

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

**A MULHER EM MAPUTO: DIMENSÕES ANTROPOLÓGICAS DE
GÉNERO E REPRODUÇÃO**

Clélia Francelina Ozias Pondja

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Antropologia

Orientadora:

Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho
Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2017

A mulher em Maputo: Dimensões Antropológicas de
Género e Reprodução

Junho
2017

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

**A MULHER EM MAPUTO: DIMENSÕES ANTROPOLÓGICAS DE
GÉNERO E REPRODUÇÃO**

Clélia Francelina Ozias Pondja

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Antropologia

Júri:

Doutora Maria Paula Meneses, Investigadora Coordenadora Centro de estudos Sociais,
Universidade de Coimbra

Doutora Isabel Maria Rodrigues Craveiro, Bolseira de Pós-doutoramento Instituto de
Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Doutor Jorge Filipe Sousa Varanda Preces Ferreira, Professor Auxiliar Convidado
Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia

Doutor Tiago João Correia da Conceição, [Professor Auxiliar Convidado, Departamento de
Sociologia, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, ISCTE – Instituto Univesitário de
Lisboa

Junho, 2017

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Ozias Pondja, a minha infinita gratidão pelo amor, sabedoria e determinação em apoiar as minhas escolhas e por sempre ter guiado os meus passos incertos!

“O meu mundo não é o dos outros, quero demais, exijo demais, há em mim uma sede de infinito, uma angústia constante que eu nem mesmo compreendo, pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada, com uma alma intensa, violenta, atormentada, uma alma que se não sente bem onde está, que tem saudades... sei lá de quê!”

(Florbela Espanca, 1930)

AGRADECIMENTOS

- Agradeço ao Departamento de Antropologia do ISCTE-IUL.
- À minha orientadora, Prof. Dra. Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Picarra, pela dedicação e por toda ajuda concedida.
- A todos os professores com os quais trabalhei durante o doutorado.
- Ao Instituto de Bolsas de Estudo de Moçambique, que financiou a bolsa de estudos, sem a qual este doutorado não seria possível.
- As Instituições Moçambicanas (oficiais e não oficiais) em Moçambique, pela disponibilidade em atender as minhas solicitações.
- Aos meus pais Ozias Pondja e Francelina Pondja (em memória) pelo voto de confiança e pelo amor incondicional que me dedicaram sempre.
- Aos meus irmãos: Iva, Evandro, Ário, as tias Glória e Alcina, ao mano Luís, e aos sobrinhos Melissa, Lucas, Milena e Michelly.
- À grande amiga e irmã Iá Niani pela pronta ajuda e pelos momentos de moralização ao longo de todos estes anos.
- Aos amigos de todas as horas: Genito, Edmundo, Sheila, Cláudia, Marta, Ntaluma, Jamile, Clélia, Carlos, Manoel e o mano Pedrito.
- Ao meu companheiro de jornada Rodrigo Sala pelo seu amor, companheirismos, e incansáveis incentivos.
- Aos amigos em Moçambique, em especial: Patrícia, Carla, Assante, Neusa, Vanda, César, Ivan e Enid.

RESUMO

O presente estudo apresenta os resultados de uma investigação etnográfica sobre o modo como o sistema de representações socioculturais e simbólicas exercem influências na construção de formas de pensar e agir da mulher-mãe de KaMpfumo e KaTembe, em Maputo. Depois de uma breve caracterização social do grupo em estudo, questionam-se os fatores que condicionam as relações que estas mulheres estabelecem com o sistema de saúde convencional (biomédico) quando se fala de trajetórias de pessoas em busca de soluções de saúde reprodutiva, mais especificamente, quando se trata da qualidade na prestação de cuidados primários de saúde durante a gravidez e parto. Argumenta-se que a relação das mulheres estudadas com a pluralidade de sistemas terapêuticos é condicionada por fatores diversos, como tradição cultural, educação, religião, pobreza, migração, história colonial, e políticas públicas de saúde, impulsionadas pela percepção dos códigos simbólicos da causa da doença (fatores físicos e causas sociais) e crença da eficácia dos remédios e terapias. Procurou-se demonstrar que as novas abordagens empregadas pelo MISAU no âmbito da melhoria dos cuidados de saúde materno e infantil, apesar das boas iniciativas, como a maternidade modelo (IMM) e o parto mais humanizado (2011), ainda continuam longe de atingir os seus propósitos pretendidos, por razões de deficiência ao nível infraestrutural, dos recursos humanos e materiais.

Palavras-chave: *Saúde pública, género, reprodução, Moçambique.*

ABSTRACT

This study shows the results of an ethnographic research concerned with how the socio-cultural and symbolic representations system influences the ways of thinking and acting of KaMpfumo and KaTembe woman-mother in Maputo. After a brief characterization of the referred social groups, the factors that influence the relationships that these women have with the conventional health system (biomedical) are called into question, namely regarding the trajectories of people who seek reproductive healthcare solutions as well as the quality in the provision of primary healthcare during pregnancy and childbirth. It is argued that the relationship between the women from this research and the plurality of the therapeutic systems is conditioned by several factors, such as cultural tradition, education, religion, poverty, migration, colonial history, and public health policies, which are driven by the perception of the symbolic codes of the disease (physical and social factors) and by the beliefs of the efficacy of medicine and therapies. The findings on this point sought to demonstrate that new approaches employed by the MISAU under the improvement of maternal and child health care, despite good initiatives such as the new maternity (IMM) and more humanized birth (2011), are still far from reaching the intended purposes, due to infrastructural ineffectiveness and scarce.

Keywords: *Public health, gender, reproduction, Mozambique*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
<i>Definição do problema</i>	2
<i>Questões gerais e específicas</i>	3
<i>Organização da tese</i>	6
PARTE I: O ESTADO DA ARTE	8
Capítulo I. Revisão da Literatura e Aspetos Conceptuais	8
1.1. Enquadramento conceptual.....	8
1.2. Dimensão socio-antropológica do conceito de género	9
1.3. O que é saúde?	12
1.4. O surgimento da antropologia médica	15
1.5. A biomedicina e a medicina tradicional num contexto de pluralismo terapêutico	20
1.6. Breves noções antropológicas de farmacopeia	27
1.7. Pluralismo médico em Moçambique	30
1.8. O corpo feminino e as metáforas sobre o seu funcionamento	36
1.9. A mecanização da reprodução e do parto: o acesso das mulheres aos sectores de cuidados de saúde pública	41
1.10. A mulher na matriz cultural do sul de Moçambique.....	44
1.11. Práticas e representações em torno do nascimento da criança.....	52
PARTE II. HISTÓRIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM MOÇAMBIQUE	56
Capítulo II. História da Saúde Pública em Moçambique	56
2.1. Uma breve contextualização geográfica, sociodemográfica, política e económica de Moçambique	56
2.2. História do Serviço de Saúde em Moçambique de 1920-1974.....	62
2.2.1. Implementação dos Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique	

(1930 a 1974)	65
2.2.2. A evolução da organização da Rede Sanitária em Moçambique	74
2.2.3. Os serviços de assistência à saúde materna e infantil em Lourenço Marques até 1974	78
2.3. A saúde pública e cuidados de saúde primários em África	80
2.4. A nacionalização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) no Moçambique pós-colonial.....	85
2.4.1. MISAU: natureza vocacional, organização administrativa e expansão do serviço de saúde	85
2.5. O início da Planificação Sectorial Ampla (SWAp)	95
3.1. O contexto.....	102
3.1.1. O Panorama dos cuidados de saúde reprodutiva em África.....	102
3.1.2. Cuidados de saúde reprodutiva em Moçambique	111
3.1.3. A cidade de Maputo: composição administrativa, sociodemográfica e cobertura sanitária	123
3.1.4. Evolução do estado de saúde materno-infantil em Maputo	131
3.2. Políticas e programas levados a cabo pelo MISAU e seus parceiros, com foco na saúde materna e infantil	132
PARTE III: O ESTUDO DE CASO.....	142
Capítulo IV. Aspetos Metodológicos	142
4.1. Métodos, técnicas e constrangimentos.....	142
4.1.1. Método etnográfico	142
4.1.2. Método de recolha dos dados	147
<i>Quadro 4.1. Técnicas usadas para a recolha de dados da pesquisa</i>	<i>151</i>
<i>Quadro 4.2. Caracterização dos participantes na pesquisa</i>	<i>151</i>
4.1.3. Constrangimentos.....	151
Capítulo V. Apresentação e discussão dos resultados	154
5.1. Os agentes convencionais (SNS) e tradicionais, enquanto provedores de	

cuidados de saúde reprodutiva feminina.....	154
5.1.1. Profissionais do SNS.....	154
5.1.2. Medicina tradicional.....	161
5.2. Da gravidez ao parto: experiências, práticas e representações	165
5.2.1. Caraterização das mulheres-mães e homens-pais	165
5.2.2. As complicações e soluções terapêuticas mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva e grávidas	172
5.2.3. Práticas tradicionais no diagnóstico e tratamento de perturbações em mulheres com idade reprodutiva	174
5.2.4. A experiência da primeira gravidez e a relação da mulher com o corpo ..	179
5.2.5. A familiaridade com os métodos e técnicas de contraceção	193
5.3. Saberes e percursos terapêuticos: entre a biomedicina e a medicina tradicional	196
5.3.1. O que dizem as mulheres da sua relação com o sistema de saúde convencional?.....	196
5.3.2. Quando a situação exige, é fundamental “amarrar a barriga”.....	201
5.4. O parto e cuidados com o recém-nascido	204
5.4.1. O parto é apenas “assunto de mulheres?”	213
5.5. O papel social da maternidade: “deixei de ser somente a fulana de tal e passei a ser chamada de mãe de fulaninho”	226
CONSIDERAÇÕES FINAIS	235
FONTES	244
BIBLIOGRAFIA.....	245
ANEXOS.....	258

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 Organização do sistema de saúde de 1920-1974.....	70
Quadro 2.2 Movimento das maternidades de 1946 a 1970	80
Quadro 2.3 Recomendações medidas destinadas a melhorar a saúde em África.....	85
Quadro 2.4 Recursos do SNS, Unidades Sanitárias (hospitalares) a nível de todo o país ..	94
Quadro 2.5 Número de médicos, técnicos de cirurgia, enfermeiros, enfermeiros SMI	94
Quadro 3.1 Ranking dos 10 países (2010)	107
Quadro 3.2 Número de partos por região assistidos por profissionais.....	108
Quadro 3.3 Número de alunos e percentagem de raparigas por nível de ensino	116
Quadro 3.4 ODM - Melhoria na saúde materna.....	116
Quadro 3.5 Estimativas diretas das taxas de mortalidade materna	119
Quadro 3.6 A mortalidade materna em 1990-2013- OMS	120
Quadro 3.7 Distribuição da População da Cidade de Maputo por Sexo	127
Quadro 3.8 Indicadores socioeconómicos nos distritos de Maputo	128
Quadro 3.9 Número de Maternidades e Banco de Socorros por Distritos Municipais	131
Quadro 3.10 Indicadores da evolução do estado de saúde da população em Maputo	132
Quadro 3.11 Cobertura Saúde Materno Infantil (SMI)	132
Quadro 3.12 Planos, programas e objetivos	135
Quadro 3.13 Programas e atividades apoiadas no âmbito SMI.....	137
Quadro 3.14 Cobertura Saúde Materno Infantil (SMI)	139
Quadro 4.1 Técnicas usadas para a recolha de dados da pesquisa	151
Quadro 4.2 Caracterização dos participantes da pesquisa	151
Quadro 5.1 Perfil das mulheres-mães entrevistadas (N=20).....	171
Quadro 5.2 Principais doenças em mulheres grávidas na ótica da OMS e MISA	173
Quadro 5.3 Principais doenças em mulheres grávidas na ótica da curandeira.....	176
Quadro 5.4 Nível de conhecimento de métodos e técnicas anticoncetivas	176

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Mapa de Moçambique	56
Figura 2.2 Esperança de vida dos moçambicanos por sexo em países PALOPS.....	61
Figura 2.3 Organograma Estrutural da Organização dos Serviços de Saúde-1956	68
Figura 2.4 Ocupação Sanitária da Província de Moçambique	74
Figura 2.5 Organograma da Rede de Assistência Estatal da Província de Moçambique..	78
Figura 2.6 Organograma do MISAU.....	91
Figura 3.1 Níveis e tendência da mortalidade neonatal infantil e infantojuvenil.....	122
Figura 3.2 Entidades Administrativas (Distritos Municipais e Localidades).....	124
Figura 5.1 CS da Polana Cimento e sala de parto do CS de Campwane	157
Figura 5.2 Utensílios médicos utilizados pelas enfermeiras de SMI	159
Figura 5.3 Kit de testes rápidos.....	160
Figura 5.4 Alguns dos medicamentos utilizados durante o pré-natal e o parto	161
Figura 5.5 Locais de aquisição de medicamentos tradicionais	164
Figura 5.6. Parteira tradicional.....	165
Figura 5.7 <i>Cocktails</i> de medicamentos tradicionais.....	176
Figura 5.8 Conjunto de medicamentos que formam o <i>cocktail</i>	176
Figura 5.9 Tronco de Xiagrafuma	177
Figura 5.10. Medicamentos usados no trabalho de parto	178
Figura 5.11 Parteira tradicional, a parturiente e a filha.....	206
Figura 5.12 Posições alternativas para trabalho de parto	209
Figura 5.13. Cartão de Saúde da Criança	217
Figura 5.14. Mãe e filha repousando após o parto	217

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AIDI - Atenção Integrada às Doenças da Infância

AMETRAMO - Associação Moçambicana de Médicos Tradicionais

AMTSL - Active management of the third stage of labor

ARO - Alto Risco Obstétrico

ATIP - Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor

CACUM - Cancro do Colo do Utero e da Mama

CCR - Consulta da Criança em Risco

CCS - Consulta da Criança Sadia

CERN - Cuidados ao Recém-nascido

CFMP - Cenário Fiscal de Médio Prazo

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CPF - Consulta de Planeamento Familiar.

COEB - Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos

CPN - Controle Pré-Natal

CPP - Consulta Pós-Parto

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DAA - Departamento de Arqueologia e Antropologia

DG - Diretivas do Governo

DINAPOT - Direcção Nacional de Planeamento e Ordenamento Territorial

DNSP - Direcção Nacional de Saúde Pública

DPS - Direcção Provincial de Saúde

DSCM - Direcção de Saúde da Cidade de Maputo

DNAM - Direcção Nacional de Assistência Médica

DTS - Doenças de Transmissão Sexual

EGPAF - Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

FRELIMO - Frente de Libertação de Moçambique

FNUAP - Fundo das Nações Unidas para a População

GEMT - Gabinete de Estudos em Medicina Tradicional

GT - Grupo Técnico

HCM - Hospital Central de Maputo

HCMB - Hospital Central Miguel Bombarda

HCN - Hospital Central de Nampula

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana

HPP - hemorragia vaginal pós-parto

HPR - Hospital de Primeira Referência

HULM - Hospital da Universidade de Lourenço Marques

ICAP - International Center for AIDS Care and Treatment Programs

ICPD - Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDS - Índice Demográfico de Saúde

IEC - Informação Educação e Comunicação

IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

IMM - Iniciativa Maternidade Modelo

IMPAC - Manejo Integrado da Gravidez e Parto

IMT - Instituto de Medicina Tropical

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPPF - International Planned Parenthood Federation

ISCISA - Instituto Superior de Ciências de Saúde

ITS - Infecções Transmitidas Sexualmente

IRAs - Infecções Respiratórias Agudas

M&A - Monitoria e Avaliação

MEDIMOC - Empresa de Importação e Exportação de Medicamentos

MCHIP - Maternal and Child Health Integrated Program

MICS - Multiple Indicators Cluster Survey

MISAU - Ministério da Saúde

MZN - Metical meda usada em Moçambicano

NED - Núcleo de Estatística Distrital

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

ODS - Objectivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG's - Organizações Não-Governamentais

PARP - Plano de Ação para a Redução da Pobreza

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PAV - Programa Nacional de Vacinação

PES - Plano Económico e Social

PESS - Plano Estratégico do Sector Saúde

PF - Planeamento Familiar

PHC - Public Health Care

PIS - Plano de Investimento em Saúde

PNCM - Programa Nacional de Controlo da Malária

PNDRHS - Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POA - Plano Operacional Anual

PP - Prevenção Positiva

PQG - Programa Quinquenal do Governo

PRN - Programa de Reabilitação Nutricional

PRSS - Programa para a Reconstrução do Sector da Saúde

PTIP - Programa Trienal de Investimento Público

PTs - Parteiras Tradicionais

PTV - Prevenção da Transmissão Vertical

QOC - Quadro Orçamental Comum

RENAMO- Resistência Nacional e Moçambique

SADC - Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SMNI - Saúde Materna Neonatal Infantil

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SR - Saúde Reprodutiva

SRH - Sexual Reproductive Health

SRHM - Society for Human Resource Management

SWAp - Sector Wide Approach

TARV - Terapia Antiretroviral

TB - Tuberculose

TIP - Tratamento Intermitente Presuntivo

TMM - Taxa de Mortalidade Materna

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

UNFPA - The United Nations Population
Fund

UNICEF - The United Nations Children's
Fund

US - Unidade Sanitária

USD - Dólar Americano

VBG - Violência Baseada no Género

WHO - World Health Organization

GLOSSÁRIO DE SINÓNIMOS

- A wasati anga hambi mhamba* – língua Xirhonga falada no Sul de Moçambique que traduzindo para o português, quer dizer “a mulher não faz cerimónias”;
- Busahana* - período em que a criança deve permanecer confinada dentro da esfera privada até a queda do cordão umbilical que, em média, pode decorrer até ao sétimo dia em Ronga;
- Capulana* - peça de tecido tido como vestimenta típica cerimonial em Moçambique;
- Xichangana* - nome de uma língua falada no Sul de Moçambique;
- Chope* - nome de uma língua falada no Sul de Moçambique.
- Hahani* - tia paterna em Xichangana;
- Kimwani* - dialeto de fronteira entre a Tanzânia e Moçambique;
- Kukulo* - vassoura feita da palha da palmeira em Xirhonga e Xichangana
- Kulovola/Lobolo* (em Xirhonga) - aportuguesamento do termo que consiste no ato de um noivo tirar algum valor (dinheiro ou outros bens) para dar à família da noiva;
- Makanuka* - expressão Xirhonga para designar o corrimento vaginal;
- Matximba ya ndlopfu* - fezes de elefante, em Xirhonga e Xichangana;
- Mbuye* - amante em Xichangana e Xirhonga;
- Nchongoma* - cocktail de vários medicamentos usado no tratamento do corrimento vaginal;
- Neneka* – ato de carregar a criança as costas;
- Ndlelen* – significa “no caminho” ou “na estrada”, em Xirhonga *Neneka* - ato de carregar a criança às costas utilizando a capulana;
- Nuna* - marido em Xirhonga;
- Xirhonga*- nome de uma língua falada no Sul de Moçambique;
- Tetenha* - medicamento usado para curar a verruga vaginal
- Tinyanga* - nome dado aos terapeutas, “médicos tradicionais” ou “curandeiros” no sul de Moçambique;
- Tihlolo* - expressão Xichangana e Xirhonga para designar o método de adivinhação utilizado pelo curandeiro, constituído por ossículos e outros objetos como conchas, pedaços de madeira e pedras;
- Xiagrafuma* - medicamento com efeitos antiabortivos em Xirhonga;

Xilhango - pó na base de mistura de vários medicamentos mesclado a óleos e serve para curar a verruga vaginal em Xirhonga;

Xilovekelo - porção preparada na base de raiz utilizada no tratamento de cólicas menstruais em Xirhonga;

Xilume - palavra Xirhonga para designar cólica menstrual;

Xitswa – nome de uma língua falada no Sul de Moçambique (Inhambane);

Xitsamiua - palavra Xirhonga para designar verruga vaginal conhecida na literatura médica pelo nome de HPV;

Xitsimbu - cocktail de vários medicamentos usado no tratamento de cólicas menstruais em Xirhonga.

INTRODUÇÃO

A investigação aqui apresentada aborda temáticas de género e reprodução em Moçambique, especificamente a construção do sentido que a mulher faz da sua própria experiência frente às questões de saúde reprodutiva. O presente trabalho situa-se nos contextos urbano e periurbano da cidade de Maputo, concretamente nos distritos municipais de KaMpfumo e KaTembe, no período correspondente aos anos de 2012 a 2015.

A área da saúde reprodutiva tem apresentado um grande desenvolvimento internacional em termos de especificação de intervenções efetivas a implementar, com vista a alcançar cuidados de saúde com qualidade e sustentáveis (Ferrinho *apud* Craveiro *et al*, 2002). De acordo com vários organismos internacionais, a saúde reprodutiva é um direito universal que deve abranger de maneira equitativa os direitos dos homens e das mulheres, para que todos possam ter uma vida sexual gratificante e segura, e que tenham capacidade de se reproduzir e liberdade de decidir se, quando e com que frequência o devem fazer. Para isso, seria necessário investir num conjunto de intervenções focadas no envolvimento de toda a comunidade, na responsabilidade da sua própria saúde sexual e reprodutiva, desenvolvendo esforços que visassem as boas práticas em diferentes vertentes, com vista à obtenção de ganhos com os problemas de saúde que não recebem ainda o nível de atenção desejável.

