Aqueles que não bebem a quantidade ideal de água ideal poderá ser acometido de algum tipo de adoecimento ligado a desidratação e/ ou ser um público potencial para o desenvolvimento de doenças.

**Gráfico 31: Chamanculo C - Maputo, copos de água (250ml) ingeridos por dia**

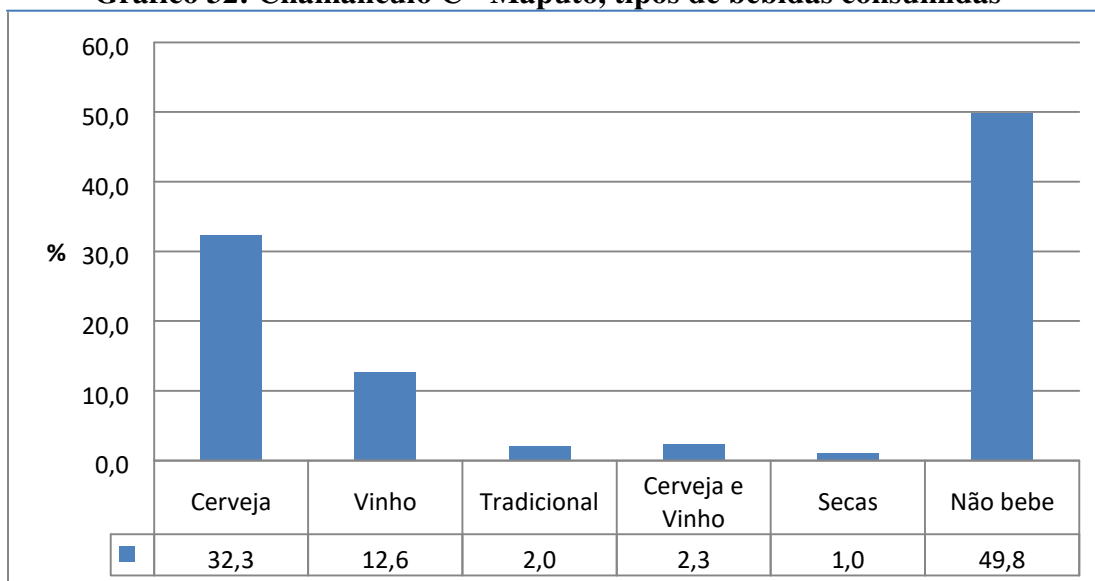


Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, pouco mais da metade das pessoas do bairro consomem bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana (50,2%) e os que não fazem uso de bebida alcoólica são 49,8%. De modo mais específico, 32,2% consomem cervejas 32,3%; 12,6% tomam vinho são 12,6%, 2,3% consomem cerveja e vinho; 2,0% ingerem bebidas tradicionais; e 1,0% da comunidade ingerem secas (Gráfico 32).

Sobre a frequência da ingestão de álcool, 20,5% bebem pelo menos 2 vezes por semana, 9,6% bem pelo menos 3 vezes por semana. De modo geral, observa-se pelos números que o consumo de bebidas alcoólicas é muito elevado e geralmente está associado à falta de oportunidade e perspectivas de ascensão econômica e social.



**Gráfico 32: Chamanculo C - Maputo, tipos de bebidas consumidas**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

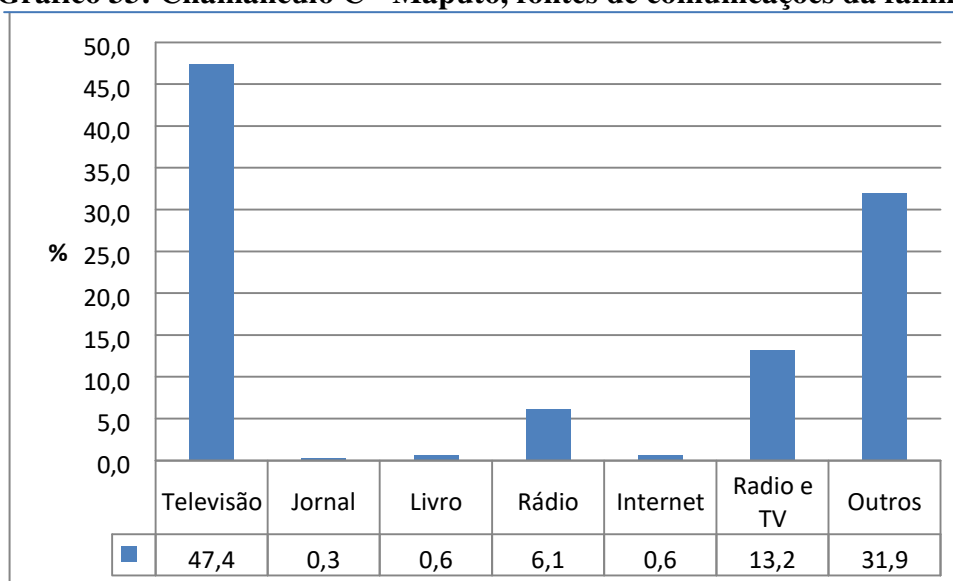
#### 4.4.2 Fonte de informação, reuniões familiares e tempo livre

Os principais meios de comunicação da população do bairro Chamanculo C são a televisão aberta e a rádio, geralmente selecionada em uma programação local. O baixíssimo acesso aos jornais, livros e internet não permite a comunidade uma melhor e ampla leitura de mundo estando, por sua vez, a informação restrita.

Em um mundo cada vez mais globalizado, os grupos sociais com dificuldade de acesso de informações mundiais por meio de jornais, livros e internet terá maior dificuldade na busca por soluções para seus problemas relacionados à qualidade de vida.

Um maior acesso às informações favorece o fortalecimento do emponderamento da comunidade, bem como permite a manutenção da liberdade e do poder decisões políticas desses grupos na busca por soluções de seus problemas econômicos, socioambientais, culturais e na melhoria da qualidade de vida, consequentemente no estado de saúde comunitária.

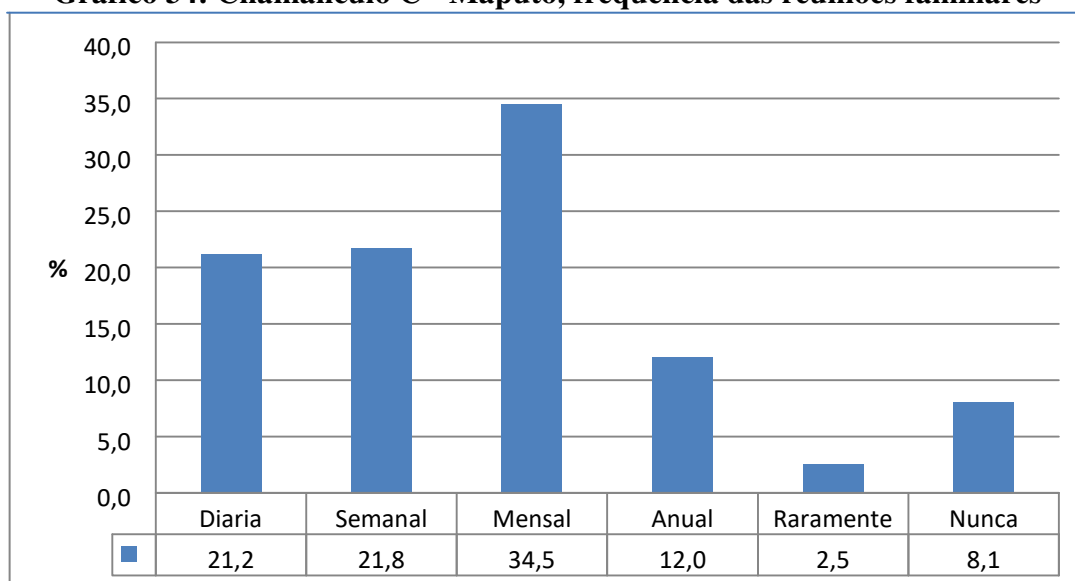
A televisão apresenta a principal fonte de comunicação das famílias com 47,8%; em seguida é apresentado as emissoras de rádio e tv com 13,3%; somente rádio 6,2%; internet 0,6%; leitura de livros 0,6%; jornais 0,3% e outros meios 31,2% (Gráfico 33).

**Gráfico 33: Chamanculo C - Maputo, fontes de comunicações da família**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Praticamente a população do bairro não se encontra ligada à rede de internet e o acesso à jornais e livros é quase nulo. O acesso à televisão e rádio ocorre por meio de informações locais ou regionais, enquanto que, os livros, os jornais e a rede de internet informação é mais global. A maioria absoluta da comunidade utiliza o celular como meio de comunicação (99,2%).

Questionamos também sobre qual a frequência que ocorrem as reuniões com familiares e parentes mais próximos, por considerar que se trata de um hábito social saudável e que promove a boa saúde e convivência dos grupos na comunidade. Os entrevista revelaram que 21,2% membros da família e parentes se reúnem diariamente, 21,8% afirmaram que a família se encontra semanalmente, 34,5% disseram que a família só se reúne mensalmente, 12,0% responderam que as reuniões familiares só ocorrem anualmente, enquanto que 2,1% disseram que a família se reúne raramente ou ocasionalmente. O que chama a atenção é que 8,1% dos entrevistados disseram que a família nunca se reúne (Gráfico 34).

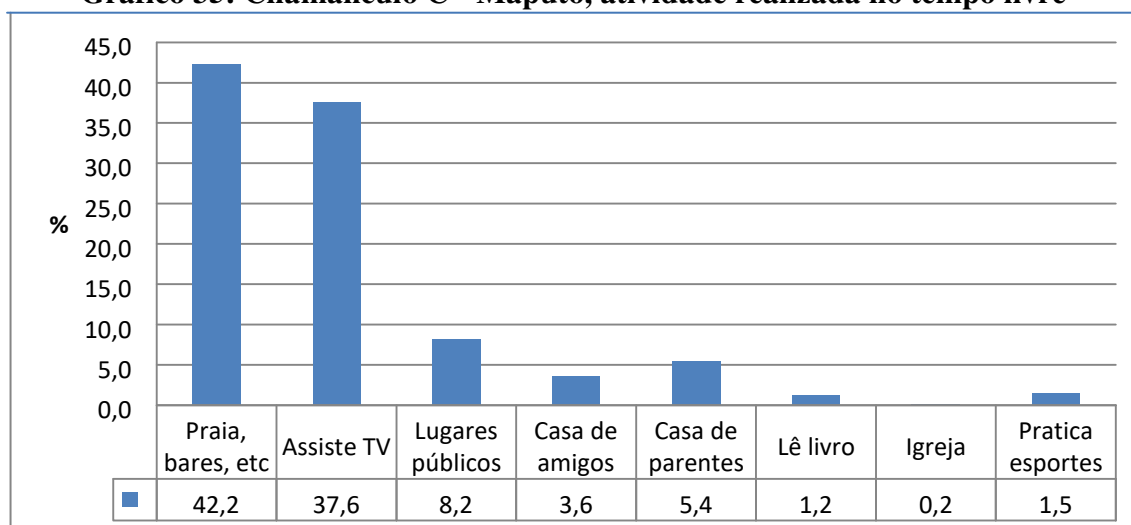
**Gráfico 34: Chamanculo C - Maputo, frequência das reuniões familiares**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Como qualquer encontro entre os membros de uma família, as reuniões familiares têm motivações para que aconteçam. A maior motivação indicada pelos entrevistados é a solidariedade, que pode ser percebida que a família se encontra para contraturalizar e acompanhar o estique (27,8%), uma espécie de consórcio entre os membros da família ou poupança na forma de ouro (27,0%); 13,6% afirmaram que a motivação para as reuniões são as festas de aniversário e cerimônia de casamento; 9,5% indicaram que a motivação para o encontro são os problemas da família.

