

PANDEMIA DE CORONAVÍRUS/COVID-19 EM MOÇAMBIQUE: DESAFIOS DE REFLEXÃO SOBRE OS CONTEXTOS TERRITORIAIS E SOCIOECONÔMICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE

***CORONAVIRUS / COVID-19 PANDEMIC IN MOZAMBIQUE: CHALLENGES FOR REFLECTION
ON THE TERRITORIAL AND SOCIOECONOMIC CONTEXTS OF HEALTH POLICY***
***PANDÉMIE DE CORONAVIRUS / COVID-19 AU MOZAMBIQUE: DÉFIS POUR LA REFLEXION
SUR LES CONTEXTES TERRITORIAUX ET SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA POLITIQUE DE SANTÉ***

<https://doi.org/10.26895/geosaberes.v11i0.1101>

CATIA ANTONIA DA SILVA ^{1*}
FRÉDÉRIC MONIÉ ²
RAIMUNDO ALBERTO MULHAISSE ³

¹ Professora Titular do Departamento de Geografia e dos Programas de Pós-Graduação em Geografia e História social da Faculdade de Formação de Professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Campus FFP - Rua Francisco Portela 1470. CEP: 24435-005 - São Gonçalo - (RJ) Brasil. RJ. Tel.: (+55 21) 3705.2227. Pesquisadora CNPq e FAPERJ, catia.silva@uerj.br

<http://orcid.org/0000-0002-2304-0131>

*Autora correspondente

² Doutor em Geografia, Paris III. Professor Associado do Departamento de Geografia e Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGG) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro (RJ). CEP. 21941-909, Brasil, fredericmonie@igeo.ufrj.br

<http://orcid.org/0000-0002-8738-3301>

³ Doutor em Geografia, UP Moçambique. Professor do Departamento de Ciências da Terra e Ambiente, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Licungo, Campus Coalane, Av. Julius Nyerere CP.106, Quelimane, Moçambique, mulhaisse@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-9768-5138>

Histórico do Artigo:

Recebido em 29 de Setembro de 2020.

Aceito em 31 de Outubro de 2020.

Publicado em 24 de Novembro de 2020.

RESUMO

O presente artigo nasce de uma parceria entre pesquisadores brasileiros e de Moçambique que dialogam para pensar o papel da Geografia na compreensão dos processos presentes referentes à crise engendrada pela difusão do Coronavírus. Nesse sentido, torna-se fundamental a reflexão sobre a dinâmica em curso, analisando a disseminação espacial da epidemia e a estrutura social e de saúde do país, para que possamos entender os limites e as possibilidades desse território que, frente à desigual economia global, tem acumulado experiências de lidar com complexas problemáticas de saúde. A metodologia utilizada se refere à análise de fontes documentais do Ministério da Saúde e OMS e referências de noticiários internacionais, em confronto com as informações dos pesquisadores de Moçambique. Assim, analisar as políticas atuais da saúde frente aos desafios socioeconômicos, no contexto da COVID-19, é a principal contribuição desse artigo.

Palavras-chave: Pandemia. Desigualdades socioespaciais. Política pública. Saúde. Moçambique.

ABSTRACT

This article is the result of a partnership between Brazilian and Mozambican researchers who dialogue to think about the role of Geography in understanding the present processes related to the crisis engendered by the spreading spread of the Coronavirus. In this sense, it is essential to reflect on the dynamics in progress, analyzing the spatial dissemination of the

epidemic and the country's social and health structure, so that we can understand the limits and possibilities of this territory which, in the face of the uneven global economy, has accumulated experiences of dealing with complex health problems. The methodology used refers to the analysis of documentary sources from the Ministry of Health and WHO and references from international news, in comparison with information from researchers in Mozambique. Thus, analyzing current health policies in the face of socioeconomic challenges, in the context of COVID-19, is the main contribution of this article.

Keyword: Pandemic. Socio-spatial inequalities. Public policy. Health. Mozambique.

RESUMÉ

Cet article est le résultat d'un partenariat entre chercheurs brésiliens et mozambicains qui réfléchissent sur le rôle de la géographie dans la compréhension des processus actuels liés à la crise engendrée par la diffusion du coronavirus. En ce sens, il est essentiel de réfléchir aux dynamiques en cours, d'analyser la diffusion spatiale de l'épidémie et la structure sociale et sanitaire du pays, pour comprendre les limites et les possibilités de ce territoire qui, face à une économie mondiale inégale, a accumulé des expériences de traitement de problèmes de santé complexes. La méthodologie utilisée fait référence à l'analyse des sources documentaires du ministère de la Santé et de l'OMS et des références de l'actualité internationale, en comparaison avec les informations des chercheurs au Mozambique. Ainsi, l'analyse des politiques de santé actuelles face aux défis socio-économiques, dans le cadre du COVID-19, est la principale contribution de cet article.

Mots clés: Pandémie. Inégalités socio-spatiales. Politique publique. Santé. Mozambique.

INTRODUÇÃO

(...) Sem dívida, aquelas variáveis formadoras do espaço e suas combinações, as quais originam as diferenças entre lugares, são universalmente as mesmas. O problema é descobrir se estas combinações se manifestam espacialmente e se sua manifestação é a mesma no centro e na periferia do sistema mundial. Neste sentido, pelo menos três aspectos são essenciais: 1) aquelas forças que promovem a modernização e que operam no centro do sistema não alcançam a periferia ao mesmo tempo; existe um efeito decrescente definido da distância. Isto poderia explicar historicamente a acumulação do capital no sistema capitalista, as variações entre países e as desigualdades regionais dentro dos países; 2) alguns pontos no espaço são alcançados por novas forças, enquanto outros não recebem tais impactos. Sem dúvida, esses impactos não se dão ao acaso, sendo dirigidos do centro do sistema em termos de máxima produtividade. A história do espaço é assim de tipo seletiva; 3) as forças emitidas dos centros (polos) mudam à medida que alcançam a periferia. Ainda que se possa encontrar isomorfismo, o valor do fenômeno é diferente. SANTOS, M. Geography, Marxism and Underdevelopment. *Antipode*, vol. VI, n. 3, 1974.

O presente artigo tem a intenção de contribuir para a compreensão da geografia do presente de Moçambique, no contexto da crise do Coronavírus/COVID-19 que está assolando mais de 180 países, mas atinge ainda moderadamente o país da África austral. Através de uma parceria entre professores universitários de Moçambique e do Brasil pretendemos refletir sobre o processo em curso. Uma tarefa difícil diante da força avassaladora com que o vírus se expande em escala global e considerando a falta de conhecimento sobre suas mutações e letalidades. Moçambique já tem sofrido profundamente com a destruição provocada por duas enchentes (1995 e 2000), dois furacões (em 2019), com crises econômicas, uma guerra civil e tensões geopolíticas, insegurança alimentar endêmica nas regiões rurais mais pobres, dificuldades para diminuir a taxa da pobreza e vários surtos epidemiológicos. Por outro lado, o país tem experimentado nos últimos 20 anos intensos processos de modernização da economia e da base produtiva, com a entrada maciça de capitais estrangeiros, a dinamização da expansão urbana e mudanças no sistema de saúde. No que se refere à problemática da saúde pública, o país sofreu intensamente com a epidemia de HIV, e, devido a elevada taxa de mortalidade infantil e materna, teve também que formular programas estratégicos para enfrentamento desses problemas.

Esse artigo, nesse sentido, intenciona explicar como essa conjuntura de crise sanitária mundial relaciona-se com a estrutura socioespacial de Moçambique. Afinal, a crise consiste (i) na paralização das atividades devido às políticas de isolamento social, que se torna uma norma paradoxal para a maioria dos países e (ii) em desafios inéditos na estrutura da saúde, que não conhecia o adoecimento coletivo da população em curto espaço de tempo, o que levou, na

maior parte do mundo, ao colapso do sistema de saúde. A compreensão da estrutura de saúde torna-se uma referência importante para a reflexão geográfica e histórica dos processos de superação de problemas sanitários. Bem como, o entendimento sobre a estrutura econômica e política como resposta às ações de superação dos problemas.

Para isso, dividimos o artigo em quatro partes: a primeira aborda a distribuição geográfica e a difusão do vírus no país no território nacional; a segunda analisa a infraestrutura do sistema da saúde pública, visando contribuir para o estudo geográfico e temporal dos avanços e dos limites do atendimento na área de saúde; a terceira parte trata do contexto econômico em que Moçambique se encontra e das ações do Estado para conter a expansão do Coronavírus; e a quarta parte aborda os impactos da pandemia na economia e na sociedade, além dos efeitos do estado de emergência em termos de controle social.