Na prática, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres encontra-se ainda marcada pela desigualdade de género, por diferenças socioeconómicas, pelo fraco acesso à formação e à informação. Apesar das diferenças geográficas e territoriais entre os países da África subsaariana, há neles em comum os elevados índices de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2014). No caso de Moçambique, o rácio da mortalidade materna é de 480 mortes por 100.000 nascimentos, e a mortalidade neonatal, de 39 mortes por 1.000 nascimentos vivos¹.

É evidente que a política de ajustamento estrutural de organismos financiadores de programas ligados ao sector de saúde pública, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), influenciam tanto os discursos do Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique como das diferentes organizações da sociedade

¹

MISAU: Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais, agosto de 2011.

civil que trabalham nas questões de saúde reprodutiva da mulher. Todavia, existe a falta de investigação com vista à adequação do desenvolvimento dos serviços locais, com base no melhor conhecimento científico e do contexto sociocultural, quer pela baixa frequência de programas de formação contínua, dirigidos não apenas aos profissionais que estão na linha da frente, quer pelos decisores políticos que, por vezes, tomam decisões sem base na evidência (Craveiro e Ferrinho, 2002). Não se ignora também a fraca produção científica em temáticas que consideramos tão importantes, mas que ainda são muito pouco exploradas, como é o caso da pertinência de se estudar o percurso das mulheres durante o processo gestacional até ao parto, atentando-se à maneira como estas negociam as suas escolhas com a pluralidade de soluções terapêuticas existentes no contexto em que estão inseridas.

A presente investigação não pretende abordar juízos de valor acerca dos homens da sociedade moçambicana, muito menos vitimizar os grupos de mulheres abrangidas pelo presente estudo. É objetivo analisar e compreender as dimensões cognitivas e simbólicas na resolução de complicações obstétricas, em especial, as relacionadas com a gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido, cuja maioria não pode ser prevenida. Pretende-se dissecar o modo como as abordagens biomédicas, em relação às perturbações durante a gestação e o parto, subjagam outras formas de saber consideradas eficazes pela manutenção e perpetuidade da sua prática.

Definição do problema

Este estudo aborda os aspetos socioculturais ligados à saúde reprodutiva em Moçambique, partindo de uma abordagem antropológica, num exercício reflexivo de compreender o modo como os fatores incontornáveis da história colonial, políticas públicas de saúde, género, cultura, nível de educação, religião, condição económica, migração, entre outros, atuam em universos particulares e coletivos da mulher.

O problema que alude a presente investigação aponta para o fato de os estudos, em geral, darem maior ênfase ao aspeto biológico do funcionamento do corpo feminino, descurando as demais dimensões culturais, socioeconómica, ambiental, territorial, religiosa, linguística que, indissociavelmente, influenciam e estruturam a sua relação com os sistemas biomédico e tradicional de cuidados de saúde.

As motivações que incitaram o estudo deste tema dizem respeito ao facto de encontrar na temática da saúde reprodutiva da mulher, em Moçambique, assuntos pertinentes tão pouco explorados, como é o caso das dimensões cognitivas de representações simbólicas intrínsecas na resolução de possíveis eventos decorrentes do processo da gestação feminina, em especial, os relacionados com o bem-estar da mãe e do feto; com os prováveis riscos da perda do feto; complicações durante o parto; e cuidados com a mãe e o recém-nascido, que constituem a principal causa de morte materna e perinatal.

Neste sentido, a pesquisa procura responder a três questões gerais inter-relacionadas, e, para tal, usamos duas abordagens metodológicas diferenciadas que implicaram, num primeiro momento, uma pesquisa de terreno, voltada para a história no âmbito da implementação das políticas de saúde pública em Moçambique. A segunda abordagem apoia-se na pesquisa no terreno (observação participante) e restringe-se a examinar as práticas e pontos de vista dos profissionais de saúde convencionais e tradicionais, ao mesmo tempo que explorou dos utentes - neste caso, as mulheres-mães e homens-pais - suas diferentes perceções sobre a importância e os benefícios relacionados à sua participação nos diferentes sistemas de saúde existentes no contexto.

Questões gerais e específicas

1. Como se configura a saúde reprodutiva em Maputo na actualidade?
 - 1.1 Qual é a história da saúde pública em Moçambique?
 - 1.2 Como e quando se destaca a saúde reprodutiva?
 - 1.3 Quais as políticas de saúde reprodutiva em Moçambique?
2. Como se configura a relação da mulher/mãe com os sistemas de saúde biomédico e tradicional?
 - 2.1 Em que medida a sua compreensão do sistema biomédico ou sistema tradicional determinam a sua escolha por um ou por outro?
 - 2.2 Quais os fatores que inibem e/ou propiciam a procura de ajuda médica sanitária/hospitalar?
 - 2.3 Quem tem o poder de decisão na escolha do anticoncetivo, ou quando este não deve ser abandonado?

- 2.4 O que deve e/ou não deve fazer uma mulher grávida?
- 2.5 Por que as mulheres optam cada vez mais pelo parto institucional e medicalizado (cesarianas, epidural) e os serviços privados?
3. Quais as expectativas que a sociedade, como um todo, constrói em torno da “condição” da maternidade?

A ordem esquemática para a apresentação das perguntas parte do geral para o particular. Começamos por fazer de uma caracterização dos serviços de saúde pública em Moçambique, desde o período colonial à atualidade, o que nos permitiu desenhar o quadro institucional em que são hoje aplicadas as políticas de saúde reprodutiva. De seguida, procuramos ver, do ponto de vista dos provedores de cuidados de saúde (tradicional e convencional), das mulheres-mães e dos homens-pais, como as políticas de saúde reprodutiva são atualizadas na sua vivência e se essas políticas fazem sentido num contexto marcado pelo pluralismo terapêutico, ou seja, pela diversidade de práticas, seja do sistema biomédico, seja de um sistema tradicional.

Portanto, optou-se por trabalhar em dois distritos municipais da cidade de Maputo, capital da República de Moçambique, que ocupa uma área de 346.77 km². Elegidos os distritos municipais de KaMpfumo e de KaTembe para a realização do estudo, passamos a descrição a sua estrutura organizacional. O primeiro, KaMpfumo, localiza-se dentro da região metropolitana que se caracteriza por possuir bairros com qualidade urbana² de construção maioritariamente vertical, concentrando-se aqui quase todas as atividades económicas, administrativas e sociais que ocupam parte considerável do espaço construído; uma superfície considerável é ocupada por várias infraestruturas de desporto e lazer, e por conseguinte, poder-se-ia pensar que seria neste distrito municipal onde se registariam as maiores densidades de população, o que não sucede.

Ao contrário do município da KaTembe, que se localiza ao sul da baía de Maputo, ainda hoje, a maioria da construção é, exclusivamente, de tipo horizontal, ainda bastante dispersa e, fundamentalmente, de material local, apesar de também encontrarmos infraestruturas públicas e privadas construídas segundo o modelo urbano. As características de ocupação do espaço e a grande maioria das habitações das construções ainda se assemelham muito ao mundo rural. Os

² Com ordenamento territorial, saneamento básico do meio, com fornecimento de eletricidade e abastecimento de água potável, com sistema coleta do lixo, rede de transportes, escolas, centros de saúde e hospitais

únicos meios de transporte que ligam o município à cidade de Maputo são o *ferryboat* e pequenas embarcações motorizadas³. Isto é reforçado, como se verá mais adiante, pelas características demográficas e as atividades económicas dos seus moradores. Podemos classificar KaTembe como um município com características periurbanas e rurais, pela débil organização do ordenamento da ocupação do espaço, pela fraca qualidade do saneamento do meio, de abastecimento de água, de acesso à eletricidade, de reduzida rede de transportes, da fraca acessibilidade às escolas, hospitais, e outros serviços públicos, não descurando dos aspetos como o tipo de material e modelo de construção das casas, além da predominância de atividades ocupacionais ligadas à pesca e à agricultura de subsistência.

Esta distinção dos espaços urbano e rural apresenta problemas em termos de acesso a serviços de saúde e de educação, devido à distinção abissal entre a área de trabalho (muitas mulheres trabalham seja no sector formal seja no informal) e a área de residência.

A escolha dos locais para a realização do trabalho de investigação deveu-se, antes de tudo, à proximidade física com o terreno, que me possibilitou a permanência a longo prazo no local a ser realizado o trabalho de campo, sem que para isso fosse necessário despendar elevados custos monetários e materiais adicionais à pesquisa.

O desafio que se impõe ao estudo é a interpretação do sistema normativo cultural da gravidez/parto tal como é percecionado e experienciado pelos residentes dos distritos municipais de KaMpfumo e KaTembe, sem pôr de parte os cuidados pré e pós-parto (da mãe e da criança). Também pretende-se demonstrar como é que o *corpus* de conhecimento da ação biomédica se articula com o *corpus* de conhecimento de ação dita tradicional, vivida pelos indivíduos que fazem uso dos mesmos, de modo a compreender como os informantes lidam com essas duas realidades e as contradições que se estabelecem entre elas.

O reconhecimento da pertinência académica e científica deste trabalho inclui um quadro de referências viáveis para se interpretar códigos de crenças, valores e representações individuais/coletivas sobre a gravidez, manifestados no espaço social que os indivíduos compartilham. O estudo pretende não apenas demonstrar que a propagação da abordagem médica

³ No entanto, está em curso a construção de uma ponte para ligar a península da KaTembe a Maputo como há também grandes planos municipais para o desenvolvimento de um projeto de habitação.

se tem revelado eficaz na redução da mortalidade materno-infantil, como também, revela de que forma as percepções (significados) das complicações decorrentes da gestação e do parto são apreendidas pelas mulheres. Em particular, pretende-se compreender em que medida estas percepções/interpretações são produzidas e determinadas a partir de fontes de saber baseadas num referencial de conhecimento prático, no quadro de um cardápio variado das práticas culturais ditas “tradicionais”.

A contribuição do presente estudo está no fato de poder fornecer informação sistematizada que permita perceber melhor as diversas cosmologias de saberes que atravessam a cultura moçambicana numa perspetiva micro e localizada em relação à reprodução e à saúde materno-infantil.

Organização da tese

O trabalho apresenta-se estruturalmente organizado em três partes distintas, que se complementam entre si, a saber: Parte I- *Estado da Arte*; Parte II- *A história da Saúde Materno-Infantil em Moçambique*; Parte III- *O Estudo de Caso*. Começamos pela *Introdução*, onde, de maneira resumida, apresentamos o panorama geral da temática em apreço, buscando sempre conduzir o nosso fio de raciocínio em torno das questões centrais que suscitam a curiosidade e justificam a pertinência do estudo em causa.

A Parte I, *Estado da Arte*, é composta pelo capítulo I, *Revisão da Literatura e Aspectos Conceptuais*, onde apresentamos a generalidade das discussões teórico-conceituais sobre género, saúde, doença, farmacopeia e reprodução, num contexto onde o pluralismo terapêutico, incorporando práticas da biomedicina e da medicina tradicional, configura-se com o estatuto de saber legítimo situacional, pelo modo como as mulheres-mães fazem uso e circulam entre ambos universos. Ao abordarmos as questões relativas às desigualdades de género dentro da matriz cultural no sul de Moçambique (Maputo), vimos como a figura da mulher é entendida dentro da esfera sociocultural e percebemos o modo que certas concepções tendem a afetar, positivamente ou negativamente, o seu papel social.

A Parte II, *A história da Saúde Materno-Infantil em Moçambique*, engloba os capítulos II e III, intitulados de *História da Saúde Pública em Moçambique* e *História da Saúde*

Reprodutiva em Maputo, respectivamente. Esta secção do trabalho apresenta aspetos históricos que contextualizam o quadro social-demográfico, político, económico e a cobertura da rede sanitária. A exposição das políticas coloniais aludem para as ideologias e práticas sociais que balizaram o acesso das populações nativas ao sistema de saúde moçambicano no período que vai desde a era colonial (concretamente 1920) aos anos da pós-independência, com acriação do MISAU e a nacionalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Abordamos também as políticas de implementação e regulação dos programas de ajustamento estruturais financiados pelos organismos internacionais, na figura das ONGs de maneira a demonstrar as áreas que suscitem maior atenção no programa nacional de Saúde Materno e Infantil (SMI). De igual modo, é apresentado o quadro geral do panorama dos cuidados de saúde reprodutiva em África e em Maputo de forma a destacar os avanços alcançados pelo MISAU e parceiros dentro das metas traçadas para atingir os Objetivos do Milénio (ODM), onde nos limitaremos a enfatizar alguns dos mais importantes programas oficiais de saúde reprodutiva e materno-infantil no país.

A Parte III, *O Estudo de Caso*, é composta pelos capítulos IV e V, onde é apresentado o quadro referencial, técnico e metodológico do trabalho de campo, seguido das modalidades e itinerários adotados para compilação e coleta dos dados no terreno, articulados à apresentação e discussão dos resultados do trabalho de investigação. Num primeiro momento, é evidenciada a caracterização dos profissionais de saúde (convencional e tradicional) das mulheres-mães e dos homens-pais, de modo a explorarmos, em profundidade, as trajetórias e experiências das mulheres enquanto usuárias dos serviços de saúde pública, para compreender quais as atitudes que causam mal-estar e influenciam suas relações com os sistemas de saúde existentes.

Por fim, na conclusão, discutimos se o modo como as mulheres-mães incorporam os ditames e/ou regras institucionais durante a gravidez e parto condiciona a sua relação com o sistema biomédico de saúde e, conseqüentemente, se o grau de aproximação ou afastamento influencia na sua decisão de ter o parto institucional.

PARTE I: O ESTADO DA ARTE

Capítulo I. Revisão da Literatura e Aspetos Conceptuais

1.1. Enquadramento conceptual

O presente estudo debruça-se sobre as dimensões, cognitiva e simbólica, na representação da gravidez, sem se descuidar das situações das mulheres que recorreram a soluções terapêuticas devido a complicações obstétricas, em especial, dos casos de ameaça abortiva e dos cuidados pré e pós-natais. A análise inclui os cuidados com a mãe, com o recém-nascido e com os intervenientes no processo, tais como os pais, a família e os provedores dos cuidados com a saúde.

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram usados conceitos-chave da antropologia médica - saúde, doença, biomedicina, medicina tradicional, farmacopeia, reprodução e corpo (menstruação, gravidez e parto), os quais procuramos relacionar com o conceito de género e com o papel social da mulher, referenciada na matriz cultural e tradicional do sul de Moçambique.

A abordagem conceptual pretende retratar o estado atual das representações e do conhecimento sobre o processo gestacional e, simultaneamente, identificar as perceções individuais e coletivas referenciadas no decurso de todo o processo. Dessa forma, as noções de corpo, menstruação, gravidez e parto operam como conceitos que agem simbólica e materialmente sobre os corpos vivos, não sendo, por consequência, separáveis dos campos sociais e culturais e das forças históricas que intervêm ativamente na sua definição (Bagnol e Mariano, 2011:44).

Neste capítulo, serão apresentadas diferentes perspetivas sobre os seguintes temas: conceito de género; saúde e doença; biomedicina e medicina tradicional; pluralismo terapêutico; noções antropológicas de farmacopeia; surgimento da antropologia médica; o corpo feminino e as metáforas sobre o seu funcionamento; mecanização da reprodução e do parto; saúde sexual e reprodutiva na construção da sexualidade da mulher no sul de Moçambique; por fim, sobre o papel social da família, da mulher e da criança, pela forma como a matriz cultural desta sociedade o estrutura.

1.2. Dimensão socio-antropológica do conceito de género

O conceito de género surge como um dos princípios organizadores mais importantes da vida social, emerge da luta do movimento feminista e de várias tentativas de explicação teórica sobre a opressão e a posição de subalternidade das mulheres (Aaby, 1977; Quinn, 1977; Ortner e Whitehead, 1981; Burton, 1985; Loforte e Mendes, 1987; Chafetz, 1991). Nesse sentido, o conceito de género nasce como uma tentativa de resposta a vários desses impasses e permite analisar tanto as relações de género quanto a construção da identidade de género em cada pessoa.

Inicialmente, o conceito de género foi desenvolvido pela Antropologia e pela Psicanálise, colocando claramente o ser-mulher e o ser-homem como uma construção social. Essas disciplinas apontam para a naturalização das diferenças sociais, anteriormente entendidas como meras características biológicas (Giffin, 1994:148). De acordo com Osório *et al* (2008), a anatomia sexual concorre para uma construção social que propõe e prevê as identidades dos homens e das mulheres num modelo que tem como fonte as diferenças biológicas, naturalizando as diferenças e as identidades entre os dois sexos. Essa perspectiva potencia uma definição de sexualidade como o conjunto de verdades e saberes produzidos e validados pelos discursos sociais sobre sexo, que determinam e normatizam as condutas sexuais (Foucault, 1987; [1984] *apud* Osório *et al*, 2008: 15).

O conceito de género, no âmbito dos estudos da mulher, foi utilizado para diferenciar o sexo biológico da construção social do masculino e do feminino, assim como o modo pelo qual as sociedades olham as pessoas dos dois sexos, determinado pelas características biológicas: nasce-se macho ou fêmea da espécie humana, e é o modo como seremos socializados que nos tornamos mulheres ou homens (Ortner, 1974). Segundo Osório *et al* (2008: 62), o conceito de género baseia-se, de forma geral, na aceção de que as nossas sociedades são fundadas num modelo patriarcal que constrói e conforma homens e mulheres a desempenharem papéis específicos, baseados numa relação de hierarquia e poder. Com efeito, quando olhamos para as diferenças atribuídas à sexualidade de homens e mulheres na sociedade ocidental, deparamo-nos com a existência de uma ideologia do género que nos remete a “ [...] ideias sobre o masculino/feminino onde são refletidos e incrustados também os conceitos de cultura/natureza,

razão/emoção, mente/corpo, sujeito/objeto, e etc.” (Giffin, 1994:151), numa lógica dualista onde o homem sempre se apresenta como ativo e a mulher como passiva.

Tradicionalmente, a definição do género feminino remete à esfera familiar e à maternidade. Por sua vez, a referência fundamental da construção social do género masculino é a sua atividade na esfera pública, concentrador dos valores materiais, o que faz dele provedor e protetor da família. Se por um lado, compreendemos o género como a construção social baseada nas diferenças percebidas entre os sexos, por outro, “o género é uma forma primeira de significar as relações de poder, e é um meio de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana” (Aguiar, 1997: 46).

De acordo com Schouten (2011:13), devemos estar atentos ao fato de que, na análise social, não se pode abordar os géneros como opostos, evitando-se, *a priori*, um sistema binário:

[...] Ao ter em consideração as abordagens émicas, o género não é necessariamente dicotómico, enquanto a binaridade biológica também não é absoluta. Além disso, a relação sexo-género não é linear, porque a construção social do género não está por definição ligada à biologia.

Um importante contributo para se estudar as questões de género foi dado por Ortner e Whitehead (1981:97). Os referidos autores asseveram que, para definir ou traçar o género de um indivíduo, seria necessário tomar em conta três critérios:

- a) as atividades por regra realizadas por ele/ela;
- b) as normas, incluído a maneira de vestir e enfeitar o corpo, o comportamento e a linguagem;
- c) a orientação sexual, ou seja, o sexo/género do parceiro. Nessa ordem de ideias, entendemos por género o conjunto de características socialmente e culturalmente determinadas, que identificam os papéis e padrões de comportamento que diferenciam as mulheres dos homens, enquanto categorias.

No entanto, a ideologia do poder masculino, presente em muitas sociedades, define o princípio de que o lugar social da mulher é a casa, e seu mais importante valor social é a sua função de mãe e de esposa (Schouten, 2011). No que respeita ao papel da sua ‘principal’ função

enquanto parte indissociável no processo da concepção, a obra *Woman, Culture and Society*, de Rosaldo e Lamphere (1974), referem que a atividade reprodutiva é o evento central na vida das mulheres e a causa da sua subordinação universal. Contudo, ao mesmo tempo, a obra refuta abertamente o determinismo biológico ao afirmar que os papéis e comportamentos dos sexos nos grupos sociais resultam de uma interação entre os dados biológicos e os padrões sociais.

Ao abordar o género e a sexualidade no contexto moçambicano, Loforte (2003) chama atenção para a necessidade de desconstrução das noções coloniais e pós-coloniais sobre o “outro”, no sentido de que a visão da sexualidade moçambicana é percebida como promíscua, baseada no modelo dicotómico do “prazer sexual masculino e da sexualidade reprodutiva para a mulher” (Loforte, 2003:202). Para a autora essa concepção ilustra como os indivíduos constroem a sua sexualidade em torno de noções e práticas contextualmente específicas, onde o controlo social atua diretamente sobre o corpo das mulheres, cuja identidade principal é ser mãe.