Sobre a frequência semanal de visitas nas residências da comunidade, a maioria dos entrevistados declarou que recebe visitas de familiares, formando o percentual de 76,7%; em seguida, 11,8% indicaram que são visitados por vizinhos; 10,6% não frequenta outras residências; e 0,9% afirmaram que recebem visitas de estranhos.

Quando questionados sobre as atividades realizadas em tempo livre semanal, 41,9% dos entrevistados declararam que preferem ir lugares como à praia ou ao bar com amigos para o consumo de bebidas; 37,3% tem preferência por assistir à TV; 3,6% vão à casa de amigos e parentes nos momentos de folga; 8,2% vai a lugares públicos, como praças; 3,6% frequentam a casa de amigos; 1,2% preferem ler livros; 1,5% praticam esportes; e 0,9% vão até à igreja (Figura 35).

**Gráfico 35: Chamanculo C - Maputo, atividade realizada no tempo livre**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Entendemos que a qualidade do relacionamento entre os membros da família e também entre os vizinhos é um bom indicador para a saúde mental, emocional e psicológica, que interferem no bem-estar dos indivíduos e na situação de saúde do lugar. A esse questionamento, 94,8% das respostas indicam que no Chamanculo C, a qualidade de relacionamento das pessoas na família é excelente e ótimo. Somente 5,7% indicam que a qualidade é ruim ou péssima.

**Tabela 22: Chamanculo C - Maputo, relacionamento na famílias e entre vizinhos**

Relacionamento	Qualidade	%
Família	Excelente	22,3
	Ótimo	75,5
	Ruim	4,9
	Péssima	0,8
Vizinhos	Excelente	11,0
	Ótimo	83,0
	Ruim	6,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

#### 4.4.3 Atividade física

Na atualidade, o de sedentarismo vem se tornando uma rotina no estado de saúde da população, principalmente as que vivem nos grandes centros urbanos. Uma das razões do crescimento do número de pessoas sedentárias, nas áreas urbanas, decorre da ausência de políticas públicas que sejam voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem nas comunidades.

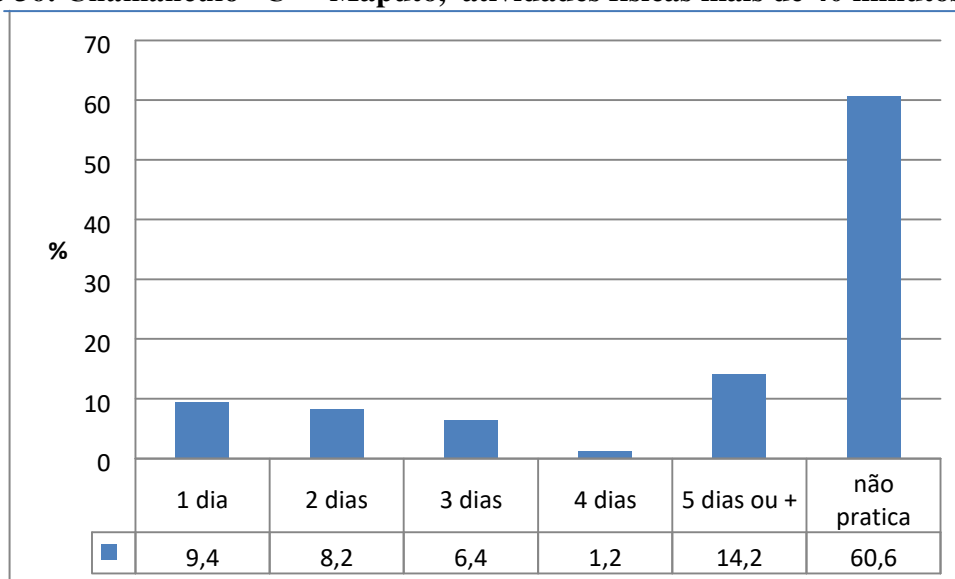
Desta forma, a falta de espaços para o esporte e o lazer em áreas verdes, como parques de recreação e praças de esportes, associado a uma cultura local que estabelece o sedentarismo como uma rotina, tem promovido grande impacto na saúde das pessoas que moram nessas comunidades. A ausência de políticas voltadas para o meio urbano que promova qualidade de vida, influencia a comunidade a desenvolver hábitos saudáveis e práticas de esporte lazer têm levado a população um ganho de sobrepeso e até mesmo a obesidade, consequentemente ao adoecimento das pessoas.

A Organização Mundial da Saúde(OMS) preconiza que a prática de atividade física realizada com regularidade reduz os riscos de mortes prematuras, doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais, câncer de cólon e mama e diabetes do tipo 2. A atividade física atua na estabilidade da pressão arterial, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove o bem-estar, diminui o risco de obesidade, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (INCA, 2006).

Nas crianças e jovens, as atividades físicas interagem positivamente como estratégias para adoção de uma dieta saudável, bem como desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social. O sedentarismo infantil tem sido um alerta pois vem contribuindo para o rápido aumento das doenças crônicas associadas à inatividade física tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Estima-se que o sedentarismo seja responsável por aproximadamente dois milhões de mortes por ano no mundo. Em função desses dados, incentivar as crianças ao hábito da prática desportiva pode ser a garantia de uma vida adulta mais saudável.

As cidades crescem de forma desordenada por falta de planejamento urbano. Mesmo em áreas onde a estrutura urbana é mais organizada, geralmente não são propícias para as atividades físicas. A falta de construções de cidades saudáveis com áreas verdes para a prática do esporte, caminhadas e lazer tem sido um forte contribuinte para o sedentarismo, interferindo na qualidade de vida da população e, de forma consequente, agravando o estado de saúde das comunidades.

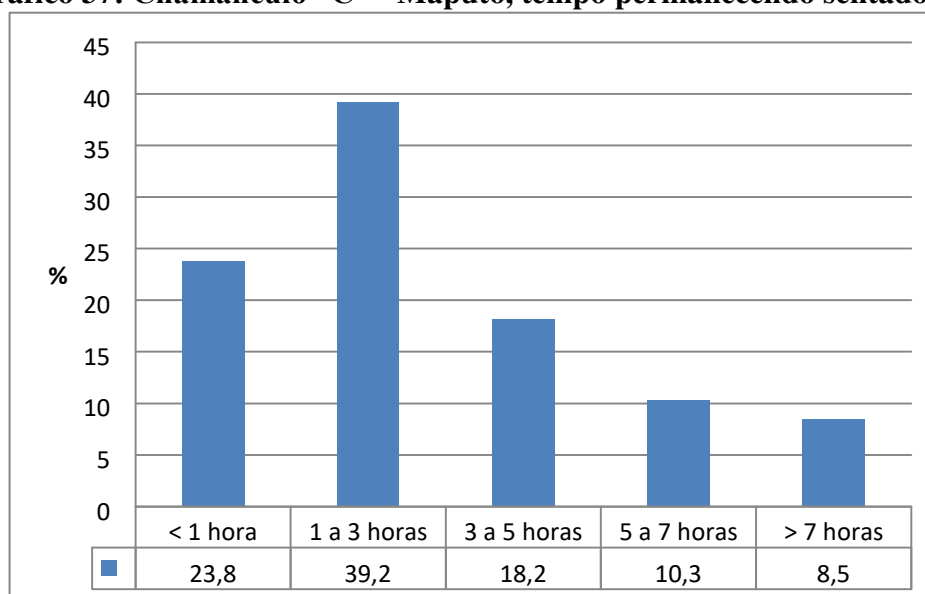
Ao questionar aos entrevistados sobre a frequência de atividade física superior a 40 minutos por semana, chegamos aos seguintes números: 60,6% declarou não fazer nenhuma atividade; 14,2% fazem atividade física no mínimo 5 dias semanais; 9,4% fazem atividades físicas uma vez por semana; 8,2% responderam que fazem esporte duas vezes na semana; 6,4% três dias; e responderam que fazem quatro vezes semanalmente, 1,2% dos entrevistados (Gráfico 36).

**Gráfico 36: Chamanculo “C” - Maputo, atividades físicas mais de 40 minutos/semana**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Questionamos também sobre as atividades domésticas que exigem esforço físico. 33,1% dos entrevistados afirmaram que não realizam atividades que demandam esforço físico; 32,6% declararam que realizam em intensidade moderada; 26,5% disseram que realizam em intensidade fraca; e 7,8% intensidade alta.

Também, perguntamos por quanto tempo o entrevistado tem o hábito de permanecer sentado por hora/dia. Segundo as respostas, 39,3% dos entrevistados permanecem sentados entre uma a três horas por dia; 23,3% permanecem em média uma hora sentado diariamente; 18,2% dos entrevistados ficam entre três a cinco horas em média sentados; 10,3% das respostas indicaram que ficam entre cinco a sete horas diariamente sentado; e 8,5% dos entrevistados permanecem sentados sete horas ou mais por dia (Gráfico 37).

**Gráfico 37: Chamanculo “C” - Maputo, tempo permanecendo sentado/dia**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

#### 4.5 Políticas públicas

As políticas públicas tratam-se do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo Poder Público com o intuito de assegurar os direitos constitucionais inerentes aos cidadãos. Desta forma, são um conjunto de decisões, metas e ações governamentais voltadas para resoluções de problemas de interesse público, que podem ser específicos, como melhorias na qualidade de vida da população, e consequentemente terá impactos nas condições de saúde no país.