Antes da apresentação dos resultados da pesquisa, iniciamos com uma breve apresentação dos procedimentos metodológicos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nossa reflexão almeja analisar a relação entre as estruturas econômica e de saúde de Moçambique e os contextos conjunturais da crise engendrada pelo novo Coronavírus. Trata-se de um desafio percorrer, metodologicamente, o contexto da conjuntura social, política e da expansão territorial do vírus. É uma provocação analítica, porque a conjuntura é uma categoria que muda permanentemente e é demarcada por períodos e por tempos do cotidiano. Do ponto de vista do método, a análise da conjuntura, já estudada pelo geógrafo Milton Santos (1996) como parte de sua reflexão sobre os eventos e sua espacialidade, supõe o estudo de eventos efêmeros ou que demarcam novas concretudes no espaço e na vida social, novas formas-conteúdos, fruto de processos de inovações e/ou de permanências. A socióloga Ana Clara Torres Ribeiro (2014) problematiza a análise da conjuntura social e territorial por meio da metodologia da cartografia da ação social, que, em linhas gerais, contribui para o entendimento do tempo social, das rupturas, das permanências e das transformações na vida coletiva. Para ambos os autores, não há separação entre o tempo conjuntural e o tempo estrutural, pois a conjuntura pode, em algumas situações, incrementar mudanças irreversíveis na estrutura e, ao mesmo tempo, manter outras situações como permanências.

Da mesma maneira o historiador Fernand Braudel (2014) destaca a necessidade da compreensão da curta duração como tempo conjuntural que pode alterar o tempo de longa duração, sem que haja mudança ou ruptura absoluta da estrutura histórica, mas que pode apresentar novas possibilidades para a construção social frente aos problemas enfrentados. De tal modo, não há dicotomia entre a conjuntura e a estrutura porque são escalas diferentes do tempo em análise. Os três autores em suas abordagens nos ajudam na orientação metodológica do artigo, ao problematizar a relação entre contemporâneo e passado para a compreensão de fenômenos, em situação de problemas como a epidemia, que apresenta uma condição simultânea de acontecimentos na escala global, nos quais se inscrevem mudanças e permanências na história da humanidade e nas especificidades dos lugares. Compreender o fenômeno pandêmico é um grande desafio que se inscreve ao entendimento dos processos no tempo presente. Nesse sentido, o presente artigo se inscreve na análise de conjuntura social, política e epidemiológica de Moçambique. Assim, ao trabalhar na presentificação do acontecer do novo Coronavírus, identificando sua relação com os fatores locais e históricos da saúde, nos remete ao exercício de pesquisa e de análise que é diferente do trabalho do jornalista e do escritor de uma notícia, cujo sentido da informação cabe em si. O artigo científico remete sobretudo ao desafio de assumir a possibilidade da análise da conjuntura, como já Marx, no livro XVII Brumário (1969) fazia referência ao sentido de produção de narrativas que expliquem o tempo do cotidiano e o micro tempo do acontecer em movimento não concluído,

mas que incide sobre as estruturas sociais, políticas e econômicas e cuja resultante (em processo) se relaciona diretamente com essa estrutura, podendo submetê-la e demonstrar suas fragilidades ou mesmo rompe-las, produzindo novos desafios de ação política e de reflexão filosófica diante do novo devir que se presentifica.

É nesse contexto reflexivo que buscamos utilizar fontes documentais oficiais das Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), União Africana e outras fontes produzidas por pesquisadores, jornalistas, entidades de movimentos sociais e organizações não governamentais que atuam em Moçambique. A produção científica de pesquisadores moçambicanos foi também consultada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia de Coronavírus/COVID-19 em Moçambique: distribuição geográfica e difusão espacial

O vírus conhecido como Novo Coronavírus que acusa a Síndrome respiratória aguda grave - cuja sigla é SARS-CoV-2, ou popularmente denominada de COVID-19, foi oficialmente detectado e isolado na cidade chinesa Wuhan entre o final de Dezembro de 2019 e meados de Janeiro de 2020. Desde o início do contágio, foram registrados 49.541.141 casos de infecções pelo coronavírus e 1.246.221 óbitos da COVID-19 em 198 países e territórios (dados 06/11/2020 – Fonte: OMS, 2020). O mais marcante é a velocidade da difusão do vírus e da doença, que provocou o colapso do sistema de saúde de países como Itália, Espanha, França e Inglaterra e, no fim de abril de 2020, dos Estados Unidos e do Brasil.

Por sua vez, Moçambique onde o primeiro caso foi detectado em 22 de março de 2020, no dia 18 de setembro passou para um pouco mais de 6.000 casos de infecção e em 06 de novembro de 2020, quase dois meses depois, o número dobrou, estando com 13.485 casos confirmados.

A conjuntura epidemiológica do COVID-19 é bastante complexa e dinâmica. Mas, é importante a Geografia realizar essa análise-tempo-espço da difusão do vírus SARS-CoV-2, porque os impactos sobre a economia e as relações societárias têm sido muito intensos. Além disso, exprime a necessidade de comparações entre lugares tão distintos do planeta. Milton Santos (1974), já chamava atenção para os riscos de comparação de lugares que possuem características históricas, culturais, econômicas e políticas distintas e formações socioespaciais diferentes. Duas décadas depois, o mesmo autor, geógrafo que utiliza o método dialético, contribuiu para a reflexão sobre a mundialização da economia. A partir dos anos 1990, Santos (1996) reconhece o fenômeno da globalização que se baseia na aceleração do tempo-mundo e, devido às tecnologias de comunicação e informação, a crescente simultaneidade dos eventos. Desse modo, realidades tão diferentes passam a serem conectadas por circuitos e fluxos de diferentes naturezas. No caso específico do Coronavírus, reconhecido como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, redes globais de monitoramento permitem produzir e divulgar dados e informações que alimentam sistemas de orientação epidemiológica com normas e procedimentos de socialização. Por isso, a maioria dos países decretou ações de controle social e no campo sanitário criaram-se nexos de conhecimento, de produtos e de ações que passaram a orientar o controle da doença e a estruturar os sistemas de ações da gestão hospitalar.

Na África subsaariana, os primeiros registros de contaminação pelo Coronavírus foram anunciados pelas autoridades sanitárias da Nigéria (27/02/2020) e do Senegal (02/03/2020). Desde então, o ritmo de difusão do vírus nos países do continente é desigual, cresce mais intensamente na África austral e parece inferior à média mundial. Como no resto do mundo, as estatísticas publicadas cotidianamente não refletem necessariamente a realidade da dinâmica

do contágio, considerando o baixíssimo número de testes de detecção aplicados. Convém também ressaltar que a instabilidade geopolítica de determinadas regiões prejudica o acesso da população aos equipamentos e serviços de saúde e, conseqüentemente, o levantamento de informações sobre o cenário sanitário local e/ou regional (MONIÉ, 2020).

O descompasso temporal em relação a primeira onda de difusão intercontinental do vírus entre a China e a Europa ocidental permitiu que os governos africanos possam analisar a validade das políticas de contenção adotadas no resto do mundo. Por essa razão, medidas foram tomadas imediatamente após as primeiras notificações. O fechamento das fronteiras internacionais pode, por exemplo, ter limitado a importação do vírus e postergado o crescimento exponencial do número de casos a partir da fase de contaminação comunitária (MONIÉ, 2020).

Em Moçambique, o Ministério da Saúde anunciou o primeiro caso oficial de contaminação pelo Coronavírus no território nacional em 22 de março de 2020, ou seja, quase um mês depois da primeira notificação na África subsaariana. Tratava-se de um cidadão moçambicano de 75 anos de idade que foi infectado durante sua estadia no Reino Unido. Em 02 de novembro, o país apresenta valores ainda baixos quando comparados com a África do Sul, sua vizinha, que concentra maiores números de contaminados e de mortos pela COVID-19 (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos confirmados de contaminados por Coronavírus e óbitos por Covid 19 (até 02/11/2020)

Países da África austral	Contaminados		Óbitos	
	total	per 100.000	total	%
África do Sul	726.823	1.281,93	19.411	2,67
Namíbia	12.988	473,37	133	1,02
Eswatini	5.925	435,96	177	1,97
Botsuana	9.642	271,14	24	0,36
Lesoto	1.953	87,11	44	2,25
Zâmbia	16.480	74,13	349	2,9
Zimbábue	8.374	47,99	2435	2,9
Moçambique	12.988	40,59	93	0,72
Angola	11.035	37,74	286	2,59
Malauí	5.932	29,66	184	3,1

Fonte: elaborado a partir dos dados do OMS, 2020.