Portanto, neste contexto, a sexualidade é socialmente aceita tão-somente na reprodução de filhos legítimos, entretanto, a procriação afigura-se como tarefa socialmente imposta às mulheres que vivam (ou não) numa relação estável com um homem. Em virtude da ética sexual, a sua função reprodutiva é delimitada à esfera doméstica do casamento, nesse sentido, a importância da repressão e do controlo sexual é unicamente exercida sobre as mulheres por restringir e controlar a livre expressão da sexualidade feminina, pois os homens são livres e até incentivados a seguir os seus interesses sexuais.

Assim, é ao homem que cabe a iniciativa de disseminar o seu sémen, “a semente”, e a permanência da fecundidade, mas sob a proteção dos espíritos dos ancestrais, porque os filhos são uma reencarnação dos antepassados. A mulher é o receptáculo passivo, a matriz onde se desenvolve e coze a criança, gerada do espaço masculino da habitação e, sobretudo, pela contribuição masculina (Loforte, 2003: 202).

A capacidade reprodutiva é, dessa forma, transformada num princípio de classificação da autoidentidade, fundamental na diferenciação entre as mulheres férteis e as aparentemente não férteis (Augusto, 2004 *apud* Silva, 2014: 144).

Na medida em que a família é identificada como a principal instituição social que organiza as relações sexuais entre os géneros, a mulher é vista como o instrumento e a força

motriz da manutenção da casa (*householding*). A ela é atribuída a responsabilidade pela sobrevivência da família. O seu papel como dona de casa (*housewife*) agrega tarefas que consistem em: cuidar (*caring*) da higiene e da alimentação dos membros do agregado familiar, mediar (*gatekeeper*) as condições de saúde; actuarem como educadoras a nível familiar e a nível social; finalmente, a sua ação fora do lar é uma extensão do papel de conselheira e mãe a outros níveis da sociedade (Schouten, 2011:77). De acordo com Loforte (2003: 184), “esta ideia reforça a tendência para as mulheres realizarem este papel com afinco e dedicação”.

Todavia, a análise das relações de género só é possível se considerarmos a condição global das pessoas, incluindo a classe social, cultura, religião, grau de escolarização, poder económico e político, grupo etário, tipo e local de residência (campo ou cidade), entre outros. O género passa, assim, a ser entendido como um conjunto de “processos também moldados por escolhas individuais e por pressões situacionais compreensíveis somente no contexto da interação social” (Costa, 1994: 87), pois leva em conta o contexto em que os indivíduos estão inseridos, os valores, as crenças, as relações de poder, as diversidades etnolinguísticas etc., fatores esses que são parte integrante da identidade dos indivíduos e que contribuem para a compreensão do modo como homens e mulheres fazem as suas opções e as comunicam ao mundo. Para além desses aspetos, não podemos descurarmo-nos dos movimentos históricos em que estas relações de género se estabelecem e se (re) configuram e, conseqüentemente, da sua afetação em todos os campos na sociedade.

1.3. O que é saúde?

A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, sobre as funções e a estrutura do corpo e sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente que, ao longo do tempo, foram sendo conceptualizadas e redefinidas.

Atualmente, a definição consensual, formulada e elaborada pela OMS, instituiu a aceção de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente na ausência de uma doença ou enfermidade (OMS). A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária no sentido

de que o conceito permitiria abusos por parte do Estado, o qual interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (Scliar, 2007:37).

Boorse (1977) sugere que a saúde não é a simples ausência de doença, por considerar a ideia de que, ao longo da vida, o ser humano acabará por sofrer de alguma doença, mas, enquanto as pessoas conseguem prosseguir na obtenção dos seus objetivos vitais, basicamente, consideram-se saudáveis. Segundo Scliar (2007:37) a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada com o grau de eficiência das funções biológicas, sem a necessidade de juízos de valor. Por sua vez, Nordenfelt (2000) definiu saúde como o estado físico em que é possível alcançar todas as metas vitais dadas as circunstâncias. Um indivíduo ou um grupo é saudável quando é capaz de, por um lado, realizar aspirações e satisfazer necessidades, por outro, de lidar com o meio ambiente numa perspectiva não-dicotômica. Nesta última aceção, a noção da saúde é compatível com a existência de doença; e a primeira diz respeito à pessoa, enquanto a doença está relacionada com o órgão ou parte do corpo ou da mente afetados.

Em resumo, podemos definir saúde como um recurso para a vida diária, cujo objetivo não abrange somente os recursos sociais e pessoais, mas as capacidades físicas. A este conceito correspondem, muitas vezes, uma gradação e uma diversidade de entendimentos em função de variáveis, como o contexto socioeconómico, a cultura, a etnia, a idade, a profissão, entre outras. Bircher (2005) propôs definir saúde como um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal. Ainda de acordo com o autor, se o potencial é insuficiente para satisfazer essas exigências, o estado do indivíduo é considerado como sendo de doença ou com problemas de saúde. Contudo, tal potencial é dividido e descrito como biologicamente e parcialmente adquirido pelo indivíduo, podendo variar de proporção ao longo do ciclo da vida. Essas definições contrastam com as que resultam da definição de saúde proposta pela OMS. Dessa forma, a relatividade da definição sugerida por Bircher (2005) tornaria possível partilhar com os indivíduos um pouco da sua própria responsabilidade para com o seu estado de saúde. Essas duas definições de saúde complementam-se mutuamente, por incorporarem diferentes variáveis dimensionais (representação da cultura e a sua relação com os idiomas do sofrimento ou as representações sociais da doença) que melhor se enquadram no presente trabalho, tomando em conta que se pretende identificar os fenómenos ou situações que podem ter interferência, direta

ou indiretamente, no estado de saúde da mulher-mãe, sem ignorar do modo como se manifestam e são interpretados aos níveis sintomático (físico, psicológico) e comportamental (escolha das terapias curativas).

A antropologia médica, ao debruçar-se sobre o conceito de doença, identificou três dimensões inter-relacionadas: *illness*, *sickness* e *disease*. *Illness* é a experiência subjetiva do mal-estar, dados a aflição do próprio paciente e o comportamento que ele expressa; portanto *illness* é uma expressão de doença culturalmente incorporada. *Sickness* é a experiência subjetiva, individual ou do grupo, de uma condição que perturba a vida comum e causa enfermidade. De acordo com Young (1982), *sickness* é o processo através do qual os sinais comportamentais e biológicos, particularmente os que decorrem de uma patologia, são socialmente reconhecíveis, ou seja, é um conjunto de sintomas socialmente significativos. Partindo do pressuposto de que “*every culture has rules for translating signs into symptoms, for linking symptomatologies to etiologies and interventions, and legitimize outcomes. The path a person follows from translation to socially significant outcome constitutes his sickness*” (Young, 1982:270). Por sua vez, o conceito de *disease* (doença, tradução livre) refere-se a anomalias na estrutura e/ou função dos órgãos e sistemas de órgãos; estados patológicos que são, ou não, culturalmente reconhecidos (Young, 1982:264). Nota-se que este conceito é rejeitado por vários autores (Eisenberg, 1977; Kleinman, 1980; Good, 1981; Uchôa e Vidal, 1994; Janzen, 2002), pelo seu reducionismo físico incrustado no modelo biomédico.

Segundo Kleinman (1980), todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Todo o sistema de cuidados em saúde é constituído pela interação de três diferentes setores, (profissional, tradicional e popular), cada um desses setores veicula crenças e normas de conduta específicas, legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

É importante referir que essa definição é particularmente relevante para se analisar o contexto moçambicano, onde existe uma complexa relação entre as dicotomias corpo e espírito, indivíduo e sociedade envolvente. É preciso ressaltar que as práticas de cura são obtidas a partir das diferentes interpretações e concepções acerca do conceito de saúde, sendo que, em nenhum outro contexto, esta articulação é tão clara como nas situações de nascimento e morte. A doença ou o infortúnio são pensados e representados como desordens, efeitos produzidos por outras tantas desordens nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais ou naturais

(Filho, 2003:125). Como tal, ao longo deste trabalho, teremos de incluir sistematicamente, na concepção local de doença, a noção de *infortúnio*, que foi longamente estudada pela Antropologia. Na clássica obra etnográfica de Evans-Pritchard (1987 [1937]), *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*, o conceito de bruxaria para os Azande foi analisado e apresentado como o núcleo central para explicar o estado de saúde e doença. Baseado numa filosofia sobre a relação entre homens e eventos infelizes (infortúnio), tal conceito é interpretado no quadro de um sistema de valores que regulam a conduta humana. No contexto moçambicano, Chapman (2010) assume que o mesmo sustentáculo de justificação e legitimidade da eficácia de determinadas terapias se aplica para possíveis problemas decorrentes da condição gestacional, havendo uma crença muito forte de que “*whithout tratamento [treatment, in this case prenatal ritual and medicinal protection of pregnant mother and unborn child], children are not born well*” (Chapman, 2010:58). Para compreendermos essa articulação, discutiremos de seguida a relação entre biomedicina e medicina tradicional (práticas tradicionais).

1.4. O surgimento da antropologia médica

Como vimos no tópico anterior, a definição de doença pode ser interpretada em múltiplas dimensões que interrelacionam-se entre si dentro de um sistema cultural. A história da medicina⁴ mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo distintas narrativas sobre o corpo e os processos de saúde e doença. O modelo biomédico atual baseia-se na orientação científica do séc. XVII, cujas ideias consistem numa visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza, que surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina. Essa concepção do mundo físico foi generalizada aos seres vivos (Mayer,1988 *apud* Albuquerque e Oliveira 2002:3).

Assim, tal como se faz com as máquinas, estudam-se os seres vivos, desarticulando as suas partes constituintes (os órgãos) e analisando-as separadamente, considerando-se que cada uma delas desempenha uma determinada função observável. O conjunto, que representa o organismo, é explicado pela soma das partes ou das propriedades (Mayer,1988 *apud*

⁴ Para ver mais sobre história e evolução da medicina, conferir Albuquerque e Oliveira (2002).

Albuquerque e Oliveira 2002:3). Nessa perspectiva, Descartes concebeu também o corpo humano como uma máquina, comparando um homem doente a um relógio avariado, e ao homem saudável, a um relógio em bom funcionamento. A ideia de um mundo concebido segundo um modelo mecânico e a utilização da metáfora do relógio para o caracterizar constituem a metateoria que justifica as ciências da natureza. Essa visão mecanicista do mundo, tendo sido compartilhada pelos médicos e fisiologistas mais célebres da época, fez com que o corpo humano fosse conceptualizado como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional (Albuquerque e Oliveira, 2002:5).

O dualismo corpo-mente está relacionado com outras oposições conceptuais dentro da epistemologia ocidental, como aquelas dicotomias entre natureza e cultura, paixão e razão, indivíduo e sociedade, que pensadores sociais tão diferentes como Durkheim, Mauss, Marx e Freud entendiam como sendo contradições inevitáveis, muitas vezes, dissolúveis das categorias de natural e universal.

Numa primeira fase, os antropólogos e os trabalhadores da área da saúde procuraram compreender as práticas ligadas aos cuidados de saúde na sua própria cultura. No entanto, a educação médica começou a ser restrita aos limites do hospital em consequência do desenvolvimento da área clínica e do confinamento dos doentes em enfermarias de observação (Foucault, 1994). Após o desenvolvimento da formação clínica do hospital, a fonte básica do conhecimento, na medicina, era a medicina experimental, hospitalar e laboratorial. Esses fatores juntos significam que, ao longo do tempo, a maioria dos médicos abandonou a etnografia como uma ferramenta de conhecimento. Contudo, a etnografia permaneceu durante grande parte do século XX como uma ferramenta de conhecimento dos cuidados de saúde primários, na medicina rural e na saúde pública internacional.

No início do século XX dois médicos e pesquisadores britânicos, C.G. Seligman e W.H. Rivers (1924) realizaram pesquisas médicas (ainda não associadas à Antropologia), com o objetivo de desenvolver conceitos de doença e terapias dos povos ilhéus da Melanésia; o antropólogo Forrest Clements (1932) estudou as ideias sobre as causas da doença e da infelicidade; o estudo sobre curandeiros xamânicos foi destacado nos trabalhos académicos de Waldemar Bogoras (1904-1909) e Mircea Eliade (1964), bem antes do alvorecer da antropologia médica. O termo antropologia médica foi empregue pela primeira vez em 1955, num trabalho académico intitulado *The collection Health, Culture, and Community: Case Studies of Public*

Reaction to Health Program, editado por Benjamin Paul, numa análise do contexto cultural da medida de melhoria da saúde (Janzen, 1999:23).

A divergência profissional da [antropologia](#) e da [medicina](#) nunca foi uma divisão completa (Comelles, 2000: 41-75). A relação entre as duas disciplinas manteve-se constante durante o século XX, até ao desenvolvimento da antropologia médica moderna nos anos 1960 a 1970. É interessante notar que um grande número de antropólogos médicos do século XX teve a sua formação primária em medicina, enfermagem, psicologia e psiquiatria, como por exemplo, [W.H.R. Rivers](#) (1907), [Robert I. Levy](#) (1971), Gonzalo Aguirre Beltrán (1963), e Jean Benoist (1993), [Arthur Kleinman](#) (1995), Josep Comelles (2000), Didier Fassin (2007), Paul Farmer (2009), entre outros. Alguns deles atuaram tanto em papéis clínicos quanto antropológicos, outros vieram da antropologia ou das ciências sociais, como William Caudill (1952), Gilles Bibeau (1964), Tullio Seppilli (1989), e Ronald Frankenberg (1992), etc.

O termo antropologia médica passou a ser utilizado pelos antropólogos como um rótulo alicerçada à pesquisa empírica e à produção do conhecimento teórico para os processos sociais e representações culturais de saúde, doença, práticas de enfermagem e cuidados a eles associados. O estudo de Murdock ([1967] 1980), que se pretende universal sobre a distribuição de padrões culturais, intitulado *World Ethnographic Survey and the Human Relations Area Files*, serviu de base para aceitação do modelo e disposição de ideias sobre causas das doenças, métodos de cura e os papéis dos praticantes.

Note-se que, na tradição francesa, é utilizado o termo “antropologia da saúde”, que recobre os mesmos campos da antropologia médica. Segundo Bonte e Izard (1991:385), os termos “antropologia médica” e “antropologia de saúde” não se diferem no significado, mas no seu emprego, sendo o primeiro utilizado pelos antropólogos das universidades norte-americanas, e o segundo, pelos antropólogos das escolas francesas. Ambos englobam noções conceptuais e técnicas metodológicas de cunho interpretativo e interventivo balizado nos esquemas de referencial simbólico através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e dar resposta às experiências, sejam elas individuais ou coletivas, aos episódios de doença e infortúnios. Por outras palavras, a antropologia médica/saúde é o sistema de atenção que abrange todos os componentes presentes numa sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das doenças, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse contexto (Langdon e Wiik, 2010:178).

Durante as décadas de 60 e 70, o interesse da antropologia médica era desenvolver uma estratégia de abordagem interventiva de ação prática baseada num modelo conceptual e metodológico enquanto ciência social, que refletisse sobre as questões ligadas à saúde e à doença, num contexto de pluralidade das diversas disciplinas, sendo este entendido como o caminho para melhor abordar os problemas da saúde pública. Nesta perspetiva, passou-se a valorizar a centralidade da pessoa, enquanto sujeito cultural e social; o discurso nos processos relativos à prevenção e promoção da saúde e à prestação de cuidados; e, por fim, a transmissão e contribuição da antropologia médica, como ciência e como práxis, nas suas duas correntes, filosófica e cultural. A concepção filosófica da relação entre indivíduo e cultura torna-se possível a partir de uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. A primeira é focada em interpretações, individual e grupal que estruturam a busca para a manutenção da saúde, e a segunda, em concepções e comportamentos de prevenção ou de risco sobre a utilização da vasta gama de sistemas terapêuticos existentes no contexto, pois estabelece a ligação entre as formas de pensar e agir dos indivíduos dentro do grupo social (Geertz, 1973). Das diversas contribuições da antropologia médica, a mais notável é a noção de pessoa humana, enquanto sujeito, bem como o realçar da importância dos fatores culturais, sociais e históricos, na consideração do binómio saúde-doença, para se poder compreender vivências e representações de saúde e doença, do sofrimento e da morte (E.H Goodenough, 1963; Kleinman, 1968; J. A. Clifton, 1970; E. H Spicer, 1977; M. Shapiro, 1983)⁵.

Atualmente, a antropologia médica é definida como disciplina incluída nos estudos sobre a saúde global. As principais contribuições da antropologia médica para os estudos de saúde global são as seguintes: (a) estudos etnográficos das iniquidades em saúde, em política e contextos económicos; (b) análise do impacto local dos conhecimentos e tecnologias globais; (c) interrogatório, análise e crítica dos programas e políticas de saúde internacional e (d) análise das consequências para a saúde da reconfiguração das relações sociais de desenvolvimento internacional da saúde (Janes & Corbett, 2009:167). Verificamos que a antropologia médica é transversal a diferentes temáticas e perspetivas de pesquisa que, ao longo dos últimos quarenta anos, vêm sendo largamente problematizadas e conceptualizadas por vários autores (Kleinman,

⁵

Bonte & Izard (1991).

1980, 1988, 1991; Bibeau, 1992; Good, 1994; Helman, 1994; Young, 1995; Browner & Sargent, 2007; Langwick, 2011) em diferentes contextos sociais.

Realçamos aqui algumas das linhas de pesquisa que influenciaram o presente estudo: a relação entre o local e o global; os estudos sobre género; a definição do *corpo signifiante* e a atualidade do pluralismo médico. No seu ensaio, *Cultural Studies of Biomedicine: An Agenda for Research*, Good (1995) defende que os estudos culturais da biomedicina contemporânea devem focar-se na dinâmica das tensões e trocas entre a tecnologia e prática do conhecimento dos mundos locais e globais. Ao assumir esse posicionamento, a autora presume que o ensino da prática da medicina e da produção de competência médica deveria estar alicerçado a conhecimentos, ética e padrões de práticas em domínios culturais e profissionais, científicos e populares, globais e locais (Good, 1995:463).

Para Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987), o corpo é um artefacto simultaneamente físico e simbólico, já que ambas as características são, naturalmente e culturalmente, produzidas e ancoradas num momento histórico particular. Para as autoras, o problema da antropologia médica reside nos vários conceitos que têm sido privilegiados no pensamento ocidental, os quais determinaram as formas como o corpo foi percebido pela biomedicina científica e pela antropologia médica, focadas nas falácias do modelo biológico pragmático relacionado com a conceptualização do corpo. Essa visão baseia-se no pressuposto dualista cartesiano que separa a mente do corpo, o espírito da matéria, e o real (isto é, visível, palpável) do irreal. Esse tipo de reducionismo biológico é, no entanto, rejeitado pela maioria dos antropólogos contemporâneos (Kleinman 1980; Logan 1983; Browner e Sargent 1996; Martin 1987; Davis-Floyd e Sargent, 1997; Meneses 2000; Chapman 2010), que coincidentemente defendem a pertinência da relevância das fontes culturais dessas oposições no pensamento das sociedades não-ocidentais, os quais desenvolveram epistemologias alternativas que tendem a conceber as relações entre entidades monísticas semelhantes. Esses autores ressaltam ainda a importância de se ter em mente que a epistemologia ocidental é apenas um entre muitos sistemas para se obter conhecimento sobre as relações mantidas entre a mente, o corpo, a cultura, a natureza e a sociedade.

As questões relacionadas com as problemáticas do género na antropologia médica têm merecido destaque crescente nos trabalhos etnográficos. O género é um conceito básico nos estudos sobre relação médico-paciente (Browner & Sargent, 2007; Van der Geest, 2002), e nas

políticas de ação práticas de assistência a saúde materno e infantil (Chapman 2010). De uma forma geral, procura-se analisar o componente cultural da doença, além da experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, como também, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento (Caprara *et al*, 1999:649).

Uma outra vertente da antropologia médica pode ser analisada na obra de Stacey Langwick (2011), intitulada *Bodies, Politics, and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*, em que a investigação aborda as práticas dos curandeiros na Tanzânia relativas à SIDA e à malária. A autora revela como os curandeiros são geradores de novas formas de hibridismo terapêutico, ao incorporarem objetos da medicina moderna e de entidades tradicionais no tratamento de pacientes, transcendendo, deste modo, os dualismos entre tradição e ciência, cultura e natureza, crença e conhecimento. Esse conceito identifica um modelo de prática médica pautado na lógica da oposição ao modelo biomédico hegemônico, contudo, como definição polar, não foi feita, simplesmente, para contradizer a biomedicina.