Por sua vez, as políticas públicas envolvem um complexo constituído por decisões e ações práticas por vários atores públicos, privados, sindicatos, ONGs, até mesmo igrejas e sociedade na busca de equilíbrio social.

As políticas públicas elaboram projetos ou programas que visam ações do poder público no enfrentamento de problemas estruturais existente no país, visando à melhoria da qualidade de vida em diversas áreas como: o acesso e a qualidade de ensino, o emprego e a geração de renda, o desenvolvimento econômico, as ações que equalizem as diferenças de gênero, raça e etnias, as diferenças históricas de exclusão, e outras iniquidades socioambientais.

Em especial, o foco da nossa pesquisa será as políticas públicas de Moçambique que atuam no enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde existente no país. Em Moçambique há um conjunto de dificuldades a serem enfrentadas, entre elas destacamos as

principais: aumentar o quadro de pessoas da área da saúde, oferecer acessibilidade de atendimento da maioria da população no setor da saúde pública.

Sobretudo, urge a necessidade primordial de investimento no setor da saúde no país. O grave processo de infecção de HIV\SIDA, por exemplo, que desde 2013 a cada sete moçambicanos um é portador do vírus de HIV revela o quadro da urgência em investir na área da saúde.

Infelizmente, a tendência é de que este número tenha um índice maior hoje, tendo em vista que os registro e os grupo de pessoas que tiveram acesso ao atendimento no setor de saúde e indicaram a suspeita da doença. Porém, por falta de programas que visem o teste sorológico com o objetivo de certificar os índices atuais e que faça cobertura na população por inteiro, no que se trata da aplicação dos testes, estes índices poderão ainda ser muito mais elevados. Da mesma forma, também é alarmante os quadros de doenças transmissíveis como a malária, a tuberculose, a cólera, as doenças diarreicas, a alta mortalidade maternal e infantil, os processos de desnutrição crônica e aguda nas crianças até cinco anos de idade.

Entretanto, a Política Nacional de Saúde, bem como a Constituição da República Moçambicana estabelecem que a saúde seja um direito de cada cidadão, cabendo ao Estado o dever de criar as condições necessárias para que a população alcance níveis aceitáveis de saúde. Partindo desta premissa, as estratégias do setor de saúde, que visam alcançar este grande objetivo, baseiam-se nos seguintes princípios: eficácia e equidade na prestação dos cuidados de saúde, flexibilidade e diversificação dos serviços.

O objetivo das políticas públicas em promover a equidade em saúde deve levar em conta os diversos níveis do modelo de Dahlgreen e Whitead (1997), incluindo os determinantes vinculados aos comportamentos individuais, relacionados às condições de vida e trabalho, referente à macroestrutura econômica, social e cultural.

Por outro lado, as ações nos diversos níveis do modelo sejam viáveis de forma efetiva e sustentáveis devem estar fundamentadas em três pilares básicos, sendo eles: a intersectorialidade, a participação social e o conhecimento científico.

É importante recomendar que seja dada a prioridade para as ações intersectoriais relacionadas à promoção da saúde na infância, adolescência, desigualdade de gênero e fortalecimento das redes na construção de territórios saudáveis. Entretanto, em diferentes contextos, propõe-se o fortalecimento de outras estratégias para promoção da saúde, como: as escolas promotoras de saúde, os ambientes de trabalho saudáveis e a participação social. Estes mecanismos têm como objetivo conferir uma base de apoio político às ações sobre os determinantes sociais de saúde para empoderar os grupos populacionais vulneráveis. É



sugestivo, desta forma, o fortalecimento dos mecanismos de gestão participativa nos Conselhos Municipais de Saúde.

Sob a perspectiva da produção de evidências científicas sobre os determinantes sociais de saúde, sugere-se a criação de programas conjuntos com vários setores correlacionados com a saúde, a educação, o trabalho, as ciências e a tecnologia através de editais, periódicos, projeto de pesquisa. Tais ações visam o estabelecimento de redes de intercambio e a colaboração entre pesquisadores e gestores na utilização dos resultados. Sugerimos, também, que seja estabelecido um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e de avaliação do impacto de ações intrasetoriais sobre saúde.

O objetivo das políticas públicas em promover a equidade em saúde deve levar em conta os diversos níveis do modelo de Dahlgreen e Whitehead, incluindo os determinantes vinculados aos comportamentos individuais, relacionados às condições de vida e trabalho, referente à macroestrutura econômica, social e cultural (DAHLGREEN; WHITEHEAD; GILSON, 2001).

Em Moçambique, o sistema nacional de saúde é formado por dois setores, sendo o primeiro orientado pelo setor público, é considerado o maior prestador de saúde a nível nacional; e o segundo sob a orientação do setor privado, que se divide em dois tipos de atendimento: com fins lucrativos e o comunitário sem fins lucrativos. O setor privado com fins lucrativos concentra-se nos grandes centros urbanos devido o aumento dos rendimentos dos grupos familiares.

Os níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde proposto pelo Ministério da Saúde em Moçambique consiste em dois níveis:

1. Periféricos I e II: com finalidade dos cuidados primários e o encaminhamento dos pacientes em condições clínicas graves como complicações no parto, traumatismo, emergências medicas e cirurgias.
2. Periféricos III e IV com finalidade à prestação de cuidados com a saúde e curativos especializados.

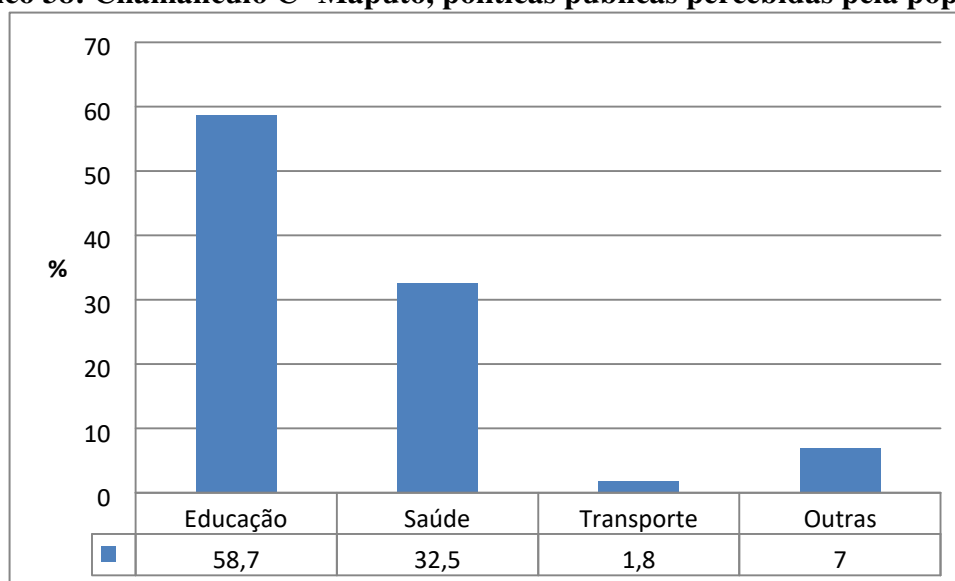
Os cuidados primários como estratégia dominante na intervenção na saúde têm como objetivo o de reduzir taxas por doenças transmissíveis como: malária, tuberculose, cólera e HIV/SIDA. Os problemas de saúde associados à alta taxa de mortalidade materna são áreas prioritárias.

Segundo o Banco Mundial (2010), o financiamento da saúde pública em Moçambique representa 71,7% das despesas no setor. O restante é oriundo de doações de

fundos de organizações não governamentais com financiamento direto de atividades de prestação de cuidados de saúde.

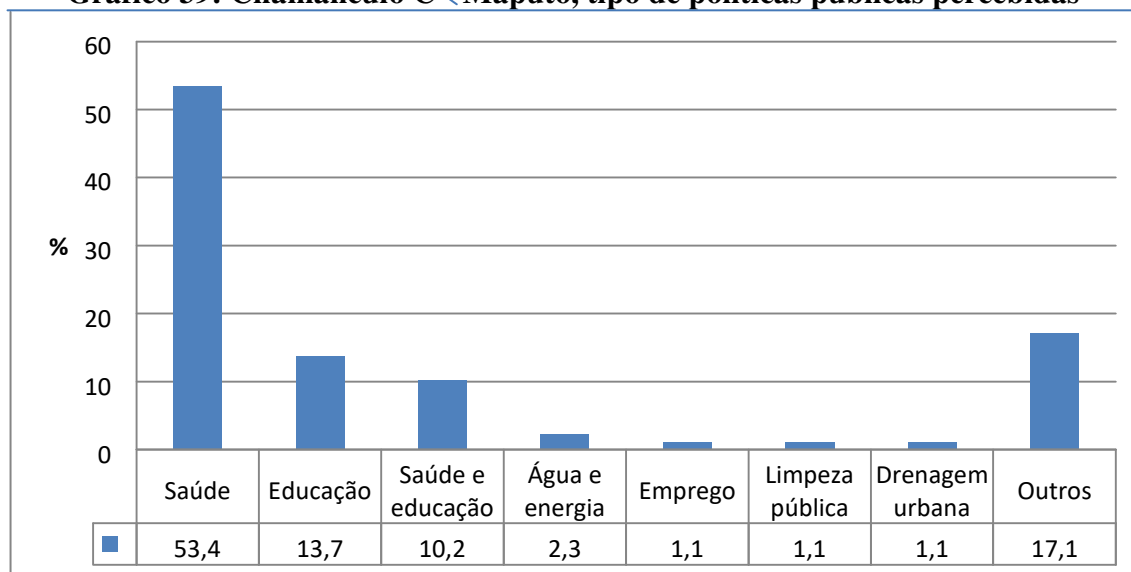
Durante a pesquisa, foi questionado aos entrevistados se eles percebiam na comunidade, por parte das autoridades, a efetivação de projetos de políticas públicas que pudessem influenciar em uma melhoria da qualidade de vida da população local. Mais da metade da população, totalizando 53% dos entrevistados, declarou que não percebe nenhum projeto de políticas públicas no bairro para a melhoria da qualidade de vida; e 47% afirmou que sim, consegue perceber os projetos na rotina da comunidade. Dos 47% dos que declararam perceber as políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida da população do bairro, 58,8% desse grupo especificaram que a educação com o principal foco das autoridades, seguidas da saúde com 32,5%, transporte 1,8% e outros 7,0%, conforme demonstra o gráfico 38.

**Gráfico 38: Chamanculo C -Maputo, políticas públicas percebidas pela população**



Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

Quando perguntado para os entrevistados especificarem as políticas públicas detectados por eles na comunidade para a melhoria da qualidade de vida, 53,4% dos entrevistados disseram que a saúde é uma prioridade; seguido de educação (13,7%); educação e saúde (10,2%), água e energia (2,3%), drenagem urbana, limpeza urbana e emprego (1,1%) e outros 17,1%.