Em Moçambique, o número de casos parece estar crescendo de forma mais lenta e irregular num contexto do estado de emergência que restringiu precocemente a mobilidade dentro e na entrada do país e as aglomerações humanas. Mas, acredita-se que os números são maiores que os oficiais na medida em que, como no resto do mundo, não se faz o exame em massa na população aplicando testes de detecção. Da mesma maneira, exames permitindo identificar de forma precisa as causas dos óbitos não são sistematicamente realizados (figura 1).

Figura 1 – Dados gerais de COVID-19 em Moçambique em 01 de novembro de 2020



Fonte: MISAU – Análise da situação epidemiológica SARS-Cov-2/COVID-19. Ministério da Saúde de Moçambique, 2020.

No que diz respeito as dinâmicas de difusão espacial do Coronavírus/COVID-19, cabe distinguir as fases de importação e de difusão comunitária do vírus, cujas temporalidades e métricas são bastante diferenciadas (MONIÉ, 2020). A representação dos grupos sociais afetados costuma também variar consideravelmente, em particular nos países do Sul, caracterizados por um acesso mais desigual aos *territórios-rede* (VELTZ, 1999) da globalização. O grau de conectividade à malha aérea mundial foi, por exemplo, uma variável central no surgimento dos primeiros epicentros regionais da pandemia fora da China. O principal vetor logístico do contágio nas escalas mundial e continental sendo o transporte aéreo, o aeroporto internacional de Maputo foi a porta de entrada do vírus no território moçambicano. O grau de conectividade relativamente baixo ao sistema aeroportuário mundial, através de conexões diretas com importantes aeroportos internacionais (Joanesburgo, Cape Town, Adis Abeba, Nairóbi, Lisboa, Doha, Istambul), e o uso socialmente muito seletivo do transporte aéreo são provavelmente elementos explicativos do baixo número de casos importados (09 oficialmente registrados pelo Ministério da Saúde).

A volta de migrantes moçambicanos instalados na África do sul tem representado outro vetor de risco de contágio, em particular nos focos de emigração tradicionais da Província de Sofala, que conta oficialmente com 4 infecções em meados de maio de 2020. Cerca de 23.000 trabalhadores teriam, assim, voltado para sua região de origem nas últimas semanas através dos postos fronteiriços terrestres de Ressano Garcia e da Ponta de Ouro, além de um número indeterminado que regressou clandestinamente (CANALMOZ, 2020). O Estado não tem recursos suficientes para controlar esses movimentos de população, mas decretou a quarentena obrigatória dos migrantes voltando para seu país e organiza campanhas de sensibilização nas regiões de emigração (CANALMOZ, 2020). Para limitar o risco de contaminação foram instalados alguns pontos de rastreio do COVID-19 nos principais aeroportos, portos e postos fronteiriços terrestres.

Norte de Moçambique: a nova fronteira de acumulação capitalista e a situação sanitária

Em Cabo Delgado, a descoberta de gigantescas reservas de gás natural no início da década de 2010 projetou a região setentrional no mapa mundial da cadeia óleo e gás. A Província passou a atrair as grandes corporações para explorar a Bacia de Rovuma e a polarizar fluxos de técnicos e executivos das empresas do setor. Os projetos industriais dos consórcios respectivamente liderados por ENI e Total são hoje os maiores do continente africano (MONIÉ, 2019). A nova fronteira de acumulação capitalista de Cabo Delgado apresenta semelhanças com outros espaços econômicos dedicados à exploração e extração de hidrocarbonetos. Os sítios produtivos são conectados ao *arquipélago econômico mundial* (VELTZ, 1999) por vetores de transporte aéreo que permitem aos técnicos e executivos circular com relativa fluidez nos *territórios redes* da globalização (VELTZ, 1999). Em tempos pandêmicos essa circulação aumenta os riscos de contágio mediante a importação do vírus. As bases das multinacionais são, por sua parte, organizadas segundo uma lógica de *enclaves produtivos* que garantem a segurança dos trabalhadores e a eficiência das instalações numa região geopoliticamente instável (MONIÉ, 2012). Ou seja, estamos em presença de um *território-zona* confinado, portanto sujeito à interações sociais de proximidade, conectado a *territórios-redes* que constituem vetores de importação do vírus (MONIÉ, 2020).

Foi neste contexto que a base do projeto de exploração de gás natural da firma Total localizada em Afungi, distrito de Palma, extremo norte de Cabo Delgado, se tornou o primeiro epicentro local de Coronavírus em abril de 2020 passando a representar mais de 70% dos casos de contaminação. O perfil dos doentes do COVID-19 é uma clara ilustração do perfil do mercado de trabalho nestas fronteiras de acumulação. As vítimas são essencialmente homens

jovens que se dividem entre estrangeiros e nacionais (OMS-Moçambique, 2020). Desde as primeiras evidências de contágio comunitário dentro da base da Total, o enclave vive numa situação de confinamento interno e externo.

Ressalta-se que a vulnerabilidade do Norte de Moçambique diante do risco pandêmico é também relacionada ao baixo nível de controle da fronteira com a Tanzânia pelos agentes do Estado. As interações transfronteiriças pouco controladas, numa região onde os Tanzanianos são muito presentes nos circuitos da economia informal do transporte de pessoas e de mercadorias, constituem um risco sanitário em tempos pandêmicos. Esse risco é agravado pela ausência de voluntarismo do governo de Dar-es Salaam diante da pandemia. A recrudescência da violência levanta, enfim, questionamentos. No dia 8 de abril de 2020 ataques de grupos fundamentalistas islâmicos vitimaram 52 pessoas e três importantes vilas (Mocimba da Praia, Quissanga, Muidumbe) foram atacadas e tomadas temporariamente pelos insurgentes, provocando uma situação de caos e movimentos de população em busca de espaços-refúgio, particularmente na cidade de Pemba. Essa mobilidade, numa área muito periférica do território nacional, é suscetível de constituir um vetor suplementar de difusão espacial do Coronavírus.

A disseminação do vírus no território nacional

Após a fase de importação do vírus, assistimos a sua disseminação progressiva no território nacional. A difusão local se intensifica em particular na periferia meridional de Moçambique que abriga as duas maiores cidades do país (Matola, Maputo) onde um conjunto de variáveis aumenta um nível de vulnerabilidade sanitária da população: maior concentração de casos importados; densidade demográfica; precariedade das condições sociais nos bairros populares etc. A partir do mês de agosto de 2020, o número de casos oficialmente registrados cresce significativamente na capital (Maputo) enquanto a situação parece mais controlada no foco inicial de Cabo Delgado.

Na tabela 2, é possível confirmar o processo de nacionalização do contágio na medida em que todas as províncias já alcançaram o patamar de 100 casos de contaminação pelo Coronavírus. No estágio atual da difusão espacial, devemos ficar atentos a situação sanitária nas províncias mais povoadas (Nampula, Zambézia) onde as condições sociais (baixo poder aquisitivo, precariedade do saneamento público) podem constituir um elemento de vulnerabilidade nas áreas rurais.

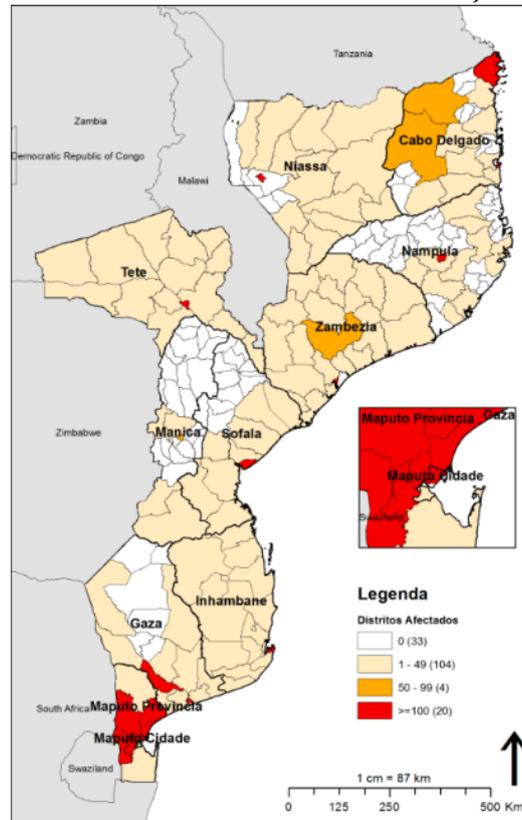
Tabela 2 - Situação epidemiológica por província em 01/11/2020

Província	Capital	População (2017)	Região	Casos acumulados	Óbitos
Maputo (província)	-	1.1208.67	Sul	6.725	74
Maputo (cidade)	Matola	1.968.906	Sul	2.379	7
Cabo Delgado	Pemba	2.320.261	Norte	912	3
Nampula	Nampula	5.758.920	Norte	610	2
Zambézia	Quelimane	5.164.732	Centro	837	2
Inhambane	Inhambane	1.488.676	Sul	306	2
Sofala	Beira	2.259.248	Centro	431	2
Niassa	Lichinga	1.810.794	Norte	253	2
Tete	Tete	2.648.941	Centro	435	3
Gaza	Xai-Xai	1.422.460	Sul	436	2
Manica	Chimoio	1.945.994	Centro	150	2
Total		27.909.798		1.3474	99

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique: Boletim Diário, 234 (06 de novembro de 2020; Instituto nacional da Estatística-INE, 2020.