1.5. A biomedicina e a medicina tradicional num contexto de pluralismo terapêutico

O termo biomedicina é utilizado, em antropologia médica, para referir medicina convencional com origem no ocidente, numa perspetiva predominantemente biologista. Distingue-se de outras medicinas, ou sistemas terapêuticos praticados noutros contextos culturais, desvalorizando-os, no sentido em que lhes retira o carácter científico (Haro 2008, Hahn e Gaines, 1985 *apud* Santinho, 2011:72). Embora a biomedicina seja fundamentada num modelo ideológico Ocidental em escala global, esta é ensinada, praticada, organizada e consumida em contextos locais. Compreendemos a biomedicina⁶ - também designada por medicina científica, medicina regular, medicina cosmopolita, medicina alopática, medicina ocidental – como sendo o termo usado para referir à medicina científica desenvolvida na Europa, centrada no corpo físico do indivíduo (Fulane, 2012:22).

⁶ Medicina é o termo usado pela grande maioria do público para designar o que os teóricos e cientistas chamam de biomedicina, como se apenas se tratasse de uma única e factual medicina (Hahn & Kleinman, 1983:312)

O processo de legitimação do saber biomédico, ou o procedimento da medicalização que ficou denominado de Modelo Médico, tem início no século XVIII e é caracterizado por individualismo, biologismo, a-historicismo, a sociabilidade, mercantilismo e eficácia pragmática.

A partir do séc. XVIII, a medicina ocidental sofre uma mudança radical. Pela primeira vez, o conhecimento médico adquire uma precisão que o aproxima da “mecânica” de outras ciências, como a física e a matemática. A partir de então, o corpo humano pôde ser mapeado, e a medicina tornou-se uma ciência racionalista, sujeita a leis gerais de funcionamento do corpo humano, promovendo ao mesmo tempo a separação da componente psíquica da componente corporal (Augé & Herzlich, 1984; Foucault, 1994; Nathan & Stengers, 1995). Em relação às doenças, a sua taxonomia passa a estar sujeita a novos critérios de classificação, cuja base ainda hoje é utilizada. Assenta na definição das diferenças que separam as várias doenças, incluindo: a) a identificação das patologias características de cada uma; b) e o que distingue uma doença das outras (a construção de categorias gerais desta diferença). Isso significa, em termos de diagnóstico, que o corpo do paciente passa a estar reduzido a uma série de elementos identificáveis a vários níveis que são feitos coincidir com o “cardápio das doenças”, semelhantes aos vários pacientes (Meneses, 2000:21-22).

Foi a partir do século XIX, com o advento do capitalismo e o desenvolvimento de invenções biomédicas, que o reconhecimento da eficácia das técnicas biomédicas veio legitimar a teoria, a profissão e a prática do saber médico⁷. A medicina cresceu, nestes últimos séculos, no interior desse modelo reconhecido pelo Estado e pela comunidade científica. Os profissionais da área da saúde, formados em instituições académicas formais, passaram a adotar o modelo biomédico como o paradigma dominante e, por conseguinte, hegemónico. Neste âmbito, foram-se criando e acumulando saberes, através de observação e experimentação laboratorial, onde são privilegiadas as dimensões físico-químicas, gerando um sistema de saúde basicamente assente na medicina convencional e hospitalar (Fialho, 2003:123).

Esta legitimação da medicina científica não se limitou apenas ao reconhecimento da eficácia da técnica biomédica, teórica, profissional, ou da ação prática-médica baseada, quase em

⁷ Esta profissionalização foi difundida por instituições, como as Universidades, Hospitais e o Estado, e fez com que o recurso ao profissional de saúde se tornasse uma ação imediata na sociedade. Técnicas cirúrgicas, instrumentos de apoio diagnóstico e avanços anestésicos são outros avanços que tornaram legítima a profissão biomédica (Menéndez, 2005: 27 *apud* Fulane, 2012:22).

absoluto, nas provas de verificação científica condicionada por sistemas ideológicos e políticos hegemónicos da própria profissão (Haro, 2008). A prática médica na produção da saúde, profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar, assenta no processo de diagnóstico e prática terapêutica. Entretanto, a arte médica incorporou nos seus manuais nomenclaturas de interpretação para definir e categorizar manifestações naturais e fisiológicas. Um exemplo, no caso da saúde reprodutiva, é a medicalização dos elementos do funcionamento natural e cíclico do corpo feminino, tais como a menstruação, gravidez, parto e menopausa, com implicações para um conjunto de atitudes prescritivas (Martin, 1987).

O modelo biomédico tem sido alvo de várias críticas. Por exemplo, Bolton enfatiza a importância da compreensão visual e linguística sobre outras formas de intervenção da prática médica, chamando atenção para a utilização pouco sofisticada de textos médicos como um indicador da prática clínica, vista como um modelo característico de reducionismo e como incapaz de obter as respostas dos sujeitos à interpretação feita pelos próprios antropólogos (Bolton, 1995:1655). Comelles (2000) engrossa a crítica a este modelo ao dizer que o mesmo foi difundido por instituições de cunho imperialista que, auxiliados pela produção de novas tecnologias, excluíram o conhecimento local, social e cultural da doença. Consequentemente, dada a sua limitação cultural, o modelo médico dominante deu origem a um novo conceito de *folk medicine* (Comelles, 2000: 42).

Segundo Feierman e Janzen (1992), os estudos sociais das condições de saúde em África moldam a visão geral das tradições terapêuticas, por serem percebidos como sistemas conceituais que foram levadas a cabo para se entender a doença e a busca por cuidados de saúde dentro de um contexto social, político, económico e cultural ao longo do processo de mudanças históricas.

Since the therapeutic map began to lose its clear lines-when ethnomedical boundaries were opened the course of historical change has needed a new interpretation. It is now impossible to study the history of isolated ethnomedical systems. The history of each set of practitioners and practices, distributed across language or ethnic lines, has its own internal logic (Feierman e Janzen, 1992:4).

Essas abordagens levaram a uma crescente convicção de que somente estudos históricos que salientassem a mudança poderiam fazer justiça à análise das razões pelas quais as doenças

específicas emergem, do motivo pelo qual persistem e as suas consequências na vida social. Os autores afirmam ainda a importância de se colocar a noção de doença e saúde dentro da lógica de organização social, como forma de compreender o contexto social dos problemas de saúde, os processos terapêuticos, bem como o impacto dos curandeiros ou médicos sobre as condições de saúde socialmente produzidos. As práticas terapêuticas tradicionais podem ser melhor compreendidas quando é levada em consideração a conjuntura do contexto que integram as diferenças culturais, sociais, políticas e económicas, além das relações de parentesco, religião, comércio, agricultura e vida sexual, uma vez que a doença não é entendida como uma variável independente na interpretação social. Estas terapias ainda incorporam variáveis, como: valores, instituições e relações de poder em torno dela, sendo que muitos dos aspetos expressivos no processo de cura tradicional são revelados quando curandeiros, pacientes e seus familiares são retratados, criando ativamente linguagem gestual particular, remodelando instituições de cura, com o propósito de encontrar a razão da doença ou infortúnio (Feierman e Janzen, 1992:12).

A medicina tradicional pode ser definida como a soma total do conhecimento, habilidades e práticas com base nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sendo explicáveis ou não, utilizados na manutenção da saúde, bem como para a prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais, ou seja «bem-estar físico, mental, social e espiritual», e baseia-se exclusivamente na experiência prática e na observação proferida de geração em geração, seja verbalmente ou por escrito (OMS, 2003). A medicina tradicional também pode ser considerada uma amálgama sólido de dinâmico *know-how* e experiência médica ancestral. Ademais, ela pode ser entendida como a soma total de práticas, medidas, ingredientes e procedimentos de todos os tipos, seja material ou não, que desde os tempos imemoriais tem possibilitado a cura, proteção e alívio dos sofrimentos da doença (Feierman, 1985:112).

No século XX, a medicina tradicional foi reconhecida como um sistema largamente utilizado em diferentes contextos geograficamente distintos. Na África Austral e Oriental, a medicina “tradicional” era o sistema de cura dominante, muitas vezes considerado como o modo mais adequado de tratamento, tanto por especialistas como pelos repetivos destinatários. Em países como Etiópia, Tanzânia, África do Sul, Zâmbia, Camarões, Nigéria e Gana, os sistemas de cura indígenas africanos permanecem, sendo utilizados por grandes segmentos (rurais) das populações locais.

Desde a década de 1920, multiplicaram-se os estudos de antropologia sobre a medicina indígena e terapêuticas africanas na antropologia médica da África. Essas perspectivas focaram inicialmente na onnipresença de “bruxaria/feitiçaria”, a base natural ou sobrenatural da terapêutica africana. Posteriormente, abordaram a integração entre a biomedicina e os sistemas indígenas de cura, mas não conseguiram escavar mais a fundo as perspectivas africanas sobre a relevância dessas questões para as suas próprias sociedades. A contribuição da antropologia médica é aqui extremamente importante porque ela relativiza premissas básicas no horizonte epistemológico ocidental, tornando possível uma perspectiva crítica frente às “verdades” fundamentadas pelo modelo biomédico, avançando com a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença em contextos não ocidentais (Uchôa e Vidal, 1994:497). De acordo com Feierman (1985), este novo olhar oferece um conjunto de elementos culturais e sintomáticos possíveis de serem diagnosticados pelo saber popular, e para compreender mudanças na cura, temos de compreender o que é que leva as pessoas a alterar a definição do que seja considerado como comportamento social perigoso: *“The cultural definition of the individual’s place in society, and of the human body and its parts, is inseparable from healing practices. To define dangerous behavior, and to define evil, is to define some causes of illness”* (Feiermann e Janzen, 1992:1).

Para Meneses (2000), na sua abordagem do contexto moçambicano, a medicina tradicional possui componentes sociais, simbólicos e emocionais que não se limitam apenas à manipulação de plantas. O elenco das práticas da medicina tradicional descritas pela autora envolve a classificação e sistematização das doenças identificadas como possíveis de ser tratadas pelos terapeutas tradicionais, tais como: epilepsias, sarnas, tuberculose, dor de olhos, conflitos conjugais, dificuldade em engravidar, infertilidade, expulsão de feiticeiros, espíritos maus, coisas que não caminham bem quando a produção não é boa, azar, e etc.

De acordo com Feierman e Janzen (1985), vários autores, como Tola Pearce (1983), afirmam que a medicina africana pode ser testada contra a experiência e ainda assim ser considerada eficaz. Na sua opinião, a transmissão oral do conhecimento médico, por causa de sua necessidade de economia, pode ser mais bem-sucedida na transmissão de prescrições médicas do que na gravação de sua base empírica. Mas, em contrapartida, os trabalhos de Soforowa (1982), Watt e Breyer-Brandwijk (1962) sobre plantas medicinais africanas mostram a existência de uma base empírica de conhecimento (Feierman 1985:76).

Na maioria das comunidades africanas, coexiste uma multiplicidade de profissionais trabalhando lado a lado: médicos africanos, auxiliares de dispensários, profetas cristãos, professores muçulmanos, médiuns espírito de posse, especialistas em feitiçaria, adivinhos de todos os tipos, ervanários, curandeiros, especialistas em terapia de parentesco e em eliminação da poluição (Feierman, 1985:74).

O efeito, as causas, os diagnósticos e as terapias das doenças (mentais, psicossomáticas e orgânicas) obedecem a critérios específicos de interpretação dentro dos limites contextualizados de sua realização. As causas diagnosticadas das doenças ou infortúnios podem estar ligadas a vários tipos de fenómenos. Entre eles, contam-se: o incumprimento de normas sociais/familiares; castigo de espíritos antepassados por esses incumprimentos; meio de revelação do projeto de possessão de um espírito estrangeiro que em vida possuía poderes especiais; agressão de um espírito de um familiar que morreu violentamente ou sem ter conhecido netos, não podendo, por isso, tornar-se antepassado; agressão de um «génio» de lugar ou de um espírito de um defunto não familiar que não foi devidamente enterrado e, nesse caso, deve ser exorcizado; por ter visto ou ter participado em atividades violentas e morte, sobretudo quando há derramamento de sangue e não existe iniciação ou a respetiva purificação; agressão de feiticeiros ou de feitiço; fatores naturais (Fialho, 2003:127). Essas práticas recorrem ainda a uma noção de infortúnio que implica a manipulação sobrenatural e são vulgarmente ligadas a práticas ditas mágicas. A magia centra-se no critério de acréscimo de poder – peritos (espíritos) /clientes. A feitiçaria, por sua vez reforça o critério da agressividade – feiticeiros e feitiços (agressores) /indivíduos e coletivos (vítimas) (Fialho, 2003:124).

Os estudos sobre práticas tradicionais de cura conduziram ao reconhecimento de que os pacientes recorrem a diferentes sistemas nosológicos na sua busca de tratamento. Segundo Luz (2008), quando se pretende avançar na direção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos. Nas palavras da autora, “diversidade, fragmentarismo, colagem, hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea” (Luz, 2008:10). Enquanto que o pluralismo médico se refere à coexistência de um conjunto múltiplo de sistemas médicos ou a uma série de pensamentos e práticas de dentro das culturas e civilizações (Bear, Singer & Susser, 2003;

Janzen, 2002), em que este se configura como um olhar e um mapeamento *bottom-up* das formas de conexão e coabitação de valências terapêuticas plurais, a partir da forma como as práticas e racionalidades leigas as organizam e as incorporam na gestão plural dos seus quotidianos de saúde (Clamote, 2008).

A ideia de sistema médico está enraizada na corrente estruturo-funcionalista, que concebe as sociedades como sistemas naturais coerentes, formados por elementos interdependentes, onde cada um desempenha uma função para a manutenção do todo (Evans-Pritchard, 1972: 85). Neste ponto de vista, as práticas médicas eram também assumidas como um rol de coerências a que se designa sistema médico (Fulane, 2009:21).

Estes dois conceitos de pluralismo médico incorporam uma autonomia e interdependência relativas na abordagem fenomenológica das práticas de concepções terapêuticas, sendo o pluralismo médico configurado pela história da inserção de um espaço social nas dinâmicas da modernidade, e o pluralismo terapêutico apenas passível de ser declinado em pluralidade interna e dinâmica de captação e compreensão das lógicas e circunstâncias de possibilidades terapêuticas (Clamote, 2008:8). Portanto, a medicina tradicional e biomedicina são formas de etnomedicina (Feierman e Janzen, 1992:107) e estão embutidas dentro de um sistema de relações sociais, dando forma concreta aos pressupostos sobre a realidade extraídas da cultura localizada que, por sua vez, influencia a cultura mais ampla.

Entretanto, Prince (2014) alerta para a existência de tensões e ambiguidades que animam as relações entre os modelos ocidentais de saúde e os diferentes públicos africanos, e fomenta a necessidade de se discutir que tipo de saúde pública tem-se, na verdade, em África: “*we need to grap the particular historical relations between political aurthorites, individuals, and collectives, as well as the oftem plural concepts of a “public”and pratices of “public” health that exist*” (Prince, 2014:9).

Apesar da visibilidade e dos grandes contributos da ciência moderna ocidental, o registo histórico conta que ciência médica aliada ao mercantilismo e ao forte crescimento populacional dos países criou a demanda de produção de ciência e práxis biomédica. A saúde assumiu internacionalmente domínios políticos tornados soberanos pela cientificidade (positivista), cuja simbologia associada exclui suspeitas (autónoma e independente) sobre questões políticas

(neoliberais) de opressão e controlo das classes subalternas (países pobres) e sobre os interesses económicos. E, em boa verdade, a ciência médica (desde sempre) tem sido dominada por quem abunda de capital (Gramsci, 1974:49).

1.6. Breves noções antropológicas de farmacopeia

Em nenhuma outra área, a relação entre práticas tradicionais e dependentes do conhecimento biomédico e da industrialização são tão evidentes como no recurso à farmacopeia. Por definição, os medicamentos são substâncias que possuem a capacidade de alterar a condição de um organismo vivo. O protótipo de medicamentos é a matéria de saúde médica que consiste no alívio do doente, e o significado dos medicamentos, para a maioria das pessoas, reside na sua eficácia curativa. Nos contextos onde predomina a terapêutica tradicional, os medicamentos são tangíveis e utilizáveis de forma concreta, podem ser engolidos, esfregados na pele, ou inseridos dentro de orifícios com atividades que mantêm a promessa de um efeito físico curativo. Segundo Van der Geest *et al* (1996:46), há medicamentos que se encaixam como biomedicina, como noutras tradições médicas.

No Ocidente, o estudo da matéria médica refere-se ao conjunto de medicamentos ou drogas disponíveis em um contexto social e cultural histórico. No séc. XIX e no início do séc. XX, o desenvolvimento acelerado da investigação nas universidades europeias e americanas conduziram à afirmação da farmacologia, caracterizada pela preparação e utilização de todos os tipos de substâncias terapêuticas, contendo compostos bioquímicos e drogas sintéticas, focando-se nos seus efeitos sobre os tecidos corporais. Os produtos de manipulação da medicina tradicional não-ocidental incluem ervas, materiais a base de plantas, preparações a base de plantas e ervas, produtos acabados que contenham partes de plantas, outros materiais vegetais ou combinações dos mesmos como ingredientes ativos. Em alguns países, os medicamentos podem conter, por tradição, materiais orgânicos ou inorgânicos de origem vegetal, animal e mineral (OMS, 2014).

A lógica simbólica e cultural do medicamento foi primeiro discernida pelos antropólogos que abordaram as questões sociais e simbólicas ligadas à magia, ao fetichismo ou ao animismo. Para Van der Geest *et al* (1996), a crença na imanência de forças que as pessoas tentam possuir, controlar e manipular a sua própria vantagem (Van der Geest *et al*, 1996:47)

caracterizam a manipulação de objetos simbólicos nas sociedades estudadas, como é o exemplo do grupo étnico Mossi em Burkina Faso, onde foi observado que estas populações veem conexões entre sintomas da doença e seu tratamento como fenômenos do seu ambiente cotidiano (Van der Geest *et al*, 2002:37).

Among the Mossi, names, causes and treatment of illness reveals a strongly metaphoric and metonymic style of reasoning. Cause, effect and cure are grouped together around powerful images derived from everyday life, such as tools and other objects of daily use, plants and animals. These images are good thing' in the sense that they not only help to name and classify the illness, but also provide the 'staff for its causal explanation and cure (Van der Geest et al, 2002:48-49).

Todavia, o significado de medicamentos é entendido em termos da experiência e concepção de doença. As metáforas são muitas vezes utilizadas para concretizar a doença, o que abre caminho para a terapia por elementos naturais. Portanto, o reconhecimento da eficácia social dos medicamentos faculta a maneira de entender tais práticas habituais, porque as pessoas agem de forma que faça sentido para elas, porque acreditam que elas fazem sentido para outros (Van der Geest *et al*, 2002:35-36).

A divulgação dos fármacos comerciais tem sido objeto de estudo dos antropólogos, os quais perceberam que os produtos farmacêuticos eram sintetizados, fabricados e comercialmente distribuídos como substâncias terapêuticas, provedoras de saúde, que constituem o núcleo duro da legitimação da biomedicina. Até muito recentemente, na década de 1980, poucos antropólogos se tinham dedicado a analisar sistematicamente os medicamentos sob a ótica de fenômenos sociais e culturais, com a exceção de certos pioneiros (Aland, 1970; Cunningham, 1970; Logan, 1973). A partir da década de 80, alguns acadêmicos começam a levantar sérias críticas acerca da invasão farmacêutica no Terceiro Mundo, chamando a atenção para os interesses econômicos e comerciais que estão por trás da crescente medicalização nos serviços biomédicos (Melrose, 1982; Silverman, 1982; Blum, 1983).

Ao seguir as transações de produtos farmacêuticos, pode-se discernir uma ordem biográfica, a que os antropólogos se referem como “vida social” (Kopytoff, 1986:101). Em primeiro lugar, os produtos são preparados, geralmente num ambiente tecnologicamente avançado, e são comercializados para os provedores de saúde, como os ministérios da saúde e

empresas privadas, bem como para os retalhistas (hospitais e clínicas, farmacêuticos, lojistas e médicos). Em seguida, são distribuídos aos consumidores por prescrição ou por venda direta. A prescrição é uma fase intermediária em que o paciente possui apenas um pedaço de papel (receita médica) que, eventualmente, levará à compra do medicamento. Só depois de transitar do farmacêutico para o consumidor, o medicamento vai chegar à fase final da sua vida útil, sendo utilizado com a finalidade de restaurar, melhorar ou manter o estado de saúde. A etapa decisiva da vida do fármaco reside na maneira como um medicamento é tomado e na sua eficácia farmacêutica. O cumprimento do seu propósito de vida reside no seu efeito sobre o bem-estar da pessoa que o adquiriu. A eficácia de um farmacêutico não se limita ao domínio médico, o seu poder estende-se muito além do bem-estar físico e mental, em razão dos efeitos da medicação serem também de ordem social, cultural, psicológica, e até mesmo metafísica.