**Gráfico 39: Chamanculo C - Maputo, tipo de políticas públicas percebidas**

Fonte: Pesquisa de campo (2014); Organização: Ramos, Joaquim Dalques (2016)

O estado de saúde da população de um determinado lugar depende de múltiplos fatores como as condições de habitação, as condições ambientais da vizinhança e do bairro, portanto, da qualidade de habitabilidade, que envolve o saneamento ambiental, o desenvolvimento econômico que pode ser aferido pelo o índice de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Tudo isso interfere na saúde e qualidade de vida da população, fatores que se relacionam aos indivíduos e à população, mas também fatores relacionados ao lugar onde se vive.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde e a qualidade de vida dos moradores do bairro Chamanculo C, em Maputo - Moçambique foram estudadas por meio de um diagnóstico de situação de saúde que não se limitou a conhecer apenas o perfil epidemiológico da população ou as condições socioeconômicas, que sem dúvida podem afetar a saúde e determinar o adoecimento e a morte. Mas, a saúde e a doença também são determinadas pelo lugar onde se vive. Só para exemplificar, lugares onde o saneamento ambiental é precário, a incidência de doenças infecciosas e parasitárias é maior, por falta de redes coletoras de esgotos e abastecimento público com água tratada.

Estamos falando da necessidade de conhecer a realidade, não só da condição do indivíduo e da população, epidemiológica e socioeconômica, mas também as características

ambientais do lugar onde vive a população, para estabelecer estratégias que possam eliminar ou amenizar a determinação social da saúde.

Tanto a condição da população quanto do lugar podem ser fortemente influenciadas, por um lado pelo modo de vida (estilo de vida) e pelas formas de agregação social e por outro lado pelas políticas públicas, não só de saúde, mas de educação, desenvolvimento social, de emprego e renda, de saneamento ambiental, ou seja, políticas públicas intersetoriais como propõem as conferências internacionais de promoção da saúde, "*saúde em todas as políticas*", para construir territórios saudáveis.

A metodologia da pesquisa desenhada para atender a essa concepção de diagnóstico de situação de saúde, a partir de Observação Social Sistemática e um inquérito populacional dividido em 5 sessões (perfil do lugar, perfil socioeconômico, perfil epidemiológico, agregação e estilo de vida e políticas públicas) foi suficiente para apreender a condição dos indivíduos e da população, e ao mesmo tempo, do lugar.

O objetivo de identificar os problemas e necessidades de saúde da população foram alcançados, pelas compreensão das condições de vida e trabalho e pelos os riscos e vulnerabilidades da população e do território.

Com relação ao perfil do lugar, constatou-se que mais do que a vulnerabilidade social da população, a vulnerabilidade estrutural do bairro Chamanculo C, em Maputo - Moçambique afeta a saúde dos seus moradores.

A moradia é insalubre, não só porque na maioria das casas o tipo de construção e os materiais construtivos não são adequados, porque são "*casas de lata*" ou "*palhotas*". mas também pelo número excessivo de pessoas vivendo na mesma casa. Como a maioria das casas são pequenas, têm-se um problema de falta de intimidade para os membros da família, principalmente para as mulheres. Aqui, ainda, podemos fazer referência a falta de cozinhas em muitas casas, o que obriga essas famílias a preparar e cozer as refeições em fogões improvisados nos quintais, o que expõe os alimentos à contaminação. Aliás, por uma questão cultural, mesmo em casas que possuem cozinhas, algumas família preparam os alimentos e tomam as refeições fora da casa.

O bairro, caracterizado como "*cidade de caniço*", que se contrapõe a "*cidade de concreto*", se apresenta com as carências próprias das áreas suburbanas das áreas suburbanas das grandes e médias cidades dos países africanos, no que se refere as condições de salubridade do domicílio e da vizinhança, que poderia ser chamadas de condições de habitabilidade. Neste quesito de carências do lugar, destacam-se a deficiência da drenagem urbana, que permite que no bairro permaneçam áreas alagadas, responsáveis por manter

criadouros de anófeles, que transmitem a malária; a falta de rede coletora de esgotos e os problemas com o lixo, seja porque a gestão dos resíduos é deficiente, seja porque no becos e vielas estreitas e sinuosas do bairro o caminhão da coleta de lixo não conseguem entrar.

Ainda, há problemas relacionados ao abastecimento de água, que só chega à maioria das casas quando buscada de um furo (cisterna), em baldes e vasilhames, que permanecem nas residências, quase sempre sem tampas, o que é motivo para uma provável contaminação. Mas, é preciso falar que algumas pessoas recebem água da rede da FIPAG, concessionária para o abastecimento público de água. Como a rede de distribuição possui muitos pontos de vazamento, visíveis em caminhos de umidade sobre o solo, que se mistura com esgotos domésticos que escoam pelas ruas, as famílias que recebem essa água não estão livres da contaminação, nem as que se abastecem buscando água nesses vizinhos.

Com relação à condição socioeconômica da população, referida pela condições materiais, renda e capacidade de consumo para o sustento da família, pode-se dizer que a maioria da população encontra-se em situação de vulnerabilidade social, com carências na alimentação, no acesso à educação, na mobilidade urbana para deslocar-se para a escola e ao trabalho, para aqueles que estudam ou têm trabalho. É uma coincidência iníqua, que populações vulneráveis habitem na cidade lugares sem infraestrutura urbana capaz de oferecer dignidade humana e garantir uma qualidade de vida ao menos satisfatória.

Efetivamente essas condições de carência da população e do lugar afetam a saúde dos indivíduos, o que ficou demonstrado pelo perfil epidemiológico. No Chamanculo C, a doença e a morte se estabelecem principalmente por infecções e parasitoses, perfil epidemiológico próprio de populações pobres dos países subdesenvolvidos economicamente, ou em desenvolvimento.

A malária é a doença mais incidente e a que provoca a maioria das mortes. Tuberculose e HIV-AIDS também estão entre as que mais matam, juntamente com diarreias, principalmente em crianças, responsáveis pela mortalidade infantil alta. Mas, doenças crônicas como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas provocadas pelo estilo de vida já começam a tomar importância; Somam-se a isso os agravos e mortes por causas externas, representados por acidentes de viação (de trânsito) e homicídios, e tem-se uma tripla carga para o serviço público de saúde do país.

No diagnóstico das políticas públicas que devem fazer frente a esses problemas, constatou-se que no Chamanculo C falta uma política social mais consistente e investimentos em infraestruturas urbanas. Há programas de requalificação urbanas do bairro que não saem

do papel. Seria necessário um projeto de retificação e alargamento das vias públicas, assim como investimentos em saneamento ambiental e drenagem urbana, mas nada acontece.

Ainda que o país esteja crescendo com as maiores taxas de crescimento econômico do mundo, a quase uma década, os investimentos em infraestrutura são voltados para o desenvolvimento do setor produtivo, com a expectativa que isso redunde em criação de empregos, e isso produza melhorias sociais.

Em verdade esse modelo de sistema econômico, aplicado aos países da margem do capitalismo central, só tem aprofundado as desigualdades sociais; enriquecendo os mais ricos e empobrecendo os mais pobres, colocando uma grande parcela da população fora do mercado de bens e serviços que não essenciais à dignidade humana e a uma melhor qualidade de vida.

Por fim, este estudo buscou entender como as formas de agregação social e a participação comunitária têm produzido ações de solidariedade, nas famílias e entre vizinhos, para além da atuação das ONGs, que têm atenuado o sofrimento e as agruras da população. Vê-se que a mobilização social, no sentido freiriano, pode produzir o empoderamento da população, não só para exigir do Estado os direitos sociais, mas também para a ação comunitária que ajuda a construir solidariamente uma vida mais digna e um território mais saudável.

Neste diagnóstico foram apontados os principais problemas e as necessidades de saúde da população que, certamente não estão afetos exclusivamente ao setor saúde, mas exigem ação de políticas públicas intersetoriais, na perspectiva de um Estado de Bem Estar Social, numa abordagem de saúde que continue tratando os doentes, mas também realize prevenção e promoção da saúde.

Resta, ainda que as autoridades políticas tomem o compromisso de realizar e que a população consiga fazer valer os seus direitos e, por uma ação cidadã e solidária, consiga transformar o bairro Chamaculo C em um lugar mais aprazível e favorável à saúde e à vida.

## 6 REFERÊNCIAS

ABRAHAMSSON; HANS, NILSSON, ANDERS (1995) “ The Washington Consensus” e Moçambique. A importância de questionar o modelo de pensar o ocidente sobre o processo de desenvolvimento do continente africano. Maputo: Centro de Estudos Estratégias Internacionais. Instituto Superior de Relações Internacionais.

AKERMAN, M.; MENDES, R. Intersetorialidade: Reflexões e Práticas. In: FERNANDEZ, C. A. F.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local**. 2007. p. 54-69. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

ALMEIDA, C., TRAVASSOS, C., PORTO, S., LABRA, M.E.A. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, Farmingdale, NY, v.30, n.1, p.129-162, 2000.

ALVES, H. P. da F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a04>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

ALVES, H. P. da F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a04>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

ANDRADE, M. M. Pesquisa científica: noções introdutórias. In: \_\_\_\_\_. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Cap. 10, p. 121-127.

ANDRADE, M. M. Métodos e técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Cap. 11, p. 129-136.

ARAÚJO, Manuel G. Mendes. Cidade de Maputo, espaço contrastantes: do urbano ao rural. **Anais**. Encontro de Geógrafos da América Latina, 20 a 26 de março de 2005. São Paulo, Universidade de São Paulo. 2005, 1176-1187. Disponível em: <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Oordenamientoterritorial/08.pdf>>.

ARAÚJO, André Rodrigues Antunes. Estudo do funcionamento dos transportes públicos em Maputo e desenvolvimento de acções de melhoria. **Dissertação** (Mestrado em

Engenharia Industrial e Gestão). Universidade do Porto. Porto - Portugal, 2014, 101p.  
Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57826/1/000145488.pdf>>.

ARNDT, CHANNING, SAM JONES E FINN TARP (2006). Aid and Development: The Mozambican Case. Maputo: Ministério do Plano e Desenvolvimento, Direcção Nacional de Estudos e Análise Política.

ASHTON, J. **Cidades Sanas**. Barcelona: Masson S.A, 1992.

BAIA, Alexandre H. M. Os meandros da urbanização em Moçambique. **GEOUSP** - Espaço e Tempo, São Paulo, 29 - Especial, p. 03-30, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/74202/77845>>.