Já na figura 2 concebida e elaborada pelo Ministério da Saúde de Moçambique sintetiza a situação sanitária do território nacional moçambicano no início do mês de novembro de 2020 em escala distrital e reforça a concentração de casos em Maputo, capital do país e a proximidade da fronteira com África do Sul, sabendo da migração diária de moçambicanos que buscam trabalho em Joanesburgo que se situa na província de Gauteng, a mais populosa e centro financeiro do país, concentra 35% de todos os casos registrados, por volta de 178 mil (OMS, 2020).

Figura 2 – Situação da Pandemia do Coronavírus em Moçambique, em 01/11/2020



Fonte: Ministério da Saúde-Moçambique, 2020.

A organização mundial de saúde (OMS) tem publicado análises sobre a situação sanitária no continente africano demonstrando muita preocupação com a expansão da doença, que no mês de novembro de 2020 já atingiu mais de um milhão e meio de pessoas. A dinâmica da pandemia inquieta sobretudo na África Austral, onde a África do Sul registra 734.175 casos confirmados e 19.749 óbitos (6/11/2020). Apesar da África não figurar entre as regiões mais afetadas pelo COVID-19, a pandemia se expande em países cujos sistemas de saúde são frágeis. Muitos deles sofreram recentemente com epidemias importantes que atingiram segmentos das populações já vulneráveis em decorrência da pobreza, da desnutrição, de guerras civis ou catástrofes naturais. Essas doenças epidêmicas fazem com que entidades internacionais, tais como a Centro de Controle e Prevenção de Doenças da União Africana e a Organização das Nações Unidas se preocupem com o continente africano. Além disso, sabe-se que o novo coronavírus é muito contagioso e pode rapidamente expandir-se espacialmente conforme aconteceu no Brasil e nos Estados Unidos e como vem acontecendo com a segunda onda em vários países da Europa. Essa epidemia é de grande complexidade e já se observa que é possível o contágio humano mais de uma vez, visto que, segundo alguns autores, a imunidade desaparece depois do terceiro ou quarto mês de cura da doença (TILLET *et. al.*, 2020). Na próxima seção será analisada a estrutura de saúde de Moçambique, com ênfase no quadro médico do país.

As infraestruturas e Política pública de saúde em Moçambique: avanços e limites na perspectiva da luta contra pandemia de Coronavírus/COVID-19

Mesmo se a crise sanitária revela-se mais grave nos demais países da África austral (tabela 1), a sociedade moçambicana encontra-se apreensiva e vem se organizando de acordo com as orientações da OMS e conforme com o que vem acontecendo em outras regiões no mundo, onde boa parte dos governos assumiu a política de quarentena e isolamento e distanciamento social. No entanto, cada país possui uma formação socioeconômica e uma estrutura político-administrativa que historicamente impactam de forma diferenciada o espaço e a sociedade no tempo presente (SANTOS, 1974). Assim, o continente africano enfrenta epidemias (HIV, malária, ebola, etc.) e a ocorrência em larga escala de doenças de elevado nível de letalidade (tuberculose etc.) que obrigam os governos a elaborar programas de saúde pública, articulados à outros programas como de superação da mortalidade materna e infanto-juvenil, a reestruturar a infraestrutura sanitária e a investir na formação do corpo técnico na área de saúde. Crises econômicas, conflitos armados e “desastres naturais” (enchentes, furacões) agravaram o precário quadro sanitário nacional.

Como se inscreve a pandemia em relação a estrutura de saúde de Moçambique? Apesar deste contexto adverso, no período 2006-2016 o Ministério da Saúde tem buscado modernizar o setor, através de ações importantes como a telemedicina e o fortalecimento das equipes médicas. Por seu lado, o Programa Nacional de Controle das IST HIV/SIDA organizou as informações técnicas, elaborou modelos de cuidados humanizados, tratamentos, normas e diretrizes junto as unidades hospitalares e centros de Saúde, seguindo as orientações de órgãos financiadores e de produção de conhecimentos científicos internacionais (MISAU, 2016, 2018, 2020, AFRICAN UNION, 2020, TAELA, 2017). De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos humanos para a saúde - 2016-2025. (MISAU, 2016):

A epidemia do HIV foi o maior desafio para o Estado de Moçambique, com mais de um milhão e quinhentos mil pessoas infectadas pelo HIV, estimando-se em 110.000 o número de crianças de 0-14 anos vivendo com o HIV (UNAIDS, 2016). Em termos epidemiológicos, a infecção do HIV em Moçambique é generalizada, mas considerada estável desde 2015, com uma prevalência de 13,2% em adultos de 15-49 anos de idade. A região sul de Moçambique foi a mais severamente afectada pelo HIV, destacando-se a província de Gaza, com uma taxa de prevalência de 24,4%. A prevalência do HIV é mais elevada nas mulheres do que nos homens (13% e 9,2% respectivamente), tanto na área urbana como na rural (MISAU, 2016).

Apesar da carência em recursos financeiros, o Ministério da Saúde se modernizou por meio de vários planos de aceleração de resposta ao HIV e SIDA para realizar os compromissos e atingir metas articuladas com outros países da África e com órgãos internacionais (MISAU, 2016, 2018b). Em conformidade com os planos mencionados, Organizações Não Governamentais (ONGs) e agências internacionais participaram de forma decisiva, com fomentos e apoio à modernização da estrutura de saúde, o que inclui a capacitação de pessoal, a estruturação de laboratórios e o planejamento do atendimento nas comunidades (AFRICAN UNION, 2020, TAELA, 2017). A política articulada e multinível destes atores conferiu maior competência humana e técnica e mais capilaridade socioespacial ao sistema de saúde. Em 2018, inovações organizacionais bem sucedidas no combate à epidemia de HIV foram mobilizadas para atuar contra a tuberculose. Entretanto, o país carece de recursos e tecnologia e tem estrutura industrial no setor de saúde precarizada e um corpo intelectual insuficientemente forte na área de saúde pública para consolidar a filosofia sanitária do Estado. Para garantir a ajuda humanitária, os governos da Europa e dos Estados Unidos privilegiaram a cooperação com entidades internacionais, governamentais e não governamentais, e o setor privado. O Estado

moçambicano acabou, assim, optando na abertura do país ao capital internacional e na reestrutura do setor público com base nos serviços privados e no terceiro setor.

No que se refere à formação e capacitação dos agentes de saúde, vale destacar que a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (Maputo), que oferece um curso de Licenciatura desde 1963 e já graduou mais de mil médicos, era até meados dos anos 1990 a única instituição responsável pela formação de médicos (MISAU, 2018b.). A Faculdade investe em pesquisa e inovação tecnológica e desenvolve projetos em parceria com agências de fomento nacionais e internacionais. Hoje, outras instituições públicas e privadas se dedicam à formação de médicos, como o Centro de Pesquisa em Saúde da Manhica (CISM), criado em 1996 em parceria com Governos de Moçambique e Espanha e que recebe o apoio do Hospital Clínic / Universitat de Barcelona.

O projeto de tele saúde do Ministério da Saúde aposta, também, em parcerias com a Embaixada dos Estados Unidos (PAPFAR), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), a Jhpiego, organização internacional de saúde sem fins lucrativos afiliada à Universidade Johns Hopkins (Maryland, Estados Unidos). Desde 2018, o projeto fornece qualificação profissional e assistência médica, treina profissionais de saúde competentes, fortalece os sistemas de saúde e assume a tarefa de melhorar a prestação de cuidados (MISAU, 2020b).