As opiniões divergem sobre a fonte de potência terapêutica dos medicamentos. Para Van der Geest: *“Pharmaceuticals affect people as intimately as food and body decorations and seem particularly well designed to shape people’s sense of being and belonging”* (Van der Geest *et al*, 1996:17). A biofarmacologia sustenta que o seu poder de cura é uma parte inerente da sua substância, uma opinião que é também difundida em outras culturas médicas. Porém, para muitos defensores da biomedicina, a capacidade inata dos produtos farmacêuticos é entendida como uma grande bênção, porque permite que as pessoas encontrem uma terapia sem tornarem-se dependentes umas das outras. A concretização das prescrições médicas produz, no paciente, a confiança de que algo está sendo feito para resolver seu problema de saúde. Da mesma forma, a pessoa que prescreve ou dispensa o medicamento sente-se satisfeita por ser capaz de tranquilizar o paciente (Van der Geest *et al*, 1996:18), como veremos no capítulo V, onde são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.

Alguns antropólogos (Alland, 1970; Van der Geest *et al*, 1996; Comelles, 2000; Fialho, 2003) questionaram se o poder curativo dos medicamentos teria origem em si mesmo ou na pessoa que lhes atribui propriedades. Segundo Van der Geest (1996:19):

Pharmaceuticals and indigenous medicines take on meaning in contrast with one another and thus appear distinctive. At the same time, pharmaceuticals provide a prototype in terms of packaging and marketing for indigenous medicines, so that the difference between them is diminished.

Num contexto em que há uma assimetria de informações associada a essa referida prática de *marketing*, ao se pensar nos atores médicos, deve-se falar, então, em vários mercados e “submercados” para a indústria farmacêutica, definidos em função das subclasses terapêuticas ou, de maneira mais específica, em função das estruturas químico-farmacológicas de alguns grupos de medicamentos e suas consequentes diferenças terapêuticas (Santos, 2001:180). Nessa conjuntura, as questões de saúde global em África estavam condicionadas pelo ajustamento estrutural e iniciativas falhadas em países pobres na década de 1980 e 1990, pelo colapso das estruturas de saúde, pelo surgimento e propagação do HIV/SIDA, pelo confronto global entre as empresas farmacêuticas e os governos africanos, pelas ações judiciais movidas por multinacionais farmacêuticas contra esses governos, de modo a buscar alternativas de explorar novas drogas farmacológicas.

Um outro aspeto importante e fundamental deve ser considerado quando se analisa a concentração da oferta no mercado farmacêutico, com suas implicações para a concorrência e o nível dos preços. Refere-se ao fato de que essa concentração ocorre, tanto em termos geográficos quanto em termos de classes e subclasses terapêuticas dos medicamentos. Na década de 90, a indústria farmacêutica dos EUA gastou 4.100 milhões de dólares em pesquisa, manipulação e aplicação do conhecimento para o desenvolvimento de drogas mais baratas derivadas de plantas identificadas como sendo da medicina “tradicional” africana, mas o seu uso e conhecimento medicinal ainda está condicionado e alicerçado a interesses acadêmicos, empresariais e dos ministérios da saúde africanos, num ciclo de perpetuação das ideias coloniais da medicina “tradicional” indígena. A sabedoria local passa a deter um estatuto epistemológico especial, local e não emancipatório, uma vez que, para o ser, precisa de ser reconhecido sob a forma de descoberta, e isso implica que se redescubra o “nobre selvagem” (Meneses, 2000:4).

1.7. Pluralismo médico em Moçambique

Em Moçambique, à semelhança de outros países do mundo, os sistemas tradicionais eram desqualificados pelos discursos assentes no paradigma científico da modernidade que se desenvolveu no século XVI. As definições gerais realizadas pela administração colonial colocam em oposição a medicina oficial (biomedicina) e a medicina tradicional (magia). A biomedicina, de base científica europeia, seria responsável por curar, por lidar com os problemas que afligem

fisicamente os pacientes, enquanto a medicina tradicional seria apenas uma crença do sistema religioso das populações moçambicanas, desqualificada e não recomendada. O saber local torna-se, diante do Estado colonial, um saber subalterno, ou até mesmo um não-saber, pois não é o oficial, reconhecido como legítimo e disseminado através do serviço de saúde da colônia.

A dicotomia oficial/não-oficial é definida pelo Estado, sendo este quem estabelece, pelo direito, no seio da multiplicidade do pluralismo terapêutico presente em Moçambique, uma distinção mais ou menos explícita entre o que é legal e o que é ilícito, senão mesmo ilegal. No caso da medicina, tudo o que é reconhecido como medicina oficial é alvo de apoio por parte do Estado. Toda medicina que não é reconhecida como “estatal” é tolerada, mas continua sendo mais frequentemente ignorada, porque pouco permeável a imposições e controle por parte da biomedicina (Meneses, 2005: 430).

A colonização e expansão territorial pelo império português já está em Moçambique, sob domínio do imperialismo colonial, contribuiu para que esse paradigma ganhasse corpo através da doutrina cristã por via de missionários católicos que se limitavam a dar o seu contributo com o trabalho prestado pelas freiras de certas congregações nos hospitais públicos, enquanto algumas igrejas ditas protestantes contribuíram na prestação dos cuidados de saúde como no caso da Missão Suíça (hoje igreja Presbeteriana) e a igreja Metodista Unida que instauraram clínicas e hospitais e distribuíram medicamentos às populações. As políticas coloniais de assimilação do nativo (ora tradicionalizado) permitiram a expansão e difusão da profissionalização médica e, com efeito, o banimento das práticas locais de tratamento e cura de doenças. Essas medidas serviam também para proteger os próprios colonos e para garantir que a mão-de-obra indígena estivesse sadia (Honwana, 2002 *apud* Fulane, 2009:23).

Durante quase duas décadas (no período entre 1975/89), a política socialista e neoliberal da FRELIMO tentou eliminar, a todo o custo, a autoridade tradicional (régulos, curandeiros, adivinhos) nas zonas libertadas durante a guerra da independência e no resto do território quando a guerra acabou, porque defendia que as autoridades gentílicas da era colonial agiram como intermediários ao serviço do regime colonizador. As principais críticas do Estado estavam relacionadas ao modelo de governação pela via da eliminação das autoridades tradicionais, por acreditarem que eles punham em causa os direitos humanos dos moçambicanos pelo seu comportamento violento, muitas vezes motivado e/ou validado por adivinhos, caçadores de

bruxos e/ou curandeiros, apesar das autoridades reconhecerem e legitimarem as populações rurais em quase todo o território nacional (Honwana, 2002; Meneses *et al*, 2003; West, 2009).

Nos primeiros anos da pós-independência, o Estado moçambicano opôs-se à utilização das medicinas tradicionais, justificando-se que era por se tratar de uma afirmação de divergências locais. Paula Meneses (2005) considera a sobrevivência das práticas de saúde tradicionais como expressão de uma oposição a uma modernidade exógena e sem raízes locais (Meneses, 2005:23). No Quinto Congresso da FRELIMO, em 1989, a proibição do curandeirismo tradicional foi revogada, e o Ministério da Saúde passou a dialogar de forma mais aberta com os curandeiros tradicionais, reconhecendo e legitimando essas práticas. Note-se que os doadores ocidentais, ligados ao projeto neoliberal de «descentralização democrática», desempenharam um papel importante na produção do discurso sobre as autoridades e curandeirismo tradicional.

Os doadores argumentavam igualmente que as instituições da autoridade tradicional podiam servir para conferir maior eficácia ao governo local na era do ajustamento estrutural pós-socialista. No seu entender, tais instituições eram instrumentos através dos quais os habitantes das zonas rurais poderiam gerir os seus assuntos e resolver os seus próprios problemas com poucas ou nenhuma despesa para o Estado (West, 2009:297-298).

Embora o Estado tivesse reprimido e desprestigiado a prática da medicina tradicional no auge da política socialista, os moçambicanos tinham continuado a consultar os curandeiros tradicionais, até porque, em muitos locais, essa era a única forma disponível de cuidados com a saúde num país em ruínas em consequência da guerra civil (E. Green, Jug, e Dgedge, 1993, 1994; Nordstrom 1998). No início da década da 90, o Estado tentou controlar esses terapeutas através da criação de associações que deram origem à AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique) em 1992. Os médicos tradicionais afiliados à AMETRAMO são controlados pelo Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional (GEMT), num sistema de vigilância das suas práticas através da demonstração de competências, estes são legitimados, passando a ostentar o cartão e o símbolo receituário (Meneses, 2002:23). Os reformadores também classificaram os curandeiros tradicionais como elementos essenciais para a sociedade civil moçambicana revitalizada. West (2009:300-301), citando E. Green, reafirma que os curandeiros tradicionais moçambicanos eram detentores de formas características de “saber local”

(ou de “saber indígena”), suscetíveis de complementar outros recursos no contexto do desenvolvimento neoliberal, e que “a criatividade e o talento de uma sociedade estão personificados nos seus sistemas de sabedoria indígena”

Tal como se verifica noutros contextos (Uganda, Nigéria, Brasil), também em Moçambique existe um modelo dominante de interpretação de doença e infortúnio, que serve de matriz a vários aspetos da vivência social e, particularmente, constitui a base do papel social dos praticantes da medicina tradicional, conhecidos pelo nome de “médicos tradicionais”, “curandeiros” ou pelo nome de *tinyanga* (sing. *nyanga*)⁸ como são normalmente chamados no sul do país (Granjo, 2010). Esses terapeutas assumem um papel central, quer na prestação de cuidados de saúde, quer na regulação da incerteza e dos problemas sociais dos seus utentes. Através de quem as populações encontram soluções de várias incómodas e problemas que a biomedicina desconhece. De acordo com as teorias locais, os praticantes da medicina tradicional devem os seus poderes curativos, divinatórios e de eficácia ritual ao fato de serem possuídos por espíritos de pessoas falecidas, em regra, seus antepassados, que com eles formam uma simbiose profissional e ontológica (Honwana, 2000).

Existem, basicamente, quatro tipos de atores especializados no sistema de saúde: adivinhos, (fazem diagnósticos/adivinhação através de diversos sistemas divinatórios), curandeiros (tratam certas doenças através de diferentes tipos de técnicas e meios), médiuns (tratam certas doenças onde intervêm ativamente vários tipos de espíritos), fazedores de feitiço (induzem alterações de força). Existem outros atores importantes como os chefes tradicionais (considerados grandes curandeiros e feiticeiros) e chefes ou seniores de família (únicos consultantes dos peritos) (Fialho, 2003:126).

Os curandeiros/médicos tradicionais raramente traduzem os seus conhecimentos de medicina em práticas sociais que enfatizam as dicotomias omnipresentes do “espiritual” e do “natural” como causa da doença, tampouco sua práxis gira em torno dos debates sobre bruxaria e da existência ou negação dos “sistemas médicos” africanos encontrados em antropologia médica.

⁸ *Tinyanga* é o nome dado aos terapeutas, “médicos tradicionais” ou “curandeiros” no Sul de Moçambique.

Por sua vez, esses atores locais inserem-se nos sistemas tradicionais de saúde, outrora marginalizados, silenciados e ilegalizados. Apenas muito recentemente, o governo moçambicano decidiu reconhecer o sector tradicional e o seu valioso papel enquanto prestador de cuidados da saúde, graças à nova orientação ideológica partidária na declaração feita no 5º Congresso em 1989, quando o Partido no poder passou a ser estimulado pela OMS e UNICEF para à inclusão dos médicos tradicionais no SNS, com vista a capitalizar os recursos humanos para a promoção da saúde. Foi a partir de 1991 que os praticantes de medicina tradicional puderam ocupar de novo seus lugares e suas funções, não apenas como indivíduos, mas também como profissionais com legitimidade tradicional dentro de um contexto onde a medicina tradicional sempre coexistiu como parte do sistema híbrido de interação estabelecido, embora sujeita a fortes limitações aos seus campos de atuação (Fialho, 2003; Meneses, 2005).

Na Resolução n.º 11/2004 aprovada pelo Conselho de Ministros aos 2 de Março de 2004, é oficialmente autorizada a Política de Estratégia da Implementação da Medicina Tradicional na prestação de cuidados de saúde tradicional pelos profissionais da AMETRAMO ao abrigo da alínea e) do n.º 1 do artigo 153 da Constituição da República, com a prioridade de estabelecer laços de cololaboração entre a medicina convencional e tradicional na expansão dos cuidados de saúde de qualidade a toda população moçambicana, privilegiando as camadas mais desfavorecidas, na promoção da coloboração e comunicação, na harmonização e estabelecimento de parcerias entre os dois sistemas. Ainda nesse âmbito é preconizada a continuação dos esforços de pesquisa e valorização da Medicina Tradicional com vista à integração no Sistema Nacional de Saúde de práticas de saúde e de medicamentos tradicionais comprovadamente seguros, eficazes e de qualidade. Mais ainda, na ausência desses comprovativos, dever-se-á incentivar e apoiar a sua pesquisa⁹.

Paralelamente a este sistema de medicina tradicional, encontramos a biomedicina que também desempenha um papel crucial na vida de muitas pessoas, sobretudo para os que habitam nos centros urbanos e periurbanos. Importa referir que não é possível encontrar um único sistema de procura pela cura, mas sim a coexistência dos dois sistemas. Muitas vezes nesses contextos, a biomedicina constitui-se como uma alternativa de tratamento e cura, pois muitos preferem, em primeiro lugar, recorrer ao tratamento da medicina tradicional e, só mais tarde, optam pela

⁹ Para mais detalhes sobre Política de Medicina Tradicional e Estratégias de sua Implementação, vide anexo A.

biomedicina nas instituições de saúde oficiais. Na ótica de Fialho (2003), o sistema de saúde em Moçambique integra dois subsistemas, o da medicina convencional e da medicina tradicional. Nesta última, articula-se a utilização de fármacos com a (re)ativação de relações sociais e de representações que o tornam num complexo campo de interpretação, tanto no domínio dos diagnósticos, como no das terapias (Fialho, 2003:122). O primeiro reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da físico-química, orgânico, e o segundo reclama-se de uma legitimidade que se assenta na sua eficácia simbólica espiritual, social e físico-química (Fialho, 2003:123).

Em Moçambique, pode-se considerar que a medicina tradicional constitui a primeira opção terapêutica. Várias razões concorrem para tal fato, uma delas, por ser a prática anterior à divulgação da biomedicina. Outra razão evocada é o costume cultural, por existir um elevado grau de confiança nas terapias, e porque, na família, pode haver um praticante da medicina tradicional que facilita os processos de tratamento, aliado à incipiência do sistema de saúde legal, onde as Unidades de Saúde, os profissionais e os meios tecnológicos ainda estão aquém da demanda nacional.

O grande problema que ainda persiste na prestação de cuidados de saúde de primeira referência em Moçambique deriva da persistência na interpretação que se faz do processo de cura biomédica, baseada em um conhecimento objetivo dos fenômenos reais de que esta de fato funciona, enquanto a medicina tradicional *per-si* não seria funcional porque “não é uma realidade objetiva” (Evans-Pritchard, 1987: 63).

No contexto de Maputo, verifica-se que as concepções do estado de saúde e/ou doença durante o processo gestacional são predominantemente entendidas como consequências dos efeitos de desordens nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais (Evans-Pritchard, 2003:125). A solução, muitas vezes, passa por uma conduta comportamental considerada apropriada para cada situação diária, mas também pela prevenção, tratamento, e proteção contra o azar potenciador de infortúnio.

Para melhor compreensão de como se configura o esteio social e cultural de soluções terapêuticas em Maputo, é necessário abordar as práticas de pluralismo médico e terapêutico em Moçambique. Tais práticas incluem tanto o uso de medicamentos farmacológicos quanto a medicação baseada em procedimento de toma de infusões à base de plantas, vacinas curativas e protetoras, *fembar* (ato de tirar o mau-espírito do corpo vivo-enfermo por meio de um ritual com

dia e hora marcados por intervenção de um curandeiro), oferta de animais vivos para serem sacrificados e o seu sangue utilizado para banhos terapêuticos, rezas invocando o nome dos antepassados do paciente, uso de cordões amarrados em partes específicas do corpo (tornozelos, cintura, pulsos, e pescoço), fumaceira da casa com base num *cocktail* de medicamentos. Outras técnicas relacionadas incluem a possessão espiritual, a consulta de búzios e ossos ou práticas como a abstinência sexual durante um determinado período. Os praticantes podem ser aprendizes/profissionais da medicina considerada não-convencional, tais como os *tinyanga* (curandeiros), ou pessoas que detenham conhecimento acumulado pela experiência, como ocorre no caso das parteiras tradicionais¹⁰.

As terapias, de uma forma geral, integram dimensões físico-químicas, simbólicas, sobrenaturais e sociais, de forma tão interligada que, na maior parte dos casos, não é possível distingui-las, nem conhecer as fontes de sua eficácia, uma vez que a cura implica concomitantemente a supressão das causas e dos sintomas (Adler e Zempléni, 1972; Devereux, 1997; Fialho, 2003). Porém, existem linhas teóricas que continuam a fomentar a discussão sobre as causas e fatores que influenciam as percepções dos indivíduos na escolha entre as várias opções terapêuticas disponíveis num determinado contexto sociocultural, e como cada uma destas é validada (Rivers, 1924; Bom, 1977; Kleinman, 1980; Hardon, 1991; Van Der Geest *et al*, 2002; Thornton, 2010).

1.8. O corpo feminino e as metáforas sobre o seu funcionamento

As ativistas feministas dos anos 1960 contribuíram profundamente para o surgimento de uma antropologia das mulheres e, finalmente, as teorias feministas na antropologia, identificando as múltiplas dimensões que reforçam mutuamente a desigualdade de género e as estruturas pelas quais elas são reproduzidas, fomentaram a riqueza do debate e de produção científica em torno das questões de género na antropologia médica. Os poderosos movimentos sociais daquela época provocaram esforços concertados para revolucionar a saúde da mulher. Ao mesmo tempo, os académicos voltaram o seu olhar para as perspetivas evolutivas e *cross-cultural* da antropologia, capazes de alcançar entendimentos sobre saúde, sexualidade e o corpo feminino.

¹⁰

WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08

Historicamente, em quase todas as culturas, o corpo da mulher define-se em torno do sangue, do seu excesso ou de sua falta (Joaquim, 1983:52). A mulher também é encarada como detentora de um poder ameaçador que pode tornar os homens fracos e afeminados. A sua sexualidade e os produtos do seu corpo são considerados potencialmente perigosos. De acordo com Kitzinger (1996:197), “ela é perigosa, misteriosa e impura, mas também, como mãe, altamente venerada”. Como não-mãe e objeto erótico, representa as forças das trevas, da natureza animal que desvia os homens do que é espiritual, um agente de forças malignas que ameaçam privar os homens dos seus poderes vitais. Ela é como uma bomba que só pode ser despoletada pela negação da sua sensualidade, mantendo o seu comportamento dentro dos limites rígidos, e evitando-a meticulosamente durante os períodos críticos em que o seu corpo se abre deixando emergir fluxos e outras substâncias, ou em qualquer momento em que um homem esteja empenhado numa tarefa que exija particular habilidade e concentração (Kitzinger, 1996:197).

Três célebres trabalhos antropológicos de extrema importância para temática em estudo foram desenvolvidos por feministas como Emily Martin (1987), *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, desenvolvido junto à sociedade norte-americana; Rachel Chapman (2010) *Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique* realizado no centro de Moçambique, e o da Sheila Kitzinger (1996 [1981]) *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*, onde a autora estuda comparativamente as formas diferentes de dar à luz em sociedades como as da Europa, América do Norte, África e Extremo-Oriente.

Martin (1987), ao analisar os manuais da literatura da ciência médica, olhou para a forma como estes profissionais interpretavam e descreviam eventos fisiológicos sobre o funcionamento do corpo feminino, com intuito de perceber a maneira como estas concepções metaforizadas afetavam a forma como os profissionais de saúde olhavam para as suas pacientes e, também, o modo como as mulheres reagiam a essas categorizações. Na sua conclusão, a autora verificou que tais metáforas exerciam profundas implicações na construção de formas de pensar e de agir, tanto dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, parteiras, técnicos, e etc.,) quanto das próprias mulheres, durante os eventos que envolvem o ciclo da reprodução e o parto. Refere-se, igualmente, que a classificação e categorização dos corpos femininos pelas ciências médicas afetam as mulheres e fazem com que elas adotem práticas comportamentais que se ajustam, ou não, às metáforas com as quais estão associadas. Para a autora, essas abordagens revelam que até ao século XVII, os corpos dos homens e das mulheres eram considerados “estruturalmente

semelhantes”, “as genitais femininas ficavam simplesmente dentro do corpo, enquanto as dos homens estavam exteriormente evidenciadas” (Martin, 1987:27). Foi a partir do século XVIII, que os manuais médicos passaram a veicular as metáforas sobre ovulação, menstruação, gravidez e menopausa. As exteriorizações dessas manifestações fisiológicas normais do corpo de uma mulher foram consideradas processos patológicos que careceriam de cuidados de especialistas e, subsequentemente, os médicos do sexo masculino passaram a tomar conta dos cuidados de saúde prestado à mulher, incluindo o parto, que outrora era uma tarefa desempenhada somente por mulheres dentro de um universo privado, onde a primazia da semelhança estava alicerçada na relação de mulher-para-mulher. A “prova” científica de que homens e mulheres eram biologicamente diferentes serviu para solidificar e definir os papéis sociais, porque essas diferenças “foram fundamentadas na natureza, em virtude dos ditames de seus corpos” (Martin, 1987:32).