BAIA, Alexandre Hilário Monteiro. Os conteúdos da urbanização em Moçambique: considerações a partir da expansão da cidade de Nampula. Tese (Doutorado em Geografia Humana). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-19022010-173301/publico/ALEXANDRO\\_HILARIO\\_MONTEIRO\\_BAIA.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-19022010-173301/publico/ALEXANDRO_HILARIO_MONTEIRO_BAIA.pdf)>

BARCELOS, Christovam; MONKEN, Maurício. O território e o processo saúde doença. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=23&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=23&arquivo=ver_conteudo_2). Acesso em 10/05/2013. 2007.

BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. M. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em saúde no Brasil. **Revista Informática Pública**, 4(2): 221230, 2002.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138, 2002. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília. 2002

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. A saúde da população brasileira. In: Barros, Piola & Vianna. Política de saúde no Brasil: diagnósticos e perspectivas. Brasília, Ipea, **Textos para discussão**, 401, 1998.

BARRET, F . *Disease and geography: the history of an idea.*. 23. Toronto:York University, 2000. (Geographical Monographs n. 23)

BARRETO, M. Uma jornada de humilhação.São Paulo: Fapesp; PUC, 2000.

BARRETO, M. L, CARMO, E. H. Determinante das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: Ministério da Saúde, organizador. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p.235-259



BADIN, e.1843-1907: Approche de l'école moderne de peinture lyonnaise 1863-1925 Unknown Binding – 1 Jan 1982

BERKMAM, L. F. AND KAWACHI, I. (eds). *Neighbourhoods and Health*. New York: Oxford University Press Inc, USA, 2003, pp. 320, £39.50. ISBN 0195138384

BLOOM, David Canning; SEVILLA, Jaypee. *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*. Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA. *World Development* Vol. 32, No. 1, pp. 1–13, 2004 2003.

BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. (organizado por Renato Ortiz). São Paulo: Ática; Brasiliense. São Paulo, 1990.

BRASIL, 1999. BRASIL. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 10 mai. 1999.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. 3. ed. ver. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, medicina y política**. México, Ed. Fontamara, 1986. p. 102.

BRISCOE, J. *Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento*. 1985.

BRISCOE, J. Evaluating water supply and other health programs: short-run vs long-run mortality effects. *Public Health* 99 (3): 142-145.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a20.pdf>>.

BUSS, Paulo M. and PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.9, pp.2005-2008. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>

CALDEIRA, Adérito. Expectativa de vida em Moçambique aumentou para 57,6 anos de idade, ainda longe da média global de 71,4 anos. @**Verdade**, 23 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/tema-de-fundo/35-themadefundo/58023expectativa-de-vida-em-mocambique-aumentou-para-576-anos-de-idade-ainda-longeda-media-global-de-714-anos>>.

\_\_\_\_\_. Prevenção e combate do casamento prematuro e da gravidez precoce são uma prioridade em Moçambique, mas não há dinheiro. @Verdade, em 14 de Abril 2016. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/tema-de-fundo/35themade Fundo/57568-a-prevencao-e-o-combate-do-casamento-prematuro-e-dagravidez-precoce-sao-uma-prioridade-em-mocambique-mas-nao-ha-dinheiro>>.

CAPELA, José. **Moçambique pela sua história**. Ribeirão, Portugal: Ed. Húmus, 2010.

CARRILHO, João; ABBAS, Máriam; JÚNIOR, António; CHIDASSICUA, José;

CARTIER, Ruy; BARCELLOS, Christovam; HÜBNER, Cristiane; PORTO, Marcelo Firpo. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25(12), p. 2695-2704, dez. 2009.

CASTELO, Cláudia. Passagens para a África: o povoamento de Angola e Moçambique com naturais da metrópole (1920-1974), Porto, Edições Afrontamento, 2007.

CASTRO e MOURA – Fatores Associados a padrão de Consumo Alimentar da população brasileira. *Caderno de Saúde Publica*, rio de Janeiro, nº19 (sup.1) 547,553. 2003.

CECILIO, 2001. CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. p. 113-126, 2001.

CHAKRABORTY, S. Endogenous Lifetime and Economic Growth. **Journal of Economic Theory**, v. 116, p. 119-37, 2004.

CHEN, W. *Three essays on the health and wealth of nations*. PhD dissertation, University of Victoria, 2008.

COHEN, Simone Cynamon; BODSTEIN, Regina; KLIGERMAN, Débora Cynamon; MARCONDE, Willer Baumgarten. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):191-198, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/18.pdf>>.

COMARROF, Jean; COMARROF John. Etnografia e imaginação histórica. **Revista Proa**, 2 (1): 1 - 72, 2010. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/proa>>.

CVJETANOVIC, B. Health effects and impact of water supply and sanitation. **World Health Statistics Quarterly** 39: 105-117.

DAHLGREN, Göran; WITHEHEAD, Margaret. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.** World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen. 2007. 137p. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/European-strategies-for-tackling-social-inequities.pdf>>.

DW ÁFRICA. Malária continua a aumentar em Moçambique e Angola, 25/04/ 2017.

**Disponível em:** <<http://www.dw.com/pt-002/malária-continua-a-aumentar-emmoçambique-e-angola/a-38573995>>.

FAO - CENSO AGRO – PECUÁRIO: RESULTADOS PRELIMINARES – MOÇAMBIQUE, 2009 – 2010

FARIAS, M. S. S. de. **Monitoramento da qualidade da água na Bacia Hidrográfica do rio Cabelo.** Tese de doutorado do curso de engenharia agrícola da Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2006. Disponível em: <<http://www.deag.ufcg.edu.br/copeag/teses2006/tese%20sally.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

FERNANDEZ, C. A. F. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, C. A. F.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local.** 2007. p. 25-38. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2013.

FORATTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saude soc.** [online]. vol.8, n.1, pp.49-61, 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/7031/8500>>.

GOMES, Vivian Alves da Costa Rangel. A dimensão da condição de habitabilidade dos domicílios do rio de janeiro. **Anais.** XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. ABEP. Águas de Lindóia/SP - Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST26\[585\]ABEP2012.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST26[585]ABEP2012.pdf)>.

GRANJO, P. Saúde e Doença em Moçambique. **Saúde Soc.** São Paulo, V,18 nº 4 p.567-581 2009.

HARVEY, 1980. HARVEY, David. **A Justiça Social e a Cidade.** Tradução de: SILVA, A. C. da. São Paulo: Hucitec, 1980.

HIPÓCRATES 1998 *Aforismos.* Comentários de Carlos Brunini. São Paulo: Typus.

INE. Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito sobre Orçamento Familiar 2008/09**. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2010.

JAIME, Patrícia Constante et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2007.

JAVACHANDRAN, S; LERA-MUNEY, A. Life expectancy and human capital investments: Evidence from maternal mortality decline. *Quarterly Journal of Economics*, v. 124, p. 349-397, 2009

KALEMLI-OZCAN, 2003. Kalemli-Ozcan, S. A Stochastic Model of Mortality, Fertility, and Human Capital Investment. **Journal of Development Economics**, v. 70, p.103-118, 2003.

KASSOUF, A. L. **A demanda de saúde infantil no Brasil por região e setor**. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 24, p. 235-260, 1994.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. Introduction. In: KAWACHI I.; BERKMAN L.F. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 1 - 19.  
Disponível em:  
<[https://www.researchgate.net/profile/Anne\\_Ellaway/publication/229479263\\_Neighborhoods\\_and\\_Health/links/00463514735faf26ef000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anne_Ellaway/publication/229479263_Neighborhoods_and_Health/links/00463514735faf26ef000000.pdf)>.

KNOWLES, S.; OWEN, D.P. Health capital and cross-country variation in income per capita in the Mankiw-Romer-Weil model. **Economics Letters**, v.48, p. 99-106, 1995.

LANDGRAF, F; L Políticas culturais em Moçambique: do Estado socialista ao aberto à economia de mercado Trabalho de Conclusão apresentado ao Centro de Estudos Latino-Americanos sobre Cultura e Comunicação da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Projetos Culturais e Organização de Eventos, produzido sob orientação do prof. Danilo Oliveira São Paulo 2014

LANGA, E. M. Avaliação das percepções e riscos de contrair HIV em adolescentes e sua abordagem no 1º e 2º ciclos Ensino Secundário, na Província de Maputo. Dissertação de Mestrado. Universidade Eduardo Mondlane. 2013.

LEFEBURE, Henri. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: *La production de l'espace* 4ª éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000), Belo Horizonte, 1992.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 1976, 744p.

LIMA, Samuel do Carmo. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: REMOALDO, Paula; NOGUEIRA, Helena. **Desigualdades socioterritoriais comportamentos em saúde**. Lisboa. p. 31-46. Edições Colibri. 2013, 253 p

LIMA, S. C; JULIÃO, J. S. (organizadores). **Saúde Ambiental, Território e Promoção da Saúde em Maputo**, Moçambique. Editora Assis, 2016.

LISBOA, A. H.; MACHADO, A. T. G. da M.; GOULART, E.M.A.; POLIGNANO, M.V. **Abordagem ecossistêmica da saúde**. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy, 2012.

LORENTZEN, P.; Mcmillan, J. E.; Wacziarg, R. Death and Development. *Journal Economic Growth*, v.13, p.81-124, 2008.

MACHADO, 2008. Machado, D. C. Efeitos da saúde na idade de entrada à escola. **Pesquisa e planejamento econômico**, v. 38, p. 67-95, 2008.

MALOA, Joaquim Miranda. O impacto da criminalidade urbana em Moçambique. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência** (UNESP/Marília), 16, p. 99-118, 2015.  
Disponível em:  
<<http://www.bjis.unesp.br/ojs2.4.5/index.php/levs/article/download/5593/3841>>.

MAPOSSE, Daniel. My Love...intimidades violentadas! Fundação MASC, Mecanismo de Apoio à Sociedade civil. **Está na hora**. Boletim Semestral, nº 1. Dez/2016, p. 6-7, 2016.  
Disponível em:  
<[http://www.masc.org.mz/wfile/0000o4rRGqJ2OBCneh5oC36m000/EH\\_web.pdf](http://www.masc.org.mz/wfile/0000o4rRGqJ2OBCneh5oC36m000/EH_web.pdf)>.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomos I e II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 1993.

MELO, Vanessa de Pacheco. **Urbanismo português na cidade de Maputo**: passado, presente e futuro. *Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)*, v. 5, n. 1, p. 71-88, jan./jun. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, e Seroa Da Motta, R. **Saúde e saneamento no Brasil**. Texto para discussão, n. 1081, IPEA, 2005.