Distribuição dos médicos por área de atuação e por províncias

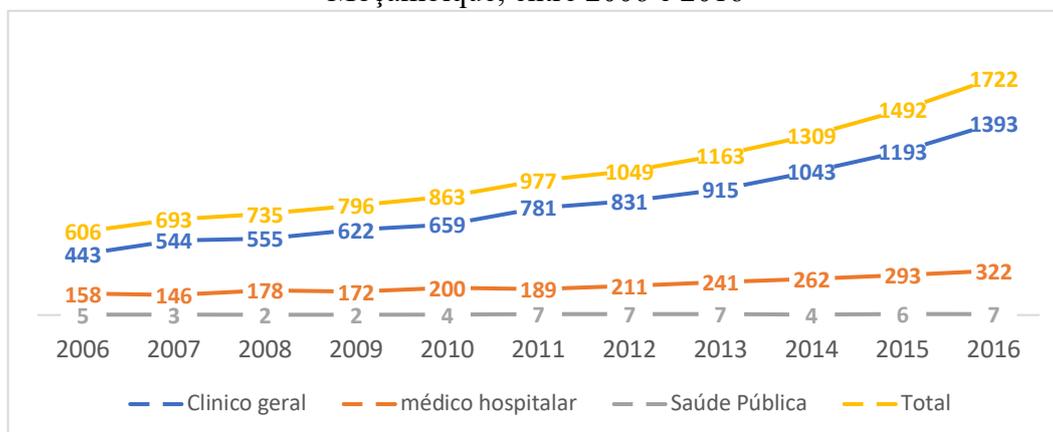
O enfrentamento da crise pandêmica sofre da distribuição muito desigual dos recursos humanos entre especialidades e regiões. Num depoimento realizado no dia do médico em 2006, Aires Sarto Fernandes, que na época comemorava os 30 anos de exercício da profissão, relatava dificuldades de operar em Moçambique devido aos baixos salários, a falta de mão de obra, sobretudo no interior etc. (AMM, 2006). Segundo Fernandes, depois de sua Independência o país enfrentou o desafio de modernizar uma base hospitalar sucateada e construir um novo quadro de recursos humanos. A saída de profissionais portugueses desorganizou a economia e a estrutura das políticas e serviços públicos. De um total de 600 médicos, 500 abandonaram o país (Conceição, 2011; Ferreira, 2013; AMM - Associação de Médicos de Moçambique, 2006). Entre 1970 e 1990, jovens profissionais assumiram o serviço público, no âmbito de um sistema estatizado que podia contar numa única universidade para formar médicos. Muitos se formaram paralelamente fora do país.

Apesar da estatização da saúde pública, existiam uma medicina privada clandestina e circuitos de revenda de remédios roubados em unidades de saúde, em mercados e consultórios ilegais. O médico, que trabalhava no Hospital Central de Maputo, apontava a necessidade de modernizar o setor, de efetuar concursos públicos e capacitar permanentemente as equipes médicas. Na década de 1990, o governo moçambicano, que aderiu aos princípios do Consenso de Washington, abriu o setor da saúde à empresas privadas, enquanto as classes altas e médias do Sul passavam a recorrer mais sistematicamente aos serviços da medicina particular na vizinha África do Sul. Desde então, a dinâmica de privatização e modernização tecnológica se consolidou.

Entre 2006 e 2016, o número de médicos passou de 606 para 1.722. No entanto, a maior parte dos médicos moçambicanos atua como clínico geral nos ambulatórios públicos. Parte desses médicos estavam ligados ao regime especial dos programas de tratamento de HIV e de cuidados materno e de recém nascidos. E, em decorrência das prioridades no processo de modernização da saúde pública e da insuficiência de investimento na expansão do quadro dos recursos humanos em meio hospitalar e nas especialidades médicas, observamos hoje uma carência de especialistas, cirurgiões e médicos especializados em atendimento hospitalar (gráfico 1). O quadro atual dos recursos humanos pode, portanto, prejudicar o atendimento aos

doentes de COVID19 em unidades de tratamento intensivo em caso de agravamento da crise pandémica.

Gráfico 1 - Evolução do número de médicos nacionais no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique, entre 2006 e 2016



Fonte: MISAU. Estatísticas de Recursos Humanos para Saúde no Serviço Nacional de Saúde nos últimos 10 anos (2006 - 2016). Maputo: Ministério da Saúde – Direção de Recursos Humanos (DRH), 2018.

No que diz respeito a distribuição geográfica dos médicos, observamos um aumento do número de profissionais em todas as províncias moçambicanas no período 2006-2016 (tabela 3).

Tabela 3 - Evolução do número de médicos nacionais e do número de médicos nacionais por habitantes (2006-2016) nas províncias moçambicanas

Província	Nº de médicos		Nº de hab. por médico.	
	2006	2016	2006	2016
Maputo cidade*	247	435	19,9	35,0
Sofala	41	144	2,4	7,0
Maputo província	29	117	2,7	6,8
Inhambane	28	82	2,0	5,5
Gaza	30	70	1,8	4,9
Niassa	14	65	1,4	3,9
Manica	24	76	1,8	3,9
Cabo Delgado	27	70	1,6	3,7
Nampula	53	146	1,4	2,9
Zambézia	27	116	0,7	2,4
Tete	19	62	1,2	1,2

Fonte: MISAU. Estatísticas de Recursos Humanos para Saúde no Serviço Nacional de Saúde nos últimos 10 anos (2006 - 2016). Maputo: Ministério da Saúde, 2018. *Computados os valores do Hospital Central de Maputo.

Conforme podemos observar na tabela 3, o número de médicos *per capita* é ainda baixo em Moçambique em particular nas Províncias do Centro-norte e do Norte que apresentam tradicionalmente um índice de desenvolvimento humano inferior à média nacional. Quando consideramos a distribuição geográfica dos médicos especialistas (hospitalares e de saúde pública) o nível de desigualdade é ainda maior pois Maputo Província e a capital, que abriga o Hospital Central de Maputo, concentram mais dois 2/3 destes profissionais (MISAU, 2018). A ampliação do quadro de médicos nacionais, onde profissionais estrangeiros representam 26% dos médicos atuando no Serviço Nacional de Saúde (SNS), permanece, portanto, um desafio

maior que a pandemia de Coronavírus coloca em evidência no contexto da disseminação do contágio no território nacional.

Paralelamente, o Estado investiu nas universidades públicas da capital (Eduardo Mondlane, Pedagógica de Maputo) e na consolidação do processo interiorização do ensino superior com o desmembramento da Universidade Pedagógica de Moçambique. Foram assim criadas as universidades de Licungo, Púnguè, Save e Rovuma chamadas a desempenhar um papel central em termos de desenvolvimento regional, socioeconômico e inovação. Um dos desafios enfrentados pelos estabelecimentos de ensino superior reside na contribuição as políticas de saúde e de segurança alimentar, pois a problemática da nutrição está diretamente ligada à saúde e bem estar da população. É fundamental a construção de uma relação Estado-sociedade e de pactos internos e externos para ampliar os investimentos e a participação nos convênios com universidades e agências de fomentos, no sentido de fortalecer essas instituições e consolidar a política de saúde dando suporte ao Ministério da Saúde, com o desenvolvimento na área de ensino, pesquisa em saúde, em infraestrutura de saneamento básico e sustentabilidade alimentar. A articulação das universidades junto com as organizações não governamentais, fará com que elas assumam o protagonismo na solução de problemas e consolidam o papel do Estado na garantia de direitos sociais, que devem ser estruturados a longo prazo e somados à proposta do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde (2016-2025). A cooperação internacional, através de convênios e parcerias, é também fundamental para o desenvolvimento da pesquisa e de atividades tecnológicas na área da saúde, particularmente estratégico para o enfrentamento da pandemia de Coronavírus.

Políticas emergenciais e medidas de luta contra a Pandemia de Coronavírus/COVID-19 em Moçambique

Em países como Moçambique os riscos de contágio são elevados, considerando fatores como: 1) a fragilidade do sistema imunológica da população sofrendo de subnutrição ou doenças pré-existentes, em particular nos espaços rurais; 2) os elevados níveis de pobreza e de informalidade laboral que condicionam a sobrevivência à obtenção de uma renda diária; 3) a difícil aceitação de novas regras sociais, como o distanciamento físico por parte da população; 4) o baixo grau de difusão social da informação sobre sintomas da COVID-19; 5) fenômenos migratórios gerando intensa circulação de população; 6) a baixa capacidade orçamentaria de financiamento de políticas e ações de luta contra a pandemia (MOSCA, 2020). Na prática, a ruptura da cadeia de transmissão do vírus depende, em primeiro lugar, de medidas como: distanciamento social; quarentena; controle da circulação; informação da população; capacidade de testagem etc. No dia 30 de março de 2020, o estado de emergência foi promulgado por um decreto presidencial antes de ser ratificado o dia seguinte pela Assembleia da República e posteriormente prorrogado. A medida vale para o território nacional até o dia 31 de maio de 2020. O Conselho de Ministros adotou, em seguida, um conjunto de medidas e protocolos no intuito de prevenir e conter a transmissão do Coronavírus no país (02/04/2020). Medidas de vigilância em todos os postos fronteiriços, particularmente nas localidades da Ponta de Ouro, Goba e Namaacha, a Sul de Moçambique, completam o dispositivo.