Uma vez que homens e mulheres foram considerados fundamentalmente diferentes, as funções corporais da mulher provocaram um maior escrutínio, no que consistiu em olhar para o útero como uma máquina possível de ser controlado pelo uso de dispositivos mecânicos (anel, implante hormonal, pílula sem estrogénio ou combinada, DIU/SIU, adesivo, injeção etc.) de manuseamento e monitorização da reprodução feminina, desde a primeira ovulação (menstruação) até à perda da capacidade reprodutiva (menopausa) (Martin, 1987:38).

A mudança ideológica na retórica médica torna-se importante, pois serviu como um conjunto de justificativos para manter a presença da mulher junto à esfera doméstica, carecendo de cuidados de marido e de um médico. Era do interesse dos médicos limitar o poder das parteiras e restringir os seus conhecimentos e ação quando no século XIX o trabalho destas tinha ficado subordinado à obstetrícia (Kitzinger 1996:107 [1981]).

A evolução da obstetrícia nos séculos XVIII e XIX, assumindo o estatuto de uma ciência com tecnologia específica, técnicas cirúrgicas, instrumentos de apoio diagnóstico e avanços anestésicos, permitiram e legitimaram a profissão biomédica (Menéndez, 2005:27), na medida em que significou a entrada dos homens num universo privado até então dominado pelas mulheres modificando, assim, as relações pré-existentes de mulher-para-mulher. Desse modo, a

gravidez e o parto começaram a ser medicalizados¹¹ e a mulher passou a estar sujeita ao “olho obstétrico” - colocada numa posição deitada de subordinação, que sublinha a sua passividade e dependência do homem-clínico. Para Scheper-Hughes & Lock (1987:28), a biomedicina serviu, muitas vezes, aos interesses do Estado, no que diz respeito ao controlo da reprodução e sexualidade das mulheres. E, portanto, a medicalização implicou, inevitavelmente, uma perda de identificação entre o indivíduo e o *social body*¹² - sob o prisma tendencioso de transformar o social no biológico.

Segundo Lopes (2010:21), a medicalização é a expansão da intervenção médica clínica nas diversas manifestações de desvio social e, posteriormente, nas manifestações naturais da condição humana, tais como as intervenções no corpo. Para se entender o processo de reprodução da mulher, torna-se necessário ilustrar como o ciclo menstrual e a menopausa aparecem descritos nos livros médicos de acordo com as descrições de Martin (2001). A ação do progesterona e do estrógeno sobre o revestimento do útero é “ideal para fornecer um ambiente favorável para a implantação e sobrevivência do embrião”, ou como pretende conduzir a renovação mensal do tecido que vai o berço da conceção (o óvulo). Caso não ocorra a fertilização, o endométrio é derramado para fora do corpo, em forma de sangue e, de seguida, um novo ciclo recomeça. A menstruação é vista como um “fracasso da reprodução”, causado por uma perda de sangue. Na mesma ótica, as pesquisas sobre o papel de estrogénios em doenças cardíacas desenvolvidas nos 60 anos apontam a menopausa como sendo a falha do órgão reprodutor feminino para produzir estrogénio, prejudicial para a própria saúde da mulher. Em 1981, um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a menopausa como sendo “uma doença decorrente da deficiência do estrogénio” (Martin, 2001:51). A menopausa é descrita como o estado em que os ovários falham na produção estrogénio, perdendo a mulher a capacidade natural e biológica da procriação na qual ela “veio programada”. Outra metáfora apresentada para explicar a menopausa refere-se à “queima dos ovários” que consiste na debilidade de produção de estrogénio” (*idem*).

¹¹ Por medicalização entende-se o processo de considerar fenómenos, antes entendidos como “fazendo parte da vida”, como fatores de risco que exigem intervenção médica.

¹² *As social body – a natural symbol for tinkling about relationships among nature, society, and culture* (Scheper-Hughes & Lock, 1987:6).

Ou seja, a menopausa é encarada como a perda de algo necessário à continuidade da espécie humana.

A noção do ciclo feminino orientado apenas para a reprodução é, no entanto, contestada por outros autores. Martin (2001: 61), por exemplo, combate a ideia de ver o corpo sob um ponto de vista estritamente médico e estende sua crítica “à medicalização” da menstruação, menopausa, bem como a do parto, ao mencionar a publicação científica, *Williams Obstetrics*, de 1950, onde as contrações uterinas aparecem descritas como involuntárias e a sua ação não é só independente da vontade da mãe, mas do “controle extrauterino”. A autora sugere uma visão positiva do declínio da produção de estrógeno na menopausa como sendo um fenômeno fisiológico de proteção natural de reprodução indesejável, e será ainda a menstruação, se entendida como “sucesso para não produzir crianças”. As metáforas dos médicos sobre o corpo da mulher contribuíram para o surgimento de categorias sociais (menstruação, gravidez, parto, menopausa) com implicações descritivas e prescritivas que governam ações, atitudes, práticas e comportamentos como poderemos ver nos próximos tópicos.

Similarmente, Einstein e Shildrick (2009) sugerem que a teoria de saúde e a prática médica sobre as mulheres são uma poderosa arena na qual é possível realinhar e alterar os fundamentos teóricos modernistas e os paradigmas biomédicos atuais que limitam a nossa compreensão dos conceitos de saúde e doença e do impacto das tecnologias de cuidados de saúde em relação ao corpo feminino. As autoras argumentam que o pensamento pós-modernista, dentro da teoria feminista mais ampla, é uma das muitas perspectivas que podem contribuir para biomedicina contemporânea, fornecendo bases teóricas para desenvolver: 1) uma compreensão de corpos em contexto; 2) uma epistemologia da ignorância; e 3) uma abertura para o risco do desconhecido. Parar concluir, as autoras ainda defendem que a prática de saúde em mulheres pode servir como um local em que ambos os lados da divisão humanista/científica pode se envolver com um ser humano em toda a sua variedade corporal, contingência e instabilidade. *“More specifically, by providing a space within the clinic to examine underlying ontological, epistemological, and ethical assumptions, women’s health can continue to contribute to new forms of biomedical practice”* (Einstein & Shildrick, 2009:293).

1.9. A mecanização da reprodução e do parto: o acesso das mulheres aos sectores de cuidados de saúde pública

As categorias de definição tidas como “hegemónicas” no Ocidente tendem a perpetuar as metáforas do funcionamento do sistema reprodutivo feminino, como os estados patológicos, que requerem atenção especializada e hospitalar. As críticas ao modelo biomédico politicamente estandardizado cingiam para a sua função de regular e controlar as taxas de natalidade e as funcionalidades do corpo feminino, ao definir a gravidez e parto como um estado patológico que necessita de atenção especializada hospitalar uniforme, sistemática, padronizada, ritualizada, seguindo condutas de rotinas obrigatórias (Browner & Sargent, 2007:234).

Por definição, a reprodução é um processo pelo qual novos indivíduos são originados a partir de organismos vivos da mesma espécie, processo que permite que as características dos indivíduos sejam passadas para seus descendentes, garantindo a continuidade da espécie. No caso dos seres humanos, a reprodução ocorre sexualmente e implica a partilha de [material genético](#), ou seja, com a união das células sexuais masculinas e femininas (espermatozoides e óvulo). A duração ou idade gestacional da gravidez (gestação) é a quantidade de dias ou semanas a partir da data do primeiro dia da última menstruação (DUM) nas mulheres com ciclos regulares (no caso das mulheres com ciclos irregulares, talvez seja necessário determinar a idade gestacional mediante um exame físico ou uma ultrassonografia). Em geral, considera-se que o primeiro trimestre constitui as primeiras 12 ou 14 semanas da gravidez (OMS, 2013).

O processo social de medicalização tem sido um campo de interesse de vários estudos feministas, com foco no essencialismo da normalização da concepção e ação biomédica em associar o bem-estar e a saúde das mulheres com a necessidade da medicalização dos seus corpos, através de cuidados médicos, bem como a sua suposição de que os órgãos reprodutivos das mulheres são inerentemente patológicos (Martin, 2001). A medicalização também contribui para a manutenção da desigualdade de género e influencia o modo pelo qual as mulheres tentarão entender e resolver subjetividades e problemáticas ligadas ao seu bem-estar. É essa a perspetiva de Lorentzen (2008), socióloga feminista que estuda as relações de género e poder médico. Num artigo intitulado *‘I Know My Own Body’: Power and Resistance in Women’s Experiences of Medical Interactions*, a autora apresenta uma reflexão acerca da sua experiência gestacional e de outras mulheres que passaram pela mesma experiência e conclui que os profissionais de saúde

praticantes da biomedicina abordam o órgão sexual e reprodutivo feminino como algo inerentemente patológico, possível de diagnóstico.

O modelo hospitalar expandiu-se como padrão da assistência nas áreas urbanas. Em meados do século XX, o processo de *hospitalização do parto* estava instalado em muitos países, mesmo não havendo qualquer evidência científica consistente de que o parto hospitalar fosse mais seguro que o parto domiciliar. Em alguns países, a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não-hospitalizado (Tew, 1995 *apud* Diniz, 2005).

Passamos a descrever, na linguagem médica, a sucessão de eventos do parto humano da seguinte maneira: a) a primeira fase é a de latência resultante da dilatação lenta do colo do útero de 3 a 4 cm; b) a segunda fase a ativa, corresponde a dilatação mais rápida do útero de 3cm, podendo chegar a 10cm. É ainda nesta fase que ocorre a aceleração e desaceleração (contrações) da inclinação máxima do bebê; c) a terceira (e última) fase culmina com a descida do bebê para baixo do canal de nascimento (vagina), e o seu nascimento encerra com a separação e a saída da placenta.

O método moderno de indução do parto tornou-se possível devido à descoberta da penicilina e, também, devido à investigação do soro ocitócico, em 1947, que possibilitou a aceleração ou redução do funcionamento do útero (Kitzinger,1996:136). Com o desenvolvimento da obstetrícia, deu-se o crescimento das indústrias farmacêuticas dotadas de dispositivos tecnológicos que passaram a desempenhar um papel importante na substituição das mãos humanas (parteiras) por aparelhos médicos de manipulação do útero. Para Danis-Floyd & Sargent (1997:235), a medicalização do parto é caracterizada pelas intervenções e pela utilização de tecnologias, como, por exemplo, a episiotomia (uma incisão cirúrgica na vagina para aumentar a largura do canal do nascimento). A medicação por via intravenosa e a posição de litotomia (supina) se mantêm como procedimentos padrão, assim como o parto cirúrgico por cesariana.

O uso de tecnologias em hospitais é ratificado porque, de acordo com os obstetras: “garantem a qualidade de monitoração e aceleração do nascimento de bebês saudáveis, quer pelas vias naturais (parto vaginal), quer por meio de administração de drogas quando as condições especiais assim as exigem” (Martin, 2001:64). Muitas vezes, dá-se um clister à futura mãe, não só quando os seus intestinos estão muito cheios, mas também quando estão quase vazios. Quer dizer que esse processo não ocorre apenas quando necessário, mas porque ele consiste em um ato ritualístico de limpeza e purificação. Além disso, isso implica que uma instância externa se

encarregue dos processos corporais de uma pessoa, controlando, assim, aquilo que é mais íntimo. O nascimento por cesariana requer maior gestão do médico e menos trabalho do útero, com vista a fornecer os melhores produtos (bebés), salvos dos traumas que podem ocorrer durante o parto vaginal. Na grande maioria dos partos hospitalares, não foram somente as máquinas que se tornaram o centro das atenções, mas também a forma como as gestantes são fisicamente tratadas, passando por um ritual de esterilização (raspagem dos pelos púbicos). A posição que atualmente a mulher tem de se adaptar na sala de partos é considerada sintomática da relação entre obstetra e paciente, porque a mulher “tem que ficar deitada de costas com as pernas no ar, numa posição psicologicamente desvantajosa para fazer força” (Kitzinger, 1996:134).

Para Sheila Kitzinger (1996), o parto humano é “um ato cultural”, em que, num contexto de costumes, têm lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito. A autora destaca que uma parte do que acontece durante o parto é puramente instintivo e fisiológico. “Uma mulher não precisa de ler livros sobre o assunto ou ter aulas para saber aproximadamente o que fazer para que o bebé nasça” (Kitzinger, 1996:92), como também ressalta a relação existente entre natureza e cultura, quando aponta para o fato de haver elementos no parto que as mães da espécie humana partilham com outras mães da classe dos mamíferos, sobretudo com os primatas superiores. “O comportamento humano ignora muitas vezes alguns destes elementos biológicos e, frequentemente, a cultura modifica-os, de tal modo que as ações resultantes são inadequadas” (*idem*).

Nas sociedades atuais, as modificações de comportamento durante o parto foram aceites como necessárias devido à maquinaria, sem que houvesse qualquer investigação sobre os possíveis efeitos destas transformações. Segundo Kitzinger (1996:134), é provável que fatores iatrogénicos (isto é, causados por interferência médica) estejam a dar origem a condições que, por sua vez, terão de ser tratadas com novas técnicas obstétricas. Por exemplo, inserir um elétrodo na vagina e no colo do útero de uma mulher e fazê-lo deslizar pelo crânio do bebé permite controlar o coração da criança, mas acarreta um risco adicional de infeção que pode determinar que também tenham de ser dadas injeções intramusculares.

O modelo hospitalar conduziu a uma noção relacional/transacional de poder “*authoritative knowlege*” na relação médico-paciente, de igual modo, acredita-se que as mulheres são participantes ativas nas relações entre paciente-médico. Abel e Browner (1998) destacam o papel ativo das mulheres grávidas como reivindicadoras do poder autoritário exercido pelo

médico na relação com o paciente. O conhecimento e o entendimento alcançados por essas mulheres durante a experiência da gravidez influenciam nas decisões sobre o aconselhamento e o tratamento médico (Lorentzen, 2008: 54).

Embora os médicos se autorreconheçam como os intérpretes experientes do corpo, eles não detêm o monopólio sobre a verdade médica e, menos ainda, sobre as melhores abordagens interventivas. Na análise de Kitzinger (1996) e Martin (2001), as narrativas das mulheres sobre suas experiências de parto encontram-se imbuídas do sentimento de alienação e fragmentação, produzido pela dependência de intervenções tecnológicas e de acompanhamento especializado, revelando que as mulheres sentem profunda ambivalência sobre o controle biomédica, como é refletido em atos de resistência e oposição. Conforme as autoras, as diversas práticas culturais influenciam e revelam suposições nos discursos acerca da gravidez e do parto, como as motivações que levam à perpetuação da prática do parto na esfera “doméstica” em oposição à alternativa do parto na unidade hospitalar, como forma de resistência à abordagem de “nascimento seguro”.

1.10. A mulher na matriz cultural do sul de Moçambique

Na matriz tradicional da cultura no sul de Moçambique, o poder emerge como eminentemente masculino, por ser essencialmente patrilinear e patrilocal. Essa regra é explicada pela conjuntura organizacional que tem como referencial identitário o clã de origem, sendo este entendido como o grupo de parentesco extenso, formado de várias linhagens que acreditam ter antepassado fundador, constituindo-se como um importante referencial da identidade familiar. Entre os tsongas, de acordo com os diferentes autores¹³, o modelo de parentesco era caracterizado pela existência de grupos domésticos intitulados *miti* “patrilineares e patrilocais, constituídos por homens da mesma linhagem, mas pertencentes a gerações diferentes [...], e pelas suas esposas pertencentes a outras linhagens [...], seus respectivos filhos e filhas” (Costa, 2007:68). Entende-se o grupo familiar como uma coletividade que se organiza para plantar e para colher, mas essa

¹³ Cf. por exemplo Junod 1917; Loforte 2003; Costa 2007

organização está baseada no papel dos mais velhos que têm força de poder e decisão na comunidade e sobre os jovens.

Toda cultura está centrada sobre os mais velhos e antepassados que são considerados os donos da terra e os protetores do grupo porque foram eles que primeiro plantaram e eles são responsáveis por tudo que acontece na comunidade (Oliveira, 2002:146).

Para entendermos o papel da mulher nesse contexto, vamos discorrer, por um lado, sobre a perceção simbólica da mulher e, por outro, sobre as práticas matrimoniais. No âmago da ótica da cultura moçambicana, a mulher constitui um grande valor social e económico, por ser produtora inserida na divisão do trabalho¹⁴ e na geração dos filhos. De acordo com a Oliveira (2002), na perspetiva dos povos bantos, a mulher e a terra são análogas. Ambas estão ligadas pela capacidade inerente de fecundar, o que garante a sobrevivência e a reprodução do grupo. Não obstante, elas se encontram no centro das estratégias matrimoniais protagonizadas pelos membros masculinos mais velhos da família, incluindo as tias paternas, como forma de maximizar os benefícios co- operacionais, económicos, e simbólicos.

Como revela Loforte (2003), em *Género e Poder Entre os Tsonga de Moçambique*, para a mulher, a função mais evidente é a da reprodutora física do grupo, o que determina o estrito controlo exercido pelo coletivo em relação à sua sexualidade, a fim de assegurar a sua perpetuação e o aumento dos efetivos. A mulher está inserida numa sociedade dominada pela ideologia patriarcal que legitima direitos e papéis desiguais na procriação. Nas práticas e atitudes respeitantes à sexualidade, são estabelecidas regras e proibições no tempo e no espaço em que a atividade sexual deve ser praticada. Uma relação importante para determinação da posição da mulher na matriz tradicional é a sua distinção enquanto esposa a residir na unidade doméstica do seu marido e enquanto irmã, membro da linhagem (Loforte, 2003:192).

De acordo com Ana Benard da Costa (2007:85), atualmente, existem diferentes tipos de uniões conjugais e uma pluralidade de formas possíveis de formalização das uniões matrimoniais que nos permite compreender a forma como os “diferentes referentes culturais e representações sociais se articulam”. A formalização de uma união matrimonial implica cruzar simultaneamente,

¹⁴ À mulher compete os afazeres domésticos, cultivo do campo, a confeção dos alimentos, a responsabilidade de cuidar dos diferentes membros da família, nomeadamente, crianças e idosos.

ou não, diferentes tipos de rituais no Registo Civil, na Igreja Católica, através do lobolo, casamento muçulmano, famílias poligâmicas, ou união de fato, sem que para isso haja qualquer formalização.

[...] A palavra *mutchade* significa casamento no Registo Civil; a palavra *kulovuliva* designa o casamento com *lobolo*; as palavras *kukandza* ou *avukate* designam a mulher que não foi lobolada e não formalizou a união conjugal de nenhuma das formas possíveis e significam “estar no lar (*mùtì*); a palavra *kutilhuvu* designa uma situação em que o homem sai de sua casa e vai viver para a casa de outra mulher; e a palavra *himbuya* significa amantes. [...]. Não formalizar uma união num contexto onde se cruzam diferentes sistemas matrimoniais - criando diferentes tipos de relações familiares - pode ter múltiplos significados: 1) uma diminuição da importância do casamento dentro da estrutura familiar, por já não serem importantes as alianças entre famílias; 2) a desadequação dos diferentes sistemas matrimoniais ao contexto periurbano atual [por questões de falta de meios financeiros]; 3) mudanças estruturais nas relações familiares que se estabelecem através das alianças matrimoniais e cuja dinâmica não se coaduna com o “compromisso” de “longo prazo” que os diferentes sistemas criam. E por último, pode significar alterações substantivas nas relações de género e de poder que implicam ruturas profundas com os modelos matrimoniais prevalecentes e com os papéis que os respetivos cônjuges supostamente assumem dentro da união conjugal (Costa, 2007: 86).

Os lugares de poder da mulher, como esposa, estão determinados pela sua posição a nível do sistema de parentesco e de casamento. Na sua maioria, as famílias são patrilineares e algumas patrilocais. Na primeira, o casamento implica a sua deslocação da residência dos seus pais para a dos pais do esposo, e viver em casa desses últimos obriga à mulher a subordinação a elos de ligação da hierarquia do marido, nomeadamente, hierarquias femininas (sogra e cunhadas). A segunda ocorre em virtude do pagamento da compensação matrimonial, o lobolo, que é a transferência de direitos sobre a sua fecundidade, serviços domésticos e sexualidade. Sendo a descendência patrilinear, os filhos ganham a afiliação social e o estatuto através do pai (*idem*:192).

Segundo Loforte (2003), essas posições de “dependência tradicional da ideologia linhageira” determinam o tipo de comportamento que cada membro deve demonstrar em relação aos outros. Por sua vez, a posição subalterna da mulher não significa ausência de poder da

mesma, ao apontar para a mudança da idade¹⁵, do estatuto conjugal e do parentesco como sendo uma estratégia de grande impacto usada pelas mulheres como modificador do seu estatuto, em que exercem poder perante outros membros da família e em determinados extratos da sociedade.