MENESES, Maria Paula. **Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada**: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; SILVA, Teresa Cruz e. **Moçambique e a reinvenção da emancipação social**. Maputo, Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004, p.77110.  
Disponível em:

<[http://www.academia.edu/2250752/Quando\\_n%C3%A3o\\_h%C3%A1\\_problemas\\_estamos\\_de\\_boa\\_sa%C3%BAde\\_sem\\_azar\\_nem\\_nada\\_para\\_uma\\_concep%C3%A7%C3%A3o\\_emancipat%C3%B3ria\\_da\\_sa%C3%BAde\\_e\\_das\\_medicinas](http://www.academia.edu/2250752/Quando_n%C3%A3o_h%C3%A1_problemas_estamos_de_boa_sa%C3%BAde_sem_azar_nem_nada_para_uma_concep%C3%A7%C3%A3o_emancipat%C3%B3ria_da_sa%C3%BAde_e_das_medicinas)>.

MILTON, S. Metamorfoses do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Geografia. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2008.

MINAYO, M.C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MOÇAMBIQUE. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2014. Disponível em: <[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/mozambique/pess\\_30\\_setembro\\_2013\\_detailh\\_com\\_anexos\\_vf\\_celia.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detailh_com_anexos_vf_celia.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Planificação e Cooperação Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS 2014-2019. Ministério da Saúde. Maputo: 2013. Disponível em: <[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/mozambique/pess\\_30\\_setembro\\_2013\\_detailh\\_com\\_anexos\\_vf\\_celia.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detailh_com_anexos_vf_celia.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Inquérito de Indicadores Múltiplos. Ministério de Comunicação Social/Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2008. Disponível em: <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/content/download/1416/12035/version/1/file/Inquerito+de+indicadores+Multiplos-2008.pdf>>.

MONKEN, M.; MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, MOREIRA, J.C.. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.23-41.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MONTEIRO, 2009. Monteiro, C. A.; Benicio, M. H.; Konno, S. C.; Silva, A. C. F.; Lima, A. L. L.; Conde, W. L. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v.43, p.35-43, 2009.

MORAIS, Carolina Maíra Gomes. Políticas de saúde e medicina tradicional em Lourenço Marques. (Moçambique 1940-1975). In: **XV Encontro Regional de História ANPUH-Rio**. São Gonçalo (RJ), 2012.

MORAIS, J. S. Maputo: património da estrutura e forma urbana. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.

MOSCA, João. **Desafios para a Segurança Alimentar e Nutrição em Moçambique**. OMR - Observatório do Meio Rural: 2016(?), 62 p. Disponível em: <<http://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/livro-desafios-seguranca-alimentar-enutricao-em-mocambique.pdf>>

MUCELIN e BELLINE, 2007. Para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MUMEMO. A história completa de Mumemo. 2008? Disponível em: <<http://www.mumemo-moz.com/historia/>>. acessado em 12/05/2017.

NEWITT, Malyn. **História de Moçambique**. Lisboa: Publicações Europa-América Lda., 1997.

O PAÍS. Chuva expõe fragilidades de saneamento nos bairros da periferia da cidade de Maputo, 17 janeiro 2017. <Disponível em: <<http://opais.sapo.mz/index.php/sociedade/45-sociedade/43264-chuva-expoe fragilidades-de-saneamento-nos-bairros-da-periferia-da-cidade-de-maputo.html>>.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Veinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas. Washington, 1993.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.

ONU. Organização das Nações Unidas. **PNUD: Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano**. Maputo. 2006.

ORTNER, S. B. Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject 2006. **Published:** 2006. **Pages:** 200

PAULO, Margarida; ROSÁRIO, Carmeliza; TVEDTEN, Inge. ‘Mucupuki’ Relações Sociais da Pobreza Rural-Urbana no Centro de Moçambique. Coimbra: CMI, 2008.

PNUD, 1998-2011. O Perfil de Desenvolvimento Humano em Moçambique, 1998 – 2011

PNUD, 2008. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 1997. **Relatório do Desenvolvimento Humano**. PNUD, Brasília.

PORTER, M. E.; EISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

POSNETT, J.; HITIRIS, T. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11, 173-81, 1992.

PROIETTI, Fernando Augusto; OLIVEIRA, Cláudia Di Lorenzo; FERREIRA, Fabiane Ribeiro; FERREIRA, Aline Dayrell; CAIAFFA, Waleska Teixeira. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [ 3 ]: 469-482, 2008.

PRITCHETT e SUMMERS, 1996. Pritchett, L. and Summers, L. H. Wealthier is Healthier. **Journal of Human Resources**, v. 31, p 841-68, 1996.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, 2004.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**. vol. 13 nº 35, São Paulo, Jan./Apr. 2008.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando as Relações Produção, Trabalho, Ambiente e Saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462010000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462010000300003)>.

SANTOS, Andre Almeida; ROFFARELLO, Luca Monge; FILIPE, Manuel. Moçambique 2016. **Perspetivas económicas em África**. AfDB/OECD/UNDP. 2016, 15p. Disponível em: <[http://www.africaneconomicoutlook.org/sites/default/files/201608/Mo%C3%A7ambique\\_PT\\_2016.pdf](http://www.africaneconomicoutlook.org/sites/default/files/201608/Mo%C3%A7ambique_PT_2016.pdf)>.



SAQUET, Marcos Aurélio. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**, Florianópolis, 22 (43): 55-76, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/12646/11806>>.

SAÚTE, Nelson João Pedro. Crônica de uma integração imperfeita: o caso da privatização dos portos e Caminhos de Ferro em Moçambique (200 - 2005). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP). Programa de Pósgraduação em Sociologia. **Dissertação** (Mestrado). São Paulo: 2010, p. 194. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-19072010144441/publico/2010\\_NELSONSAuTE.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-19072010144441/publico/2010_NELSONSAuTE.pdf)>.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(4). 1997, p. 585-593.

SNOW, Jhon. **Sobre a maneira da transmissão da cólera**. São Paulo, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1990.

SITOE A, SALOMÃO A, WERTZ-KANOUNNIKOFF S. O contexto de REDD+ em Moçambique: causas, actores e instituições. Bogor: CIFOR; 2012. Publicação Ocasional n. 76.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 7(2). 1998, p. 7-28.

TVEDTEN, Inge. Maragrida Paulo, et al. Gender Policies and Feminisation of Poverty in Mozambique. 2008.

UNICEF. **Situação das Crianças em Moçambique 2014**. Maputo, Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2014, 95p. Disponível em: <[http://sitn.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT\\_WEB.pdf](http://sitn.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf)>.

UNICEF. **Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência em Moçambique**. Maputo, 2015. Disponível em: <[http://www.unicef.org.mz/wpcontent/uploads/2015/07/PO\\_Moz\\_Child\\_Marriage\\_Low\\_Res.pdf](http://www.unicef.org.mz/wpcontent/uploads/2015/07/PO_Moz_Child_Marriage_Low_Res.pdf)>.

USEPA – United States Environmental Protection Agency 1990. Environmental Pollution Control Alternatives: Drinking Water Treatment for Small Communities.

@VERDADE. **População pede maior proteção policial face ao aumento da criminalidade em Nampula**. 11 de nov. 2014. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/nacional/50178-populacao-pede-maior-proteccao-policial-face-ao-recrudescimento-dos-crimes-em-nampula>>.

VIANA, David L. RIVAS, Juan L. NATÁLIO, Ana. 2012. “Apreendendo com a morfologia urbana de Maputo [in]forma”l. Actas Conferência Internacional: PNUM 2012 – Morfologia Urbana nos Países Lusófonos. Lisboa. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa: 601-627.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, C. A. F.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local**. 2007. p. 6-23. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-dasaude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2013.

WHO. Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, Switzerland, 2002. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao\\_introduction.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf)

WHITEHEAD, M.; Dahlgren, G. Gilson, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. (Eds.) Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York:Oxford University Press; 2001:309-322. Disponível em: <<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>>

WHO. **Mozambique: Factsheets of Health Statistics** - 2016. African Health Observatory. World Health Organization. Regional Office for Africa. 2016a. Disponível em: <[http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/images/c/c8/MozambiqueStatistical\\_Factsheet.pdf](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/c/c8/MozambiqueStatistical_Factsheet.pdf)>.

WHO. **The Work of WHO in the African Region, 2015-2016** - Report of the Regional Director. AFRO Library Cataloguing-in-Publication Data. (NLM Classification: WA 541 HA1), 2016b. Disponível em: <[http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=10326&Itemid=2593](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10326&Itemid=2593)>.

USA. **An ensemble of definitions of environmental health**. U.S. Department of Health and Human Services. Environmental Health Policy Committee. 1998. Disponível em: <<https://health.gov/environment/DefinitionsofEnvHealth/ehdef2.htm>>.

## APÊNDICE 1

### INQUÉRITO SOBRE SAÚDE AMBIENTAL, TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE Cidade de Maputo - Moçambique

#### IDENTIFICAÇÃO

Nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_ Quarteirão \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_

## 1 PERFIL DO LUGAR

### Habitação

1.1 Sua habitação/casa é:

☐ Própria ☐ Herança ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.2 Você tem algum documento de propriedade do terreno onde mora (Título de propriedade)?

☐ Não ☐ Não sabe ☐ Sim

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.3 Quantas divisões (quarto, casa de banho, cozinha, sala etc.) sua casa possui?

☐ Quarto (s) \_\_\_\_ ☐ Sala(s) \_\_\_\_ ☐ Cozinha \_\_\_\_ ☐ Casas de banho (s) \_\_\_\_  
☐ Outros \_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.4 Quantas pessoas moram na casa?

☐ Crianças (<14 anos) \_\_\_\_ ☐ Homens \_\_\_\_ ☐ Mulheres \_\_\_\_ ☐ Total \_\_\_\_

1.5 Como é o terreno de sua casa?

☐ Terra firme ☐ Inundável ☐ Áreas marginais sujeitas a erosão ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.6 Tipo de habitação:

☐ Alvenaria ☐ Flat/apartamento ☐ Madeira e zinco ☐ Palhota  
☐ Outros

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.7 Qual é o pavimento da casa?

☐ Madeira ☐ Tijoleira ☐ Terra batida ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.8 Utiliza sanitário ou latrina?

- ☐ Sim, dentro da casa      ☐ Sim, fora de casa      ☐ Não, utilizo outro lugar

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.9 Qual é o principal tipo de abastecimento de água da sua casa?

- ☐ Rede geral de distribuição (FIPAG)      ☐ Micro abastecimento comunitário (poços)  
☐ Poço doméstico   ☐ Furo      ☐ Rio , lago, ou nascente      ☐ Água de chuva armazenada em cisternas      ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.10 Como é a água que você bebe?