As medidas de *contenção territorial* podem ser apreendidas em diversos níveis. Em escala nacional, as autoridades passaram a gerir os fluxos de pessoas de maneira muito rígida nas fronteiras, a emissão de vistos de entrada no país foi suspensa e a quarentena domiciliar foi imposta aos migrantes autorizados a voltar para sua região de origem. Em nível local, as autoridades adotaram, de acordo com o Decreto n.º 11/2020, de 30 de Março (i) o reforço das medidas de quarentena domiciliária para todas as pessoas que tenham entrado no território moçambicano nas últimas duas semanas, para que as que estejam chegando no país e todas aquelas que tenham tido contacto direto com casos confirmados de COVID 19, (ii) a suspensão

das aulas em todas as escolas públicas e privadas, (iii) a limitação de circulação interna de pessoas, (iv) o encerramento de estabelecimentos comerciais de diversão e equiparados ou redução da sua atividade laboral, (v) a imposição de confinamento de pessoas em domicílio ou em estabelecimento apropriado em caso de violação da limitação de circulação interna, (vi) a proibição das aglomerações humanas de mais de 50 pessoas. Técnicas de geolocalização são também usadas para controlar a mobilidade e as informações divulgadas pela mídia a respeito da pandemia (ALIANÇAC19, 2020)

O tratamento dos doentes da COVID-19 exige, por seu lado, investimentos maciços: ampliação da capacidade hospitalar; reestruturação da organização dos postos de saúde e hospitais; equipamento das estruturas hospitalares (leitos de UTI, respiradores artificiais etc.); capacitação e proteção dos recursos humanos; estoques de material e remédios. Nas décadas de 1990 e, sobretudo 2000, o governo investiu na modernização tecnológica do sistema de saúde. A área de comunicação e informação foi privilegiada para construir uma estrutura de tele saúde suscetível de alcançar um maior número de Moçambicanos. No entanto, apesar da modernização das redes técnicas (internet, telecomunicações) e da lenta difusão do uso de computadores, as autoridades se deparam ainda com um gargalo no campo dos recursos humanos. A capacitação e a formação de médicos, enfermeiros, cirurgiões, manipuladores de equipamentos técnicos laboratoriais e de sistemas de gestão de monitoramento de saúde constituem, assim, um ponto crítico.

Num contexto de implementação de uma política neoliberal pautada na atração de investimentos diretos externos em megaprojetos e de acirramento das desigualdades sociais e territoriais, o acesso aos benefícios do processo de globalização da economia e da cultura é extremamente seletivo (Santos, 1996). A difusão mundial do Coronavírus/COVID-19 evidencia a necessidade de organizar sistemas de saúde capazes de atender emergencialmente um elevado número de doentes que precisam de respiradores e de tratamentos em unidades intensivas, sobretudo, os doentes com outras enfermidades que fazem parte do grupo de risco. O colapso de sistemas de saúde fragilizados por políticas econômicas de viés neoliberal pautadas na diminuição dos investimentos públicos, evidencia a necessidade de repensar o papel do Estado no planejamento, na organização e na operação dos sistemas de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o sistema público de saúde dispõe de 34 ventiladores funcionais para 30 milhões de habitantes, aos quais se somam 10 unidades que foram retiradas de armazéns aduaneiros do porto de Maputo no dia 20 de março de 2020. O governo anunciou, no dia 01 de abril, a compra de 300 respiradores (100 fixos, 200 moveis) para enfrentar o aumento do número de internações. A adoção de medidas de luta contra crise pandêmica supõe que o papel e as funções do Estado sejam redefinidos conferindo a prioridade à “*prestação de serviços aos cidadãos, como direitos fundamentais e previstos nas constituições*” em particular nas áreas da saúde, do bem-estar social e da segurança (MOSCA, 2020).

Vale ressaltar que o quadro sanitário da população moçambicana é fragilizado por questões estruturais como a precariedade e a baixa capilaridade socioespacial do sistema de saneamento (coleta de lixo, esgotamento, água potável) que impactam gravemente a saúde das camadas populares. Da mesma forma, a produção de alimentos não garante a segurança alimentar da população nos espaços rurais das regiões mais pobres do país e na periferia das cidades. O estímulo à produção e a modernização dos circuitos de distribuição de alimentos, em particular de pescado, proteína animal mais consumida em Moçambique, deveria, portanto, constituir uma estratégia prioritária de sustentabilidade nutricional e combate à fome (SILVA & MULHAISSE, 2014; BRAÇO & MULHAISSE, 2018).

Possíveis impactos da pandemia de Coronavírus/COVID-19 em Moçambique

A pandemia de Coronavírus/COVID-19 impactará de forma profundamente diferenciada a sociedade moçambicana. Natureza da ocupação profissional (formal ou informal), setor econômico de atuação, lugar e tipo de residência, nível de renda, disponibilidade de poupança, localização geográfica (espaço rural ou urbano), acesso à informação, são variáveis que determinam níveis particularmente desiguais de vulnerabilidade sanitária (ALIANÇAC19, 2020).

Um dos elementos determinantes das políticas de prevenção à difusão social do vírus é a adoção de gestos barreira suscetíveis de limitar o contágio de proximidade. Porém, o uso de bens com álcool em gel e sabão é tributário de sua disponibilidade no mercado e do nível de renda dos indivíduos. Convém, também, ressaltar que o acesso permanente à água potável é determinante para a higiene pessoal. Mas, avalia-se que somente 52% da população vivendo nas zonas rurais e 83% em espaços urbanos tem acesso à uma fonte de água segura (ALIANÇAC19, 2020).

Segundo a Aliança Moçambicana da Sociedade Civil C-19, o estado de emergência é suscetível de agravar o quadro de desigualdades sociais, expondo determinados segmentos da população aos efeitos mais cruéis da crise pandêmica (diminuição do nível de renda, fragilização dos circuitos inferiores da economia urbana e rural, precarização do trabalho formal, desemprego etc.) e à formas de violência perpetradas por agentes do Estado. De acordo com o último censo geral, aproximadamente 90% da população ativa moçambicana trabalha no setor informal ou está sem ocupação definida (INE, 2017). Como nos demais países da África subsaariana, o trabalho nos circuitos inferiores da economia significa, em geral, ausência de proteção social formal para o presente e o futuro, exposição à insegurança alimentar e à fortes oscilações da renda cotidiana (SANTOS, 1979; ALIANÇAC19, 2020). Os trabalhadores do setor informal, os chamados *ganho-ganho* que dependem de uma renda diária estruturalmente aleatória para garantir sua sobrevivência cotidiana, são entre os mais impactados pelo estado de emergência que limita a circulação e proíbe as aglomerações nos espaços públicos (MONIÉ, 2020; MUSSAGY, 2020). Por isso, a ALIANÇA19 aponta que o Decreto do governo deve ser acompanhado por uma alocação de recursos financeiros para os trabalhadores informais e por maior atenção aos trabalhadores do campo, mais fragilizados diante da política de isolamento social. A sociedade civil deve, também, permanecer mobilizada diante do risco de aumento dos casos de violência doméstica contra as mulheres e crianças.

Os efeitos da pandemia de Coronavírus/COVID-19 sobre a agricultura impactarão desigualmente a população, considerando a natureza das práticas agrícolas, a localização geográfica, os gêneros produzidos, as características da área de mercado. Em muitas regiões de Moçambique, a precariedade da agricultura familiar pode expor centenas de milhares de famílias aos efeitos da pandemia em caso de desestruturação dos circuitos de produção e transporte (ALIANÇAC19, 2020). Cabe, no entanto, ressaltar que trabalhadores dos circuitos superiores da economia são também ameaçados pela retração da atividade. Firms de setores como turismo, extrativismo mineral ou construção civil podem aproveitar a conjuntura de crise para desrespeitar os direitos trabalhistas vigentes, demitir seus empregados ou diminuir seus salários sem negociação (ALIANÇAC19, 2020).