[...] O ciclo de vida das mulheres alterna entre duas relações produtivas. No primeiro ano de casamento, a atividade dominante da mulher é o trabalho doméstico sob orientação da sogra, o cuidado dos filhos e o trabalho agrícola nas terras pertencentes à família do marido. Com a chegada de outras noras, ela ganha uma certa independência em relação à sogra e um ascendente em relação às mais novas, pois é a estas últimas que estão destinados os afazeres domésticos ligados ao transporte de água e à cozinha (...). Ao casar, ela entra no grupo doméstico do seu esposo como estrangeira, legítima a sua posição com o nascimento do primeiro filho sobretudo se for do sexo masculino (Loforte, 2003:193-194).

Enquanto irmã mais velha, a mulher: a) tem um estatuto privilegiado no seu próprio grupo, exercendo importantes funções de conselheira dos seus parentes e aliados e de oficiante de certo tipo de rituais; b) detém posições cimeiras nos atos de reconciliação, após disputas ou conflitos familiares; c) nos atos de julgamento a nível familiar, nomeadamente presididos pelos homens, a sua opinião é respeitada e as decisões são tomadas se houver um consenso que inclua o parecer da mesma; d) ela tem poderes políticos que derivam da sua posição de conciliadora nos diferendos graves e de mediadora de conflitos que ocorram nos grupos domésticos dos seus sobrinhos; e) em caso de enfermidades, ela procura o diagnóstico junto dos adivinhos e, sempre que necessário, realiza os rituais e as ações complementares para as soluções dos problemas e a reposição da ordem¹⁶; f) no quadro das representações, é representante do universo familiar, mas

¹⁵ As mais idosas estão isentas dos trabalhos árduos na agricultura e das atividades domésticas mais incómodas, como a confeção de alimentos, o transporte de água e de lenha, a lavagem da roupa. Detêm posições de poder e de autoridade junto àquelas, e a sua legitimidade deriva da posição de mediadora de conflitos ou de invocação aos espíritos dos antepassados, na ausência de um membro masculino mais velho.

¹⁶ Somente, entre os Rongas das regiões de Marracuene, Catembe e Manhica, a irmã mais velha pode ter funções rituais junto dos altares e das árvores do *gandzelo*, que afetam o destino das famílias. Ela oficia os rituais dedicados aos espíritos, nomeadamente nas *timamba*, com oferendas ou sacrifícios de animais, e nas cerimónias de *kubika*, por ocasião dos nascimentos, casamentos, lobolo ou realização de um empreendimento de vulto por parte dos sobrinhos.

distingue-se, igualmente, dos comuns, pois a sua imagem é suportada pela crença de que desagradá-la pode trazer consigo doenças graves; g) quando defunta, ela pode, e por designação do curandeiro-mágico, servir de intermediária na comunicação com os restantes ancestrais, na receção das ofertas de tabaco, de bebida e de comida; h) a *hahani*, tia paterna, é o espírito protetor por excelência dos seus sobrinhos, designadamente da filha do seu irmão que partilha o mesmo nome (Loforte, 2003: 195).

No entanto, entre os *Bitongas* ou *Tsuas* da região de Massinga e de Vilanculos, e os *Xichanganas* de Magude (da região Sul do país), ainda que a mulher seja irmã mais velha, ela não assume posição de liderança nos rituais¹⁷, pois, no dizer desses grupos populacionais, *a nsati hina mhamba* (a mulher não faz cerimónias). Contudo, a presença da irmã mais velha é imprescindível nos rituais, na medida em que ela, conhecedora da genealogia do grupo através dos ensinamentos dos familiares mais velhos (pais e avós), vai mencionando os nomes dos espíritos ao invocá-los por ordem hierárquica.

A prática do lobolo é um dos principais elementos para compreender a forma como a mulher é vista na cultura do Sul de Moçambique. O lobolo é por vezes, “um pré-requisito” para a consumação do casamento, mas também, para a maioria das populações residentes nas áreas rurais do país, o mesmo é considerado forma única e legítima de casamento (Pondja, 2006:12). O ritual pode ser compreendido como um sinal de solidariedade de um grupo para outro que perdeu um membro tão importante (a mulher). Nessa deslocação, há um enfraquecimento e um enriquecimento entre os grupos, o grupo da mulher ficou qualitativamente e numericamente empobrecido, e o do homem ficou qualitativamente e numericamente enriquecido. Como observa Langa (1990:45) “é preciso compensar os danos, o enfraquecimento grupal causado pela saída de um dos seus membros, para que o outro grupo não se extinga”.

Está evidente que o lobolo é um valor que gira de clã em clã num eterno retorno. Outro especto que é importante observar é que o lobolo é próprio das sociedades em que o casamento é um contrato entre clãs, onde estes conhecem uma profunda coesão, defendendo-se, como um organismo. Portanto o lobolo não tem nada a ver com a ideia de negócio e lucro, “ele é apenas a consequência da luta pela sobrevivência e equilíbrio dos grupos” e que funciona como uma instituição tradicional

¹⁷ Esta jamais poderá pegar e matar os animais a serem sacrificados, ou ajoelhar-se junto do *gandzelo* para presidir às cerimónias.

com princípio, meio e fim, e leis internas que a põem, estão em consonância com a cultura do povo que a concebeu (Pondja, 2006: 22).

Segundo Joaquim Nunes (1936 *apud* Pondja, 2006:17).), o lobolo tem por funcionalidade:

- Marcar a diferença entre o casamento legítimo e ilegítimo, com todas as suas consequências jurídicas quanto à herança de bens e direito aos filhos;
- Fortalecer os laços matrimoniais, servindo de obstáculo à dissolução da família;
- Servir de freio aos desmandos ou violência do marido perante a mulher, porque se o homem maltrata injustamente a mulher, ela pode abandoná-lo na certeza de que seus pais não vão restituí-lo do valor entregue no ato do lobolo;
- Em caso de divórcio o valor pago pelo lobolo deve ser devolvido à família pagadora, salvo exceção quando haja filhos, sendo o mesmo devolvido parcialmente;
- Quando ocorre óbito de uma das partes, os viúvos podem se casar com um dos irmãos mais novos do seu ente querido, mantendo, dessa forma, as relações de obrigatoriedade e reciprocidade entre os grupos. Na ausência de cunhados vivos, a viúva pode contrair matrimônio com primos diretos do falecido marido ou com indivíduos pertencentes a outros clãs. Nesse caso, o novo marido acordará o lobolo com a família do falecido, pois a viúva não mais pertence ao seu grupo de origem e sim ao grupo ou clã do primeiro marido

Este tema não é novidade para a literatura antropológica. Junod (1917/1946) foi o primeiro a descrever essa prática, tendo depois os tais dados sido analisados por Radcliffe-Brown e Daryll Forde (1950) em *African systems of kinship and marriage*, em que são consideradas as “transações e formalidades que envolvem [...] os parentes do marido e os da mulher”, e por Felix Keesing (1972), que vai tratar esse fenômeno como: “um tipo de transação muito generalizada chamado *preço da noiva*, ou compra da esposa”. Na maioria dos casamentos africanos, o pagamento dos bens, ou serviços, feito pelo noivo aos parentes da noiva, é uma parte essencial para o estabelecimento da legalidade do casamento.

Recentemente Paulo Granjo (2005) afirmou que o lobolo se configura como um idioma, a partir do papel desempenhado pelos espíritos dos antepassados, fornece ao casal uma resposta “tradicional” para dificuldades conjugais eminentemente modernas. Para além de ser um fenómeno económico, de poder e de regulação social, o lobolo (que é muito variável, mutável e adaptável) tem duas mais-valias muito importantes sobre as restantes formas de casamento disponíveis, quais sejam: legitima a relação matrimonial e eleva o estatuto dos membros do casal, regulando a descendência e o aleatório. Ainda nos dias de hoje é reconhecido como casamento legal, sendo o pagamento realizado sob a forma de gado, capulanas, dinheiro (moeda nacional), bebidas, alimentos e prestação de serviços. Também se acrescentaram ao pagamento outras espécies de animais como cabras, galinhas e patos. As joias em latão ou bronze que, no século XIX, adornavam o corpo das mulheres, quase desapareceram. A mulher lobolada não carrega consigo nenhum objeto identificador do seu estado civil, o que possibilita a identificação do seu estado é o local de residência, o qual, na maioria das vezes, é a casa dos sogros.

Nos meios urbanos, à prática do lobolo foram incorporados elementos do universo do “noivado”, vivenciado, no ocidente, como o pré-comprometimento antes do casamento. O pagamento de bens ao pai da mulher representaria o tradicional; o pedido da mão da noiva e a entrega do anel representariam o noivado ocidental. Nesta perspetiva, dá-se um embate entre o tradicional e o moderno dentro da esfera social, como passaremos a ver na descrição das razões que concorrerem para tais realidades.

A procura por melhores condições de vida e a guerra civil de 1976 resultaram na migração de inúmeras famílias do campo para a cidade. Tal situação fez com que as pessoas sentissem necessidade de se adaptar a uma nova forma de vivência, passando a ter necessidades além daquelas básicas à vida humana (alimentação, vestuário, saúde e ensino). A industrialização e urbanização serviram de base para a degradação dos valores tradicionais, acentuando, de igual modo, as altas taxas de desemprego, a fome, falta de moradia, prostituição, crime, individualismo, etc. A vida na cidade fez com que os valores tradicionais, tidos como “valores básicos à cultura”, entrassem em decadência. Loforte (2003) analisa a atuação da Frelimo para o abandono do lobolo (abaixo o lobolo) nos primeiros anos após a independência, afirmando que o ritual contribuía para perpetuar a posição subordinada da mulher. A ideia de subordinação problematizada pelo partido pode ter sido um dos fatores que conduziu a sociedade daquela época a repensar os valores atribuídos à prática do lobolo.

A proibição de transmissão de ensinamentos, crenças e valores culturais de pai para filho, o afastamento do indivíduo do núcleo familiar, o crescente avanço tecnológico, a velocidade com que a informação chega, o fácil acesso aos meios de comunicação e de informação (televisão, rádio até mesmo Internet), maior oportunidade de ingresso nas instituições de ensino, o intercâmbio com várias culturas, também contribuíram para a formação do novo modelo de lobolar (Pondja, 2006).

Se, em termos de poder religioso, as mulheres aparecem como secundárias, elas constituem a maior percentagem de mágicos por estarem ligadas aos espíritos de fora. Ademais, o poder mágico fundamenta-se nelas, “tanto de forma positiva como negativa, pela sua posição de mediadoras e de detentoras do poder da fecundidade” (Loforte, 2003:197).

Ao estudar o fenómeno do *evil eye*, nas culturas Indo-Europeias, Dundes (1981) vai dizer que, nessas sociedades, a figura da mulher menstruada se apresenta com maior propensão em lançar o mau-olhado sobre a criança. Quando fazemos uma analogia do fenómeno olhando para a cultura moçambicana, percebemos que existe de igual modo uma associação negativa da mulher que esteja a verter sangue menstrual. Em regra, quando a mulher está menstruada ou quando tenha acabado de passar por uma experiência sexual num período inferior a vinte e quatro horas (24h), é orientada para não carregar uma criança recém-nascida ao colo por motivo algum, devido à sua impureza corporal e ao “calor” oriundo do ato sexual, que se acredita ser prejudicial ao recém-nascido.

Nesses contextos predomina a associação do mau-olhado ao sexo feminino. A associação do “*evil eye*” (olho invejoso ou mau-olhado) em conexão com a mulher sugere, à partida, uma tendência das mulheres serem mais sensíveis à linguagem corporal do que os homens, e, assim, para segurar certas “*magics*”, o complexo apotrópico não é, portanto, visto como homem nem mulher, nem mesmo, propriamente falando, em andrógina. Os símbolos não giram em torno do género, mas sim, em torno da vida ou energia em si como um valor de oposição à negatividade, o vácuo, o frio mortal da inveja. Nos casos acima apresentados poderíamos perguntar porque a mulher, ou a figura feminina, ocupa sempre lugar de destaque quando relaciona o seu estado fisiológico cíclico à transmissão do “*evil eye*”? A resposta pode residir no fato de que, em várias sociedades, credita-se que o sangue menstrual possui impurezas nefastas à própria mulher. Metaforicamente falando, é a sua capacidade de metamorfosear-se e de

purificar-se uma vez por mês, que está alicerçada à sua vulnerabilidade em transmitir o efeito “dry” através do seu corpo (Dundes, 1981:265).

Mas essas não são as únicas situações onde a figura da mulher é vista como potenciadora da transmissão da inveja, azar ou *misfortune* (Chapman, 2010:58), como poderemos ver nos próximos tópicos, onde serão abordadas as crenças, mitos, tabus, proibições e práticas culturais direta ou indiretamente relacionadas com a gravidez e o parto.

1.11. Práticas e representações em torno do nascimento da criança

Na maioria dos grupos étnicos do sul de Moçambique a criança é um ser que representa da mesma forma que os antepassados um papel importante dentro do núcleo familiar. Ela é a expressão da vontade de continuidade da vida por parte dos antepassados. É o elo de ligação entre os vivos e os mortos e a garantia de continuidade do grupo, porque sucede a chefia das unidades domésticas e encarrega-se do culto em memória dos antepassados: “os filhos dão estatuto: quanto mais filhos, mais aliados, mais vida social” por serem a garantia da produção das unidades de produção (Loforte, 2003:201).

O nascimento de uma criança é o acontecimento mais importante para uma aldeia e/ou unidade familiar, e o seu crescimento e desenvolvimento são acompanhados por uma série de cerimónias que marcam a passagem de um ser do ‘outro mundo’ para o ‘mundo dos vivos’ (de acordo com as crenças desses grupos). A criança também representa um veículo indispensável para a manutenção e continuidade do clã. O desenvolvimento da criança é pontuado por ritos de iniciação que constituem a base de uma aprendizagem sistemática dos usos e costumes e da sabedoria do grupo.

Henri Junod (1917) descreveu, no seu denso trabalho etnográfico, *A Vida de uma Tribo Sul-Africana*, sobre a evolução do indivíduo, partindo do dia do seu nascimento até à sua morte, demonstrando de forma pormenorizada como o nascimento de uma criança está intrinsecamente ligado à conduta moral e social dos seus pais, mais precisamente, ao comportamento sexual de sua mãe. Assim, o autor categorizou os tipos de nascimento de acordo com o seu grau de dificuldade, quais sejam: nascimentos prematuros, nascimentos protraídos e nascimentos ilegítimos. No primeiro caso, a criança nasce sem que haja nenhuma transgressão sexual

associada ao fato, enquanto nos dois últimos casos, o nascimento é para os Tsongas (do sul do país) a prova que a criança não é legítima. Conforme refere Junod:

Esta convicção é tão forte que quando uma mulher sabe que a criança que vai dar à luz não é filha de seu marido (*nuna*) mas de um amante (*mbuye*) confia isso secretamente à parteira principal de maneira a evitar as dificuldades de um parto laborioso, visto ser *tabu* ter uma “criança adulterina” pelo que encobrem o fato: o contrário causaria à mãe sofrimento indescritíveis (Junod, 1917:39).

Para a grande maioria dos povos do Sul de Moçambique, a escolha do nome da criança é feita após o seu nascimento, havendo quatro maneiras de fazê-la:

- Geralmente no campo (áreas rurais), os pais dão aos seus descendentes o nome de um chefe, como por exemplo: Dabula, Mazula, Machel, Tanganhyka, etc., por uma questão lisonjeira e de vaidade, mas tal comportamento não é exclusivo das áreas rurais, nas cidades podemos encontrar crianças com nomes de dirigentes e de figuras públicas nacionais e internacionais, como são os casos dos nomes: Chissano, Guebuza, Kadafi, Obama, etc.;
- A atribuição de nomes da criança pode ser feita por via de “consultas aos ossos” de modo a saber-se qual antepassado irá atribuir o seu nome a criança;
- Por alguém da família que ainda esteja no ‘mundo dos vivos’ pode pedir licença para dar o seu nome ao recém-nascido, mas geralmente esse privilégio é concedido ao viajante que se encontre por acaso na aldeia naquela ocasião. Junod (1917) explica que esse fato estabelecerá um parentesco especial entre essa pessoa e a criança, parentesco que se aproxima ao de um padrinho para com o seu afilhado, semelhante à lógica do papel do padrinho no batismo católico.

Um outro modo de atribuir nome a criança é a procura de qualquer fato relacionado com as “circunstâncias em que se realizou o nascimento”, como, por exemplo: se o lugar de nascimento da criança for debaixo de uma árvore, a ela será atribuído o nome dessa árvore; se, durante o longo período de gestação, a mãe fez uso contínuo de algum tipo de alimento ou bebida, o nome da criança será associado ao tal produto; e se a mãe deu à luz enquanto vinha ou

ia a algum lugar, a criança terá o nome de *Ndlelen*, isto é “no caminho”, “na estrada”, etc., (Junod, 1917:38).

Entre os Macondes do norte de Moçambique, à semelhança dos povos do sul, o nome do recém-nascido só lhe é atribuído após o seu nascimento. “Em geral, ao primogénito o nome do avô ou avó paternos, e aos filhos seguintes os nomes dos avós ou de tios maternos, ou, eventualmente, de qualquer parente já falecido há mais de um ano. E o recém-nascido só poderá ir para fora de casa depois de cair o cordão umbilical e passar pela cerimónia chamada *lítio*¹⁸ que geralmente é realizada por mulheres.

No *lítio*, a criança recebe uma fita de pano, *nkova*, ou de missangas, à volta de pescoço e da cinta, e algumas também nos pulsos e tornozelos. Se a saúde periga, ou se receiam que qualquer mal possa advir, colocam-lhe certos amuletos que a protegerão do mal (Dias, 1970:151). Com efeito, a criança é considerada um ser frágil e que pode ser alvo de mau-olhado. Esta consiste em alguém enviar um pensamento invejoso, ciumento ou avarento, que parece inofensivo, mas é possuidor do poder de atingir negativamente a pessoa, o animal, a árvore e o objeto desejado. A má sorte é considerada como sendo o resultado causado pela inveja. No folclore, é comum a associação do mau-olhado ao efeito desidratante “*dry*” sobre sua vítima. Acredita-se que o seu efeito positivo causa a perda de líquidos “*wet*” do corpo tais como: vômitos, diarreia, febres, falta de apetite, crise de choro (em crianças), a secagem do leite de mães que amamentam. O mau-olhado não é necessariamente considerado intencional ou associado com bruxaria ou feitiçaria. Segundo Scheper-Hughes e Lock (1987), nas sociedades tementes à feitiçaria, por exemplo, muitas vezes há uma preocupação com a disposição dos próprios excrementos, do sangue, do cabelo, das peças de roupas íntimas, e da própria placenta, as autoras chamam esse fenómeno de uma equação entre vigilância social e corporal.

Na perspetiva de Dundes (1981), a crença original é a de que qualquer pessoa pode prejudicar filhos, gado, árvores frutíferas ou qualquer evidência de prosperidade, só de olhar para os despojos, isso implica que um olhar se manteve por muito tempo sobre o cobiçado objeto, pessoa ou animal. Fazendo uma analogia às culturas do sul de Moçambique, pode-se perceber a existência de um princípio rigoroso, aprendido na esfera privada, que consiste em nunca expor a

¹⁸ “Nesta cerimónia cortam à criança o cabelo à volta, em redondo. A mãe é rapada da mesma maneira. Depois deitam à criança um pouco de óleo de rícino nos ouvidos e na boca, para que ela ouça e fale bem. Para mais detalhes, vide Dias, J e Margot, D (1970).

criança à esfera pública antes que a ferida do cordão umbilical esteja devidamente curada, também não se pode tecer comentários acerca de um bebé recém-nascido. A prática de “elogiar” crianças acabadas de nascer é socialmente reprimida, e deve ser evitada por ser considerada a via catalisadora capaz de causar danos ao bem-estar físico da criança.

Numa atitude de defesa e proteção do infante, a mãe é orientada a permanecer confinada dentro da esfera privada até a queda do cordão umbilical, que, em média, pode decorrer até ao sétimo dia, período chamado de *busahana*, o qual terminará por uma cerimónia especial relativa à primeira saída da criança, caracterizada pelo rito da “panela partida” (Junod, 1917:40) ou como é conhecido nos dias de hoje: “tirar bebé” ou “amarrar a criança¹⁹”, de maneira a evitar a exposição e o contato da criança com o mundo exterior, carregado de forças nefastas prejudiciais à própria criança. Ainda assim, esse não o único cuidado que se deve ter com o recém-nascido, geralmente existe o receio de que a “pessoa quente” (homem ou mulher acabado de ter relações sexuais, ou as mulheres menstruadas) possa afetar o bem-estar físico da criança se houver algum contato físico. A conservação da atitude de evitar o contato da criança com indivíduos fora do seu *habitat* familiar e a exposição “precoce” ao mundo exterior funciona como fator estruturante da eficácia simbólica da norma cultural que, de forma inconsciente, está relacionada com os cuidados de limpeza e higienização dos corpos. Arriscaríamos dizer que a manutenção desse modelo de conduta sociocultural está intrinsecamente associada a fatores endógenos e exógenos de interpretação sobre a vulnerabilidade do recém-nascido, que está naturalmente sujeito a contrair doenças pela “ausência” de defesas imunitárias imprescindíveis para o seu estado de bem-estar. E, portanto, essas proibições servem de reguladores sociais que gerem os instintos fisiológicos dos indivíduos condicionando os seus corpos à prática da abstinência sexual pós-parto, com argumentação da necessidade da passagem do período temporal (3 meses) considerado biologicamente plausível a retomar a vida sexual, e que na prática serve como mecanismo de controlo das taxas de natalidade pelos organismos que gerem tais competências.