- ☐ Fervida      ☐ Clorada      ☐ Filtrada      ☐ Sem tratamento      ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.11 Em sua casa há energia elétrica?

- ☐ Sim      ☐ Não

1.12. Qual é a fonte de energia usada em sua casa?

- ☐ Eletricidade (EDM)      ☐ Solar      ☐ Eólica      ☐ Gerador      ☐ Gás ☐  
 Lenha      ☐ petróleo/parafina/ querosene      ☐ bateria s      ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.13 Como é acondicionado o lixo em sua casa?

- ☐ Recipiente aberto      ☐ Recipiente fechado      ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.14 Qual é o destino do lixo de sua casa?

- ☐ Coletado por serviço público de limpeza      ☐ recolhido em txovas   ☐ Enterrado  
☐ Queimado   ☐ Deitado na rua      ☐ Rio / Canal      ☐ Terreno baldio      ☐  
 Mata      ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.15 Você faz algum tipo de seleção/reaproveitamento do lixo na sua moradia?

- ☐ Não      ☐ Metais e vidros      ☐ plásticos      ☐ Papéis e papelão      ☐ Matéria orgânica (adubo ou energia)

1.16. Sua casa apresenta aspectos que podem comprometer a saúde?

- ☐ Mofo/bolor      ☐ Falta de ventilação      ☐ Superlotação      ☐ Ruído/barulho  
☐ pavimento, paredes ou telhado danificado      ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

## Vizinhança

1.17 Seu bairro é parcelado?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

1.18 Como são as ruas do seu bairro?

☐ Estreitas ☐ Largas ☐ Pavimentadas ☐ Terra batida ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.19 A recolha do lixo é realizada quantas vezes na semana?

☐ Nunca ☐ 1 x semana ☐ 2 x semana ☐ 3 x semana  
☐ Todos os dias

1.20 Há muito lixo deitado nas ruas e nos espaços públicos em seu bairro?

☐ Sim ☐ Não

1.21 Onde o esgoto do sanitário da casa é lançado?

☐ Rede geral ☐ Fossa séptica ☐ Latrina tradicional melhorada  
☐ Latrina não melhorada ☐ Vala a céu aberto ☐ Rio / Canal ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.22 No bairro, há comércio de frutas e verduras?

☐ Sim ☐ Não

1.23 No bairro há espaços públicos para lazer e recreação?

☐ Quadras poliesportiva ☐ Parque público ☐ Praças bem cuidadas

1.24 A iluminação pública nas ruas é suficiente?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não há iluminação

1.25 Você se sente seguro para chegar à noite em sua casa?

☐ Sim ☐ Não

1.26 Quais são os principais problemas de segurança pública no bairro?

☐ Tráfico de drogas ☐ Assaltos às pessoas ☐ Roubo às residências

1.27 A quanto tempo mora no bairro?

☐ < 1 ano ☐ 2 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ 11 a 15 anos  
☐ > 15 anos

1.28 Antes morava em que bairro ou cidade?

Especifique: \_\_\_\_\_.

1.29 Se pudesse escolher, moraria em qual bairro?

Especifique: \_\_\_\_\_.

## 2 PERFIL SÓCIO ECONÓMICO

### 2.1 Qual o seu estado civil?

- ☐ Casado                      ☐ Solteiro                      ☐ União marital                      ☐ Divorciado/separado  
☐ Viuvo

### 2.2 Qual é a sua nacionalidade

- ☐ Moçambicana                      ☐ Estrangeira

### 2.3 Qual a sua naturalidade (onde nasceu)?

Especifique: \_\_\_\_\_.

### 2.4 Qual é a sua raça?

- ☐ Negro    ☐ Mestiço    ☐ Branco    ☐ Indiano    ☐ Paquistanês    ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

### 2.5 Qual é a sua religião?

- ☐ Católica                      ☐ Protestante                      ☐ Mulçumana                      ☐ Religião tradicional africana  
☐ Não tem religião

### 2.6 Qual é a sua etnia?

- ☐ Maronga                      ☐ Machopes                      ☐ Machangana                      ☐ Macena                      ☐ Matewe  
☐ Mandaus                      ☐ Machuabos                      ☐ Macua                      ☐ Maconde                      ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

### 2.7 Qual língua fala com mais frequência em casa?

- ☐ Português                      ☐ Língua Moçambicana                      ☐ Língua estrangeira Especifique:

\_\_\_\_\_.

### 2.8 Qual é o seu nível de leitura (português)?

- ☐ Não sabe escrever                      ☐ Não sabe ler                      ☐ Não sabe ler nem escrever                      ☐ Sabe ler e escrever

### 2.9 Qual é o seu nível de escolaridade?

- ☐ Nunca estudou                      ☐ 1ª a 5ª classe                      ☐ 6ª a 7ª classe                      ☐ 8ª a 10ª classe  
☐ Técnico Profissional    ☐ Bacharelato    ☐ Licenciatura    ☐ Mestrado    ☐ Doutorado

### 2.10 Onde você trabalha?

- ☐ Administração Pública                      ☐ Organismos internacionais                      ☐ Empresa Privada    ☐ Conta Própria com empregados    ☐ Conta Própria sem empregados    ☐ Família sem renumeração

### 2.11 Na casa há criação de animais para consumo ou para comércio ?

☐ Vaca/boi   ☐ Cabrito   ☐ Ovelha   ☐ Porco   ☐ Pato   ☐ Galinha   ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

2.12 Na casa se exerce alguma atividade produtiva (que gera renda) ☐ Não

☐ Barraca   ☐ Oficina   ☐ Banca   ☐ Estaleiro   ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

2.13 Qual é o rendimento total da família?

☐ < 2 mil Meticais   ☐ 2 a 5 mil Meticais   ☐ 5 a 10 mil Meticais   ☐ > 10 a 20 mil Meticais   ☐ < 20 mil Meticais

2.14 Qual é o número de pessoas que contribuem para esse rendimento familiar?

☐ 1 pessoa   ☐ 2 pessoas   ☐ 3 pessoas   ☐ 4 pessoas   ☐ 5 pessoas

2.15 Qual é a origem do rendimento familiar?

☐ Comércio formal   ☐ Comércio informal   ☐ Trabalho Público   ☐ Trabalho privado

2.16 Qual é o meio de transporte que utiliza para ir ao trabalho?

☐ Ônibus   ☐ Trem   ☐ Chapa   ☐ Bicicleta   ☐ vai à pé   ☐ outro Especifique:

\_\_\_\_\_.

2.1. Qual é o tempo médio gasto para ir e voltar do trabalho?

☐ Até 30 min.   ☐ 30 a 60 min.   ☐ 1 a 1,5 hora   ☐ 1,5 a 2 hora   ☐ 2 a 3 hora  
☐ mais de 3 horas

2.18 A Família consegue fazer poupança?

☐ Não   ☐ Sim

Especifique: \_\_\_\_\_.

2.19 Quais eletrodomésticos têm na casa?

☐ Fogão   ☐ Geladeira   ☐ Congelador   ☐ Ventilador   ☐ TV convencional  
☐ TV Tela fina   ☐ Ar condicionado

### 3 AGREGAÇÃO SOCIAL E ESTILO DE VIDA

#### Vínculos sociais

3.1 Quais são as fontes de informação da família

☐ Radio   ☐ TV   ☐ Internet   ☐ Jornais   ☐ Revistas   ☐ Livros

3.2 Quais os meios de comunicação da família?

☐ Telefone fixo   ☐ Celular   ☐ Internet   ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

3.3 Com que frequência todos os membros da família costumam se reunir?

- ☐ Diariamente    ☐ Semanalmente    ☐ Mensalmente    ☐ Anualmente  
☐ Nunca se reúnem

Especifique o motivo: \_\_\_\_\_.

3.4 A casa é frequentada semanalmente por outras pessoas? ☐

Familiares    ☐ Vizinhos    ☐ Estranhos

3.5 Em seu tempo livre semanal, o que geralmente costuma fazer?

- ☐ Assistir Tv    ☐ Ir ao cinema ou teatro    ☐ Praticar esportes    ☐ Ler um livro  
☐ Passear em lugares públicos    ☐ Ir a casa de amigos ou parentes    ☐ Ir a uma praça de esportes para assistir

3.6 Como é o relacionamento entre os membros da família?

- ☐ Excelente    ☐ Bom    ☐ Ruim    ☐ Péssimo

3.7 Como é o relacionamento com os vizinhos?

- ☐ Excelente    ☐ Bom    ☐ Ruim    ☐ Péssimo

### **Atividade Física**

3.8 Quantos dias na semana você anda, caminha ou pratica esporte por no mínimo 40 minutos contínuos?

- ☐ 1 dia    ☐ 2 dias    ☐ 3 dias    ☐ 4 dias    ☐ 5 ou mais dias

3.10 Realiza diariamente atividades domésticas que exijam esforço físico?

- ☐ não realiza    ☐ Intensidade fraca    ☐ Intensidade moderada    ☐ Intensidade alta

3.11 Por quanto tempo você permanece sentado por dia?

- ☐ < 1 hora    ☐ 1 a 3 horas    ☐ 3 a 5 horas    ☐ 5 a 7 horas    ☐ > 7 horas

3.12 Como você considera o seu corpo em relação ao seu peso?

- ☐ Muito magro    ☐ Magro    ☐ Peso adequado    ☐ Sobrepeso    ☐ Obeso

### **Alimentação**

3.12 Quantas refeições são realizadas por dia?

- ☐ 1 refeição    ☐ 2 refeições    ☐ 3 refeições    ☐ 4 refeições

3.13 Quais os prato mais predominante nas refeições diárias?

- ☐ Chima    ☐ Arroz    ☐ Feijão    ☐ Carne    ☐ Frango    ☐ Peixe    ☐ Legumes    ☐ Verduras

3.14 Que tipo de fruta come, pelo menos uma vez na semana?

- ☐ Banana    ☐ Maçã    ☐ Papaia    ☐ Laranja    ☐ Massala    ☐ Manga    ☐ Não  
 come frutas frequentemente



3.15 Quantos dias come verduras e frutas na semana?

- ☐ Nunca come      ☐ 1 vez      ☐ 2 vezes      ☐ 3 a 4 vezes      ☐ 5 a 6 vezes  
☐ Todos os dias

3.16 Quantos dias toma refresco na semana?

- ☐ Nunca come      ☐ 1 vez      ☐ 2 vezes      ☐ 3 a 4 vezes      ☐ 5 a 6 vezes  
☐ Todos os dias