Por sua parte, a problemática da segurança alimentar é bastante tributária do perfil produtivo de cada região. Nas províncias do Centro do país, onde a produção local de alimentos tende a limitar a insegurança alimentar em espaços rurais densamente povoados, o grau de vulnerabilidade alimentar da população é menor do que no Sul que depende, em grande parte, das importações de gêneros alimentícios da África do sul (MONIÉ, 2020). O fechamento das fronteiras pode desorganizar os circuitos de transporte e distribuição de alimentos importados, em particular na metrópole de Maputo.

Da mesma forma, a opção de inserção na globalização pautada na exportação de *commodities* (carvão, gás natural, algodão etc.) será questionada pela diminuição do preço das principais matérias primas. A queda das receitas das exportações e da capacidade de investimento do Estado combinada a retração do Investimento Direto Externo (IDE) podem agravar uma situação, já fragilizada pelo fim do super ciclo mundial das *commodities* (MONIÉ, 2020). Os mega projetos na cadeia do gás natural para explorar as gigantescas reservas da Bacia de Rovuma (província de Cabo Delgado) são particularmente ameaçados por uma dinâmica de retração do investimento. A queda da demanda internacional por hidrocarbonetos, combinada a diminuição do preço do gás, gera um clima de incertezas negativo para uma atividade exigindo elevados volumes de investimentos iniciais e cuja rentabilidade se torna efetiva somente a médio prazo. A Exxon Mobil, que lidera o consórcio de exploração da área 4 coma a ENI, anunciou, assim, o adiantamento de alguns investimentos estratégicos e uma diminuição de 30% de suas despesas operacionais em 2020.

No campo ambiental, desde o início da globalização da pandemia, a queda global dos níveis de mobilidade humana, de circulação de mercadorias e a retração da atividade econômica se traduziram por uma diminuição das emissões de CO₂ e de diversos tipos de poluições. No entanto, a Aliança C19 (2020) ressalta que o aumento do uso de determinados produtos de plástico descartáveis (luvas, máscaras, garrafas de água mineral) no contexto de crise pandêmica pode ter impactos ambientais em meio urbano. Da mesma maneira, a gestão do lixo hospitalar levanta desafios de maior complexidade no manuseio, estocagem, transporte e tratamento de produtos contaminados por doentes da COVID-19. O nível de contaminação por estabelecimentos industriais, cuja elevação teria efeitos particularmente nocivos sobre a saúde pública, deve também ser submetido a um monitoramento rigoroso (ALIANÇAC19, 2020). Por isso, o monitoramento de atividades econômicas ambientalmente impactantes não deve ser afrouxado em virtude do surgimento de novas prioridades.

Por seu lado, os impactos macroeconômicos permanecem incertos. O governo moçambicano já anunciou que a crise pandêmica vai se traduzir por uma desaceleração do ritmo do crescimento econômico. Em 2020, o PIB deve crescer de 2,2% contra os 4% inicialmente previstos pelo Ministério da Economia. No entanto, a retração do crescimento será tributária de variáveis como a duração e a gravidade da pandemia em níveis nacional e mundial (AFRICAN UNION, 2020). Os efeitos da crise sobre a inflação são também dificilmente previsíveis considerando as incertezas relativas à evolução do preço das matérias primas nos mercados internacionais, dos produtos de primeira necessidade, à dinâmica produtiva nacional ou, ainda, à retomada dos fluxos comerciais com a África do sul. Todas as atividades econômicas sofrem, direto ou indiretamente, efeitos da atual crise sanitária. Comércio, turismo, transporte, restauração, serviços financeiros são as mais expostas. Diversos setores industriais devem, por sua parte, ser afetados pela desorganização das redes logísticas de distribuição de insumos e de transporte dos produtos. Segundo Ibraimo Mussagy, as novas pequenas e médias empresas (PMEs) dependentes do mercado chinês são as mais vulneráveis, pois uma forte retração das trocas comerciais com o país asiático alimentaria uma dinâmica de insolvência e falências (MUSSAGY, 2020).

No que se refere aos impactos da pandemia sobre a saúde pública e o sistema hospitalar, a Aliança C19 ressalta a importância da difusão de material de limpeza para a população, dos investimentos nos hospitais e unidades de atendimento e da articulação de todas as infraestruturas e serviços sanitários do país (públicos e privados) com vista a aumentar a capacidade do sistema nacional de saúde. No contexto atual, é primordial que seja garantido o acesso gratuito a todos(as) os(as) cidadãos(ãs). O manifesto ressalta também a necessária mobilização dos estudantes concluintes de medicina e enfermagem do ensino superior, público e privado, para as enfermarias, centros de saúde e hospitais do país e a solicitação de apoio à China, Rússia e Cuba em termos de pessoal médico e materiais necessários para combater a

pandemia (ALIANÇAC19, 2020). Ampliar a disponibilidade de material de proteção e higienização para a equipe de saúde e a proteção dos doentes é, também, considerado prioritário.

CONCLUSÕES

Os países da África austral apresentam quadros sanitários bastante diferenciados diante da pandemia de Coronavírus/COVID19. Em cada formação socioespacial variáveis sociais, econômicas, institucionais, políticas, geopolíticas, populacionais, geográficas etc. articulam-se de forma complexa em diversas escalas para delinear dinâmicas bastante diversas de disseminação do vírus e construir capacidades de resposta frente a crise sanitária.

No caso de Moçambique, a evolução da pandemia foi, até o presente momento (meados de setembro de 2020), caracterizada pela aceleração do ritmo do contágio e a progressiva disseminação do Coronavírus em direção as regiões mais remotas do território nacional a partir do mês de agosto. No entanto, não estamos diante de uma explosão do número de contaminados e vítimas da COVID19. Por isso, o sistema de saúde pública não entrou em colapso, ao contrário do que foi observado na Itália, na França ou na Espanha quando a Europa ocidental se tornou o principal epicentro regional da difusão global do vírus

Vários fatores contribuem para a relativamente lenta progressão da pandemia em Moçambique. O país, menos conectado às redes globais do transporte aéreo que a África do sul, importou menos casos do resto do mundo. A natureza do primeiro epicentro regional, uma base da cadeia do gás natural, confirma que a conectividade ao espaço global dos fluxos é fundamental na formação dos primeiros *clusters* locais/regionais. Devemos, também, considerar o fato que, como no resto da África subsaariana, as autoridades reagiram imediatamente às primeiras notificações de casos importados. O governo moçambicano decretou o estado de emergência e promulgou um conjunto de medidas de prevenção (contenção territorial, gestos-barreira, campanhas de informação da sociedade etc.) que frearam a dinâmica do contágio comunitário. A elevada proporção de jovens na população também contribui para limitar o ritmo de contágio e a difusão espacial do vírus, num país cujas regiões não são conectadas de maneira muito fluida. Devemos, no entanto, que, como em muitos países do mundo, a ausência de testagem sistêmica e a dificuldade de estabelecer de forma precisa a causa dos óbitos, minimizam a gravidade da crise sanitária.

Cabia, neste contexto, questionar a capacidade de resposta estrutural do sistema de saúde no contexto da conjuntura pandêmica. Após ter enfrentado uma crise extremamente grave decorrente da emigração da maioria do corpo médico, as autoridades moçambicanas promoveram políticas de modernização do sistema de saúde cujos resultados se revelam contrastados em função do contexto geopolítico. A guerra civil até 1992 teve forte impacto em Moçambique por produzir crises de produção de riquezas e descontinuidades das políticas econômicas. A partir de 1992 ocorre um período de transição do “socialismo” estatizante para o neoliberalismo que está em curso no país. Os desafios são grandes entre buscar o modelo de mercado e as ações estatais, frente à uma realidade de recursos financeiros escassos quando comparado à fase atual da economia globalizada (CASTELO-BRANCO, MANDLATE, 2012; MONIÉ, 2019).

Moçambique enfrenta hoje o dilema do seu modelo de desenvolvimento, entre fortalecimento do Estado e das instituições públicas, investimento no setor público ou ampliação da privatização, através do recurso às empresas ou às organizações não governamentais. O modelo neoliberal vem ganhando espaço nas políticas de saúde. Observa-se que as agências internacionais de fomento têm investido no terceiro setor e que importantes organizações nacionais atuam desde os anos 2000 em programas estratégicos de saúde (HIV, tuberculose e saúde materna e infantil), impondo um modelo de organização social baseado em

programas, técnicas de ação e mão de obra estrangeiros, que muitas vezes não auxiliam o país de consolidar sua estrutura pública de equipamentos e infraestruturas sociais e de investimento em pesquisa científica e tecnológica.