3.17 Possui árvores de frutas no quintal?

- ☐ Sim      ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

3.18 Quantos copos de água (250 ml) bebe por dia?

- ☐ 1 copo      ☐ 2 copos      ☐ 3 copos      ☐ 4 copos      ☐ 5 copos      ☐ 6 copos  
☐ 7 copos      ☐ 8 copos

### **Álcool, Tabaco e Outras Drogas**

3.19 Que tipo de bebidas alcoólicas consome?

- ☐ Tradicionais      ☐ Cervejas      ☐ Vinho      ☐ Secas      ☐ Não consome

3.20 Com que frequência consome bebida alcoólica?

- ☐ 1 vez por semana      ☐ 2 vez por semana      ☐ 3 vez por semana      ☐ Mais de 3 vez por semana

3.21 Com que idade experimentou bebida alcóolica pela primeira vez?

- ☐ Antes de 7 anos      ☐ Entre 8 e 10 anos      ☐ Entre 11 e 14 anos      ☐ Entre 15 e 18 anos  
☐ Mais que 18 anos

3.22 Você fuma?

- ☐ Nunca fumou      ☐ Parou de fumar      ☐ Fuma até 10 cigarros      ☐ Fuma até 20 cigarros  
☐ Fuma mais de 20 cigarros

3.23 Com que idade experimentou tabaco pela primeira vez?

- ☐ Antes de 7 anos      ☐ Entre 8 e 10 anos      ☐ Entre 11 e 14 anos      ☐ Entre 15 e 18 anos  
☐ Mais que 18 anos

3.24 Já tentou parar de fumar uma ou mais vezes, sem conseguir atingir seu objetivo?

- ☐ Sim      ☐ Não

3.25 O que o motivou a parar de fumar?

- ☐ Anúncios contra cigarros      ☐ Conselho da família ou dos amigos      ☐ Vontade própria  
☐ Outro(s) motivo(s)

Especifique: \_\_\_\_\_.

3.26 Sobre Outras drogas:

- ☐ Consome      ☐ Já consumiu      ☐ Nunca consumiu

Especifique: \_\_\_\_\_.

3.27 Na família, há pessoas que precisam de tratamento contra as drogas?

☐ Sim ☐ Não

3.28 É fácil comprar drogas no bairro ou em locais próximos?

☐ Sim ☐ Não

#### 4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.1 Alguém da família morreu nos últimos 2 anos?

☐ Não morreu ☐ Morreu por doença ☐ Morreu por violência ☐ Morreu por acidente

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.2 Alguém da família sofre de uma doença crônica não transmissível?

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Asma ☐ Obesidade ☐ Cancro ☐ Outra

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.3 Alguém sofreu algum problema de saúde na família nos últimos 30 dias.

☐ Sim ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.4 Procurou algum serviço de saúde?

☐ Posto de saúde/Hospital ☐ Farmácia ☐ Medicina tradicional

4.5 Foi bem atendido?

☐ Sim ☐ Não

4.6 Teve que pagar pelo atendimento?

☐ Sim ☐ Não

4.7 Precisou faltar ao trabalho?

☐ Sim ☐ Não

4.8 Foi pedido algum exame?

☐ Nenhum ☐ Raio X ☐ Fezes ☐ Urina ☐ Sangue ☐ Outro Especifique:

\_\_\_\_\_.

4.9 Foi receitado algum medicamento?

☐ Sim ☐ Não

4.10 Comprou medicamentos?

☐ Sim ☐ Não

4.11 Obteve bom resultado?

☐ Sim ☐ Não

4.12 Existe alguma causa que se relaciona as doenças que assolam a família?

☐ Mosquito ☐ Mosca ☐ Qualidade da água ☐ Qualidade dos alimentos ☐

Outros

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.13 A casa frequentemente recebe pessoa que manifestam alguma doença?

☐ Não ☐ Sim

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.14 Em quanto tempo, a partir do seu bairro, se pode ir ao Serviço de Saúde (posto de saúde/hospital)?

☐ < 15 min. ☐ 15 a 30 min. ☐ 30 a 60 min. ☐ 1 a 1,5 hora ☐ 1,5 a 2 horas ☐ 2 a 3 horas ☐ > 3 horas

4.15 Possui plano de saúde?

☐ Não ☐ Sim

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.16 Alguém da família já sofreu algum tipo de acidente em casa?

☐ Queda ☐ Queimadura ☐ Envenenamento ☐ Intoxicação ☐ Corte ☐  
Choque ☐ Outro

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.17 Por causa deste acidente precisou ser hospitalizado?

☐ Não ☐ 2 dia ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 10 dias ☐ 11 a 15 dias ☐ 15 a 30 dias ☐ > 1 mês

4.18 Alguém da família já sofreu algum tipo de acidente na rua ou no trabalho?

☐ Sim ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

4.19 Por causa deste acidente precisou ser hospitalizado?

☐ Não ☐ 2 dia ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 10 dias ☐ 11 a 15 dias ☐ 15 a 30 dias ☐ > 1 mês

4.20 Alguém da família já sofreu algum tipo de violência?

☐ Por membro da família ☐ Por vizinhos ☐ Por pessoa estranha ☐ Não sofreu violência

4.21 Onde ocorreu a violência?

☐ Em casa ☐ Na rua ☐ No trabalho

4.22 Por causa desta violência precisou ser hospitalizado?

☐ Não ☐ 2 dia ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 10 dias ☐ 11 a 15 dias ☐ 15 a 30 dias ☐ > 1 mês

4.23 Como considera o seu estado de saúde?

☐ Muito bom    ☐ Bom    ☐ Razoável    ☐ Mau    ☐ Muito mau

4.24 Nas últimas semanas você se sentiu habitualmente?

☐ Muito nervoso    ☐ Ansioso e deprimido    ☐ Triste e desanimado    ☐ Calmo e tranquilo    ☐ Feliz

4.25 Como é o seu sono?

☐ Insônias constantes    ☐ dorme < 6 horas/dia    ☐ dorme em média 8 horas/dia    ☐ dorme > 8 horas/dia

4.26 Como considera o seu estado de saúde?

☐ Muito bom    ☐ Bom    ☐ Razoável    ☐ Mau    ☐ Muito mau

## 5 POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 No bairro ou em locais próximos existem brigadas de vacinação?

☐ Sim    ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

5.2 No bairro ou em locais próximos há programas de prevenção, vigilância ou promoção da saúde?

☐ Sim    ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

5.3 Você consegue perceber alguma ação do governo para melhorar a qualidade de vida no bairro?

☐ Sim    ☐ Não

Especifique: \_\_\_\_\_.

5.4 Em que o bairro necessita de maior ação do governo:

☐ Mais escolas    ☐ Posto de saúde    ☐ Posto policial    ☐ Transportes públicos

## ANEXO 1



Universidade Federal de Uberlândia  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
*Coordenação da Pós-graduação em Geografia*

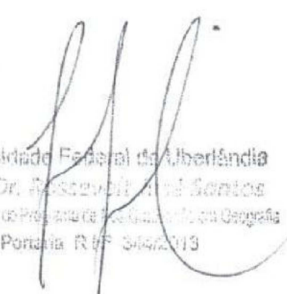


## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JOAQUIM DALQUES RAMOS**, matrícula no. 11313GEO008 aluno do 1º. Ano do Curso de Pós-Graduação em Geografia (Doutorado) da Universidade Federal de Uberlândia participará de Intercâmbio na Universidade Pedagógica de Moçambique, em Maputo, como bolsista da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES no Projeto: **“Saúde ambiental, território e promoção da saúde em Maputo-Moçambique-Africa”**. O intercâmbio se realizará no período de 01 de outubro de 2013 à 31 de janeiro de 2014 com o objetivo identificar os principais problemas e as estratégias de promoção da saúde que sejam capazes de ajudar na construção de territórios saudáveis conforme Plano de Trabalho Anual em anexo. Todas as despesas de viagem, estadia e alimentação serão cobertas pela CAPES.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Uberlândia, 12 de agosto de 2013.

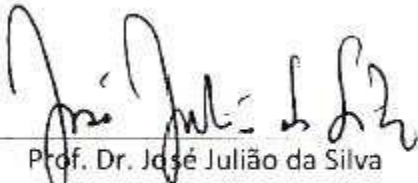
  
Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Dr. Roscivaldo José Santos  
Coordenador da Pós-graduação em Geografia  
Portaria RUF 304/2013

## ANEXO 2



## DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins que **JOAQUIM DALQUES RAMOS**, estudante matriculada no curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, sob o no. 11313GE0008, foi selecionada para participar como bolsista em mobilidade (bolsa doutorado-sanduiche) do projeto “Saúde Ambiental, Território e Promoção da Saúde em Maputo, Moçambique” - CAPES/AULP 034/13 e será orientado por mim na Universidade Pedagógica de Moçambique, em Maputo, no período de 01/10/2013 a 31/01/2014.  
Maputo, 20 de setembro de 2013



---

Prof. Dr. José Julião da Silva  
Universidade Pedagógica de Moçambique

**ANEXO 3: PLANO DE TRABALHO ANUAL - 2013****( x ) 1º ANO****( ) 2º ANO****O plano de trabalho deverá seguir os limites e regras do edital e da carta de concessão.**

Título do Projeto	Saúde ambiental, território e promoção da saúde em Maputo - Moçambique
Número do Projeto	0033/2013
Nome das Instituições Associadas	
Brasil	Universidade Federal de Uberlândia
Exterior	Universidade Pedagógica - Moçambique
Nome dos Coordenadores	
Brasil	Samuel do Carmo Lima
Exterior	José Julião da Silva

**Dados do coordenador brasileiro e da conta aberta para movimento financeiro do projeto**

Nome do coordenador: Samuel do Carmo Lima			CPF: 528.877.239-87
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia		Endereço eletrônico: <a href="mailto:samuel@ufu.br">samuel@ufu.br</a>	
Endereço: Rua José Cunha Chaves, 466			
Cidade: Uberlândia	UF: MG	CEP: 38411-338	(DDD) Telefone: (34) 3214-9653
Nome do banco: Banco do Brasil	Número do banco: 0001	Número da agência: 4889-5	Conta Corrente: 6.084-4

**1. Objetivos do projeto****Objetivo Geral:**

A pesquisa tem como objetivo realizar um diagnóstico da saúde ambiental em Maputo, Moçambique, identificando os principais problemas e as estratégias de promoção da saúde que sejam capazes de ajudar na construção de territórios saudáveis.

**Objetivos Específicos:**

- Realizar capacitação de professores e estudantes de graduação e pós-graduação para a pesquisa de temas relacionados à saúde ambiental.
- Desenvolver metodologias participativas e estratégias de promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos sociais na cidade de Maputo.