No contexto da pandemia, os desafios enfrentados pelo governo e a sociedade são consideráveis. Questões como a sobrevivência dos trabalhadores rurais e urbanos dos circuitos inferiores da economia, a segurança alimentar, a recrudescência da violência contra a mulher, os impactos ambientais decorrentes do afrouxamento da fiscalização de determinadas atividades, a segurança dos profissionais da saúde e a desaceleração da economia constituem desafios maiores.

Acreditamos que após ter enfrentado graves crises sanitárias, uma longa guerra civil (1977-1992) e tensões geopolíticas, sobressaltos econômicos e financeiros além de graves desastres naturais (enchentes, ciclones) Moçambique dispõe de estruturas e potencialidades para lidar com a atual crise sanitária. No campo da saúde pública, são grandes desafios que não só significam lidar e vencer a pandemia de Coronavírus, como também fortalecer a estrutura social e estatal para acumular as experiências e enfrentar o futuro. Neste sentido, consideramos estratégico o papel das universidades públicas para implementarem o desenvolvimento em pesquisa científica e inovação tecnológica, na formação de recursos humanos de nível superior e no processo de consolidação da cidadania e de desenvolvimento social e técnico em diferentes níveis e em diferentes áreas. Torcemos para que Moçambique consiga superar esses problemas e ultrapassar esse período de crise.

REFERÊNCIAS

AFRICAN UNION. **African Economic Outlook 2020: Developing Africa's Workforce, for the Future.** Abidjan: www.afdb.org. African Development Bank, 2020.

AFRICAN UNION. **Impact of the Coronavirus Covid-19 on the African Economy.** Adis Abeba: African Union, 2020.

ALIANÇAC19, 2020. **Por um Estado de Emergência com Justiça Social, Ambiental, Económica e de Gênero. propostas da sociedade civil Moçambicana,** face à pandemia do COVID-19. Maputo: Aliança Moçambicana da Sociedade Civil C-19, 10/04/2020. Disponível em: <<https://aliancac19.files.wordpress.com/2020/04/por-um-estado-de-emergencia-com-justica-15.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2020.

AMM. **Contribuições para a História de Moçambique por Aires Sartro Fernandes - 30 anos como médico em Moçambique.** Associação de Médicos de Moçambique. Intervenção do autor no Dia dos Médicos, de 2006.

BRAUDEL, F. **Escritos sobre a História.** São Paulo: Perspectiva, 2014.

CANALMOZ. Vinte e oito cidadãos regressados da África do sul terminam quarentena sem sintomas do COVID-19. **CANALMOZ,** Maputo, ano 11, número 2687, 13/04/2020.

BRAÇO, A. D & MULHAISSE, R. A. **Por Um desenvolvimento sustentável:** relato das experiências de Pesquisa em Moçambique. Rio de Janeiro: CEDECA-UP/FFP-UERJ/LETRACAPITAL, 2018.

CCS - Centro de colaboração em saúde. **O HIV em Moçambique – 2020 - Contexto.**
Disponível em: <<http://ccsaude.org.mz/index.php/projetos/o-hiv-em-mocambique-contexto>>.
Acesso em: 20 agost. 2020.

CISM. Centro de Investigação em Saúde de Manhica: home. Disponível em
<<http://manhica.org/wp/en/home-en/>>. Acesso em: 20 agost. 2020.

CONCEIÇÃO, M. C. G. dos S. R. da. **Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégias dos cuidados de Saúde primários em Moçambique.** Tese de Doutorado. Instituto de Higiene e Medicina Tropical/ Universidade Nova de Lisboa, Professor Doutor Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho, 2011, 375p.

COUNTRYMETERS. **População de Moçambique.** 2020. Disponível em
<<https://countrymeters.info/pt/Mozambique>>. Acesso em: 20 agost. 2020.

DM. **Moçambique:** Crise financeira atinge setor da saúde. Disponível em
<<https://www.dw.com/pt-002/h%C3%A1-mais-den%C3%BAncias-de-corrup%C3%A7%C3%A3o-no-sector-da-sa%C3%BAde-em-mo%C3%A7ambique/a-37237696>>. Acesso em: 20 agost. 2020.

FERREIRA, A. N. P. **Saúde pública em Moçambique no atendimento rural.** *Unidade Sanitária Móvel.* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo/USP, Orientador Bruna, Paulo Julio Valentino, 2013, 201p.

MARX, K. **O Dezoito Brumário e Cartas a Kugelmas.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

MISAU. **Boletim diário COVID-19,** N. 234, 06 de novembro de 2020.

MISAU. **Estatísticas de Recursos Humanos para Saúde no Serviço Nacional de Saúde nos últimos 10 anos (2006 - 2016).** Maputo: Ministério da Saúde – Direcção de Recursos Humanos (DRH), 2018.

MISAU. **Plano Nacional de Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.** Maputo: novembro de 2016.

MISAU. Programa de Reforço de Cuidados de Saúde Primários de Moçambique Orientado para Resultados (P163541). **Adenda à Avaliação dos Sistemas Ambiental e Social (ESSA).** Maputo: MISAU, 2018b.

MONIÉ, F. A África subsaariana diante da pandemia de Coronavírus/COVID-19: difusão espacial, impactos e desafios. **Espaço e Economia** [Online], 18|2020, posto online no dia 22 abril 2020. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/espacoeconomia/13629>>. Acesso em: 20 agosto 2020.

MONIÉ, F. A inserção de Moçambique na globalização: riscos, desafios e dinâmicas territoriais. **Revista da Associação Brasileira de Estudos Africanos**, v. 3, n. 3, 2019. pp. 9-37. Disponível em <<https://revistas.ufjr.br/index.php/abeafrica/article/view/34875>>. Acesso em: 20 agosto 2020.

MONIÉ F. Petróleo, desenvolvimento e dinâmicas espaciais na África subsaariana In: MONIÉ Frédéric, BINSZTOK Jacob (org.). **Geografia e geopolítica do petróleo**. Rio de Janeiro: Mauad X, pp. 201-236, 2012

MOSCA, J. Covid-19: Linhas Gerais sobre Medida e Impactos Econômicos em Moçambique. Maputo: **Observatório do Mundo Rural (OMR)**, abril de 2020.

MUSSAGY, I. H. **Os efeitos do COVID-19 em Moçambique**: a economia em ponto morto. Mimeo, Beira, 06/04/2020, 5p.

NHANGUMBE, A. Covid-19 aniquilou o sector do turismo. **Magazine Independente, Maputo**, 07/04/2020.

OMS-Moçambique. 41 casos do COVID-19 confirmados em Moçambique. **OMS-Moçambique**, Maputo, 07 de novembro de 2020. Disponível em <https://www.afro.who.int/pt/news/41-casos-do-covid-19-confirmados-em-mocambique>. Acesso em: 07/11/ 2020.

RIBEIRO, A. C. T. **Teorias da ação**. Rio de Janeiro: LetraCapital, 2014.

ROLO, J. M.; TSCHANZE, A. F. Moçambique na geoeconomia do gás natural. **Economia Global e Gestão**. 2008, vol.13, n.1, pp.49-64.

SANTOS, M. Geography, Marxism and Underdevelopment. **Antipode**, vol. VI, n. 3, 1974.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo-razão e emoção. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, C. A.; MULHAISSE, R. A. Relações entre teoria dos sítios e economia da pesca em Beira - Moçambique: ensaios sobre experiências In: **Brasil e Moçambique**: Diálogos geográficos sobre pesca artesanal. Rio de Janeiro: CONSEQUENCIA, 2016, v.1, p. 201-222.

TAECLA. K. K. P. **Identity and Agency in South-South Relations**: Brazilian Development Workers and Mozambique. Doctor of Philosophy in Development Studies/ Institute of Development Studies/ University of Sussex, 2017, 259p.

TILLET, R. L. et. al. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. **Lancet infectious diseases**. Published online October 12, 2020w <www.thelancet.com/infection [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30764-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30764-7)> Acesso em: 07/11/ 2020.

URM (UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANA). Histórico. 2020. Disponível em <<https://www.uem.mz/index.php/investigacao/centros-investigacao>>. Acesso em: 21 junh. 2020.

VELTZ P. **Mundialización, ciudades y territorios**. Barcelona: Ariel, 1999.

WERTZ-KANOUNNIKOFF S, F. e PUTZEL L. Enfrentando a demanda da China por madeira: Uma análise do sistema de concessões florestais de Moçambique com perspectivas da província de Cabo Delgado. **Occasional Paper** 162. Bogor, Indonésia: CIFOR, 2016.