¹⁹ O ato de tirar o bebé consiste numa cerimónia que geralmente é realizada na casa dos avós paternos e é tradicionalmente feita pelas mulheres mais velhas da família. O ponto alto culmina com a oferta da primeira *capulana* (peça de tecido tida como vestimenta típica cerimonial em Moçambique) quando a criança é embalada ou carregada às costas (*neneke*).

PARTE II. HISTÓRIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM MOÇAMBIQUE

Capítulo II. História da Saúde Pública em Moçambique

2.1. Uma breve contextualização geográfica, sociodemográfica, política e económica de Moçambique

Moçambique localiza-se na costa sudeste de África, especificamente na região austral do continente africano, entre os paralelos de 10°S e 27°S e entre os meridianos 31°E e 41°E, tendo como extensão territorial 799.390 km². A norte faz fronteira com a Tanzânia, a noroeste, com Malawi e Zâmbia, a oeste com Zimbabué, a Sul, com África do Sul e Suazilândia. A leste, o país tem como limite o Oceano Índico com uma costa de cerca de 3.000 km (ver Fig.1).



Figura 2.1. Mapa Administrativo de Moçambique

Em termos político-administrativos, o país está organizado em onze províncias - começando do Sul para o Norte: Maputo, Cidade de Maputo, Gaza, Inhambane, Sofala, Manica, Tete, Zambézia, Nampula, Cabo Delgado e Niassa. O último recenseamento da população nacional, realizado em 2008, contabilizou um total de 20.854.075 habitantes, contudo os indicadores de projeção da população nacional de 2014 apontam para um total de 25.041.922

habitantes²⁰. Atualmente, 75% da população moçambicana reside nas zonas rurais e os restantes 25% residem nas áreas urbanas²¹. Embora as religiões tradicionais continuem a constituir 48% da prática dominante, 31% da população vive sob influência do cristianismo e 13% encontram-se sob influência do islamismo²². A língua oficial falada em Moçambique é o português. Os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2007 revelam que o português é conhecido como língua materna por 6.0% e usado como língua falada com mais frequência apenas por 9.0%, embora 39.0% da população que reside maioritariamente nos centros urbanos diga saber falar esta língua (Firmino, 2009:4). As línguas de origem *bantu* são igualmente faladas, sem descurar daquelas que passaram por um sincretismo linguístico, ocasionado pelo contacto interétnico entre os Árabe-Swahili e os nativos do Norte de Moçambique, culminando com o surgimento do *Kimwani* como dialeto de fronteira entre a Tanzânia e Moçambique, que ainda hoje é falado pelos povos ilhéus da província de Cabo Delgado.

As trocas comerciais com outras populações estão documentadas a partir do século IX. Os grupos que se estabeleceram no território antes da queda do Estado de Gaza (1895) e das cidades estado no norte vem do período que se estendeu desde os anos 800, sendo estes provenientes do Golfo Pérsico, da Península Arábica, da Índia e da China. Estes emigrantes fixaram entrepostos comerciais ao longo da costa e passaram a trocar tecidos e missangas asiáticas, louças de origem persa, por ouro e marfim, com as comunidades locais. O início da penetração mercantil portuguesa caracterizou-se principalmente pela demanda de ouro, marfim, escravos e aquisição das especiarias asiáticas (Serra, 2000:45). Apesar de ter havido contatos comerciais desde aquele período, a ocupação efetiva do território pelos portugueses dá-se a partir dos finais do séc. XIX, justificada pela necessidade de se ajudar a civilizar ‘domando os corpos e as mentes’ dos povos oriundos daquele local, com base na falsa convicção da existência da extensão territorial de Portugal além mar. Moçambique como território é fruto da invenção e

²⁰ Fonte: www.ine.gov.mz. Acesso 12/02/2014.

²¹ Para mais informações ver:

<http://www.un.org/esa/population/publications/wup2010/2010_urban_rural_chart.pdf>http. Acesso em Fevereiro de 2014.

²² Moçambique. In Infopédia. Porto, Porto Editora, 2003-2008. Disponível em: [http://www.infopedia.pt/\\$mocambique](http://www.infopedia.pt/$mocambique) – acesso 12/02 2014.

intervenção portuguesa antes, durante e depois da Conferência de Berlim, não existindo anteriormente um estado que unificasse todo o território.

A administração colonial direta, então exercida pelos governadores-gerais ou da colónia, é limitada com a imposição do Ato Colonial, aprovado em 1930²³, que faz depender o poder dos governadores do ministro das Colónias primeiro, e do Ultramar depois. No que diz respeito às populações locais das colónias, o governo estabeleceu normas básicas para a relação com os nativos desde o período republicano (1910-1926), com a aplicação das Leis Orgânicas. Em particular foi aplicado o Regime do Indigenato, que reconhecia o direito indígena, aplicado de acordo com o estágio de civilização africana, considerado distinto dos habitantes da metrópole.

A população era dividida entre indígenas, assimilados e civilizados, num contexto que desvalorizava completamente os primeiros, não lhes reconhecendo direitos de cidadania. Nesse contexto, as relações sociais eram claramente estruturadas com base na existência de dominadores e dominados, cujo suporte derivava da própria colonização e assentava em categorias sociais fundamentadas em critérios classificatórios naturalizados, como a cor da pele, daí derivando a condição económica e o estatuto social.

Segundo a historiadora portuguesa Isabel Castro Henriques (2000), as ideologias de hierarquia racial que permeavam as mentalidades e as práticas quotidianas dos colonizadores portugueses, entre os séculos XIX e XX, contribuíram para a perpetuação da discriminação racial e cultural do povo moçambicano, criando o mito da superioridade europeia. Este é reforçado pelo princípio ideológico dos «cinco séculos de colonização» e pelo princípio da existência de uma continuidade transcontinental entre os diferentes territórios portugueses²⁴; e ainda pela ideia de que os brancos europeus são civilizados e não são supostos entregarem-se ao trabalho manual (agrícola), enquanto os africanos possuem uma espécie de carga negativa supostamente revelada pela cor da pele, pelas práticas culturais, pela antropofagia e pela preguiça.

²³ É da essência orgânica da Nação Portuguesa desempenhar a função histórica de possuir e colonizar domínios ultramarinos e de civilizar as populações que neles se compreendam, exercendo também a influência moral que lhe é adstrita pelo Padroado do Oriente (Acto Colonial, Decreto n.º 18 570 de 8 de julho de 1930).

²⁴ Trata-se da ideia de que «Portugal não é um país pequeno» e que o seu território se estendia do Minho ao Timor.

Por essa razão, o trabalho braçal deveria ser confiado aos africanos, o que lhes permitiria, aliás, transitar do seu estado de selvajaria para o de civilizado, criando-se a dicotomia entre civilizados e selvagens que balizava o modo de organização hierárquica das sociedades coloniais africanas, institucionalizado na ordem colonial portuguesa nas seguintes categorias: colonos, assimilados e indígenas²⁵.

A ocupação colonial nunca foi pacífica, os moçambicanos resistiram e contestaram o poder colonial, mas não foram ouvidos pelo governo português. Essa situação desencadeou a guerra contra o colonialismo, liderada pela FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique), entre 1964 e 1974. Essa Frente foi liderado inicialmente por Eduardo Mondlane e, depois do seu assassinato em 1969, por Samora Machel. Em 25 de Junho de 1975, é proclamada a independência nacional, sendo o primeiro presidente do estado moçambicano Samora Machel. As políticas económicas introduzidas pelo governo desde a independência visavam a transformar as relações sociais de produção e tornar Moçambique independente do sistema capitalista. Procuravam, igualmente, fazer face à situação resultante da fuga de quadros técnicos que se verificou a seguir à saída dos portugueses, como é referido pela teóloga e filósofa Irene Oliveira (2002).

Com a Independência, em 1975, quase todos os portugueses fugiram de Moçambique, levando os bens de capital que tinham. O país ficou com falta de quadros e de trabalhadores experientes e com analfabetismo superior aos 90% da população. O sistema de distribuição comercial desmoronou, a produção agrícola caiu. E grande fonte do trabalho assalariado desapareceu juntamente com o colapso do trabalho nas minas da África do Sul (Oliveira, 2002:39).

Ao desencadear uma série de ações com o intuito de fomentar a economia e reconstituir o sistema produtivo, o governo tinha igualmente em mente estabelecer mais firmemente o seu poder soberano sobre a totalidade do território. Ainda de acordo com Irene Oliveira (2002), daí resultaram mudanças inesperadas, cujos efeitos ainda perduram na estrutura social e cultural da sociedade moçambicana:

²⁵ Para mais informações acerca das definições de cada uma das categorias ver Henriques (2000:216)

A FRELIMO [...], que herdou o país, mostrou-se incapaz de pensar na construção da nação sem negar a heterogeneidade concreta e histórica dos grupos sociais que pretendiam trabalhar juntos, por meio dos mesmos princípios morais e políticos, tais como: igualdade, solidariedade, autonomia, democracia, fraternidade, saúde, educação. (...) Era o que se esperava, mas o que aconteceu foi que os dirigentes nunca se viram confrontados com a realidade complexa da diversidade sociocultural moçambicana e tal falta de perspetiva deu lugar a estratégias políticas que destruíram o “tecido social”, alteraram as estruturas da sociedade e puseram em questão os valores tradicionais (Oliveira, 2002:39-40).

A guerra civil que se seguiu, protagonizada entre o governo de Moçambique, simbolizado no partido estado Frelimo, e a RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique), durou de 1976 a 1992, data da assinatura do Acordo Geral de Paz em Roma. Em 1990, a Frelimo introduziu uma constituição democrática que permitia eleições multipartidárias, a liberdade de imprensa e o direito à greve. No dia 4 de outubro de 1994, foram realizadas as primeiras eleições multipartidárias para a legislatura e a presidência da república, cujos resultados deram vitória à Frelimo, sendo presidente Alberto Joaquim Chissano. A este sucedeu Armando Guebuza, em 2004/2013, e, mais recentemente (2014), Filipe Nyusi.

Com o término da guerra civil, mais precisamente a partir da segunda metade da década de 1990, Moçambique começou a registar um contínuo crescimento da sua economia interna graças ao desenvolvimento do sector agrícola. A partir de 2004, o Estado adota uma política de maior participação das camadas juvenis nos programas de desenvolvimento da nação, na criação de pequenas e médias empresas, na abertura aos grandes investimentos, na exploração dos recursos minerais e energéticos até então descobertos no país. De acordo com as previsões do PIB, calculadas como o somatório das estimativas trimestrais deste agregado macroeconómico para 2016, a economia moçambicana apresentou uma variação positiva de 5.03% no primeiro trimestre de 2016, em comparação com o mesmo período do ano anterior (2015)²⁶. Em 2015, a desaceleração da economia moçambicana está patente nos gráficos do INE, que mostram um

²⁶ Contas Nacionais de Moçambique: Instituto Nacional de Estatística I Trimestre 2016, Disponível em: www.ine.gov.mz, Acessado em 16/02/2016.

arranque forte no primeiro trimestre, de 7,1%, e uma tendência de descida de 6%, 6,3% e 5,6% nos seguintes²⁷.

Moçambique tem uma das classificações mais baixas do IDH, ocupando o 178º lugar de um total de 187 países analisados (PNUD, 2015), com uma remuneração salarial mínima o equivalente a 104,30 \$ dólares norte-americanos²⁸ correspondente a unidade monetária corrente de 4 000 MZN. O país continua a ser um dos mais pobres da África Subsaariana, com cerca de 52% da população a viver abaixo da linha da pobreza; nas áreas rurais, onde estão concentrados 69,2% da população, a taxa de pobreza é de 71,2%, comparada com os 62% das zonas urbanas, e a esperança de vida ronda os 52 anos (figura 2.2). Embora a distribuição territorial da população em Moçambique tenha conhecido, nos últimos anos, profundas alterações, devido a diversos fatores, a mobilidade interna não tem alterado o carácter disperso da população nas zonas rurais e concentrado nas zonas urbanas. A distribuição territorial da população vai progredindo no sentido de uma maior concentração à medida que nos aproximamos dos centros urbanos, pelo que as populações residentes nas faixas periurbanas aparentam características de sociedade rural que se misturam com formas económico-sócio-culturais urbanas.

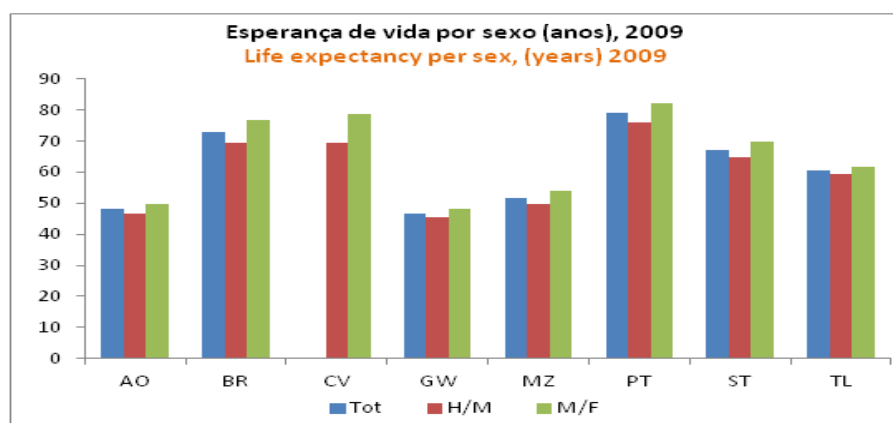


Figura 2.2. Esperança de vida dos moçambicanos por sexo em Países Palops

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.*

Apesar do atual clima de crescimento económico que tem contribuído para uma ligeira redução da pobreza absoluta²⁹, o país tem vindo a passar por uma crise política de ordem ideológica protagonizada pelas duas frentes outrora mencionadas (FRELIMO e RENAMO), que vem culminado com sucessivos confrontos verbais e armados, havendo, como consequência, perdas de vidas humanas.

2.2. História do Serviço de Saúde em Moçambique de 1920-1974

Através da exposição das ideologias e ações de governação nas colónias, pretende-se demonstrar como as políticas económicas e sociais moldaram a história do sistema de saúde em Moçambique entre 1920-1974³⁰. Cristiana Bastos (2014) considera que, ao examinar o intrincado relacionamento dos diferentes momentos das políticas de colonização, pode-se conhecer melhor a materialidade, significados e práticas da assistência médica e dos equipamentos hospitalares usados nesse período (Bastos, 2014:189). Esta autora demonstra o impacto da implementação da biomedicina nos cuidados de saúde das populações nativas que contribuiu para o estabelecimento de um quadro referencial interpretativo diferenciado de saúde, doença, diagnóstico e tratamento entre os colonos e os povos autóctones (Shapiro, 1983; Feierman, 1985).

O momento que irá marcar a início da implementação da prática biomédica ocidental em Moçambique acompanha a implementação do projeto de fixação e de exploração colonial portuguesa em África, como consequência da conferência de Berlim (1884-5). De acordo com análises históricas sobre o campo da saúde nas ex-colónias de Portugal, vários autores (Shapiro, 1983; Feierman, 1985; Gulube, 2003; Bastos e Bareto, 2011; Varanda, 2014; Bastos, 2014) referiram que os cuidados de saúde, para os militares e colonos brancos, estiveram no centro do discurso do projeto colonial em África, justificados pela importância da ação civilizadora e

²⁹ Segundo as Nações Unidas pobreza absoluta pressupõe uma condição de vida caracterizada pela falta de comida, de acesso a água potável, a saúde, a saneamento básico, a moradia, a educação e a benefícios governamentais. www.bbc.co.uk/portuguese/noticias, 05/10/2013.

³⁰ Altura de transição das políticas de governação indireta passa para uma nova política económica de governação e de administração colonial efetivamente direta, enraizada na ideologia que Moçambique assim como as outras colónias portuguesas em África passavam a ser apenas uma parcela do então imenso Portugal ultramarino.

reforçando os direitos portugueses a prolongar o seu projeto colonial. Somente numa fase posterior, no final da segunda década do século XX, se deu maior atenção às populações autóctones, mais precisamente à mão-de-obra trabalhadora, através da prestação de cuidados de saúde básicos providos por várias missões religiosas (Varanda, 2014: 589).

Segundo Varanda (2014), a implementação destas ações administrativas pelo Estado colonial agudizaram os problemas de bem-estar e da saúde das populações africanas de diferentes formas: pela privação alimentar, proliferação de doenças epidémicas como a malária, doença do sono e epidemias de varíola, lepra, úlceras tropicais, filariose, conjuntivite, doenças oculares, bócio, vermes, doenças relacionadas com deficiências alimentares, que contribuíram para a subida das taxas de mortalidade das populações nativas que residiam maioritariamente nas áreas rurais. Outros fatores que também concorreram para esse cenário foram a fome, epidemias, a exploração comercial com implementação da obrigatoriedade do trabalho forçado (homens, mulheres e crianças), o pagamento de impostos de palhota ao Estado coadjuvado pelas situações climatéricas extremas – seca, chuva e pestes, a que o autor chamou de “estado de saúde paupérrimo tangível nos corpos africanos” (Varanda, 2014: 593).

A organização efetiva dos serviços de saúde em Moçambique data da segunda metade do século XIX, com o surgimento das primeiras infraestruturas sanitárias e normas para o seu funcionamento. Já por volta de 1898 existia o sistema de organização dos serviços de saúde, com a província dividida em 11 (onze) distritos sanitários, possuindo cada um deles um (1) hospital civil e um (1) militar, como poderemos ver mais adiante (Gulube, 2003). O período anterior a 1920 caracteriza-se “por uma nítida discriminação, decorrente em grande medida, da natureza de dominação do colonizador em relação ao colonizado” (Gulube, 2003:34) essencialmente por três aspetos: integração dos serviços de saúde da colónia no quadro comum português; passagem dos Serviços de Saúde e Assistência para a jurisdição civil; e aprovação do primeiro diploma que cria o regulamento dos serviços de saúde em Moçambique colonial em 1920 (Craveiro, 2001: 87).

A norma até ao final do século XIX foi de serviços de saúde coloniais, isto é, estatais, constituídos por um quadro exíguo de profissionais de saúde cujo trabalho, por norma, era cuidar da saúde do governador ou outro pessoal administrativo de alta patente. Esse padrão de “sistema de saúde” teria algumas melhorias no século XX, resultado das três reorganizações do sistema estatal, em que se inscrevia a imposição legal de companhias privadas com determinada dimensão também prestarem

cuidados biomédicos. Assim, até ao início do século XX permaneceram intacto o viés racial e a centralização geográfica dos cuidados de saúde na capital ou cidades costeiras importantes em que estavam colocados a população-alvo e os funcionários administrativos ou militares. Os trabalhadores e populações locais presentes no “resto” do território eram relegadas para o esquecimento ou para a prestação de cuidados básicos por várias missões religiosas (Varanda, 2014:590).

Após a segunda guerra mundial, Portugal vê-se confrontado pelas Nações Unidas por ainda manter colónias em África, sendo criticado pela inadequação das suas políticas discriminatórias e prestação precária nos cuidados de saúde da população local. Mais uma vez, o governo português usa o argumento de que a sua permanência naqueles contextos se justificava pela contribuição da melhoria de saúde da população local através da introdução da medicina científica, na luta contra as doenças tropicais, e da criação de infraestruturas que davam suporte para as campanhas para a não descolonização (Bastos, 2011:30). Esse novo cenário fez com que Portugal voltasse a atenção para as necessidades de cuidados médicos de saúde nas colónias, a fim de reforçar a sua reivindicação de legitimidade e justificar perante a comunidade internacional a manutenção do regime colonial português. Contudo, esses cuidados serviram principalmente como uma ferramenta de dominação, facilitando a penetração, o controle da população e do desenvolvimento económico (Shapiro, 1983). De acordo com o Gulube (2003):

Este fator histórico contribuiu para que a política sanitária fosse definida tendo em conta os interesses coloniais, o que equivale dizer que muitas vezes aquela não era concebida com base na realidade política e socioeconómica do território colonial, que pela sua localização geográfica, fazia parte do continente africano, com características peculiares e com um nível de desenvolvimento também particular (Gulube, 2003: 31).

Os primeiros médicos na maior parte da África colonial eram militares que vieram para a África como funcionários do governo e raramente fizeram causa comum com os africanos. Esses últimos viram as suas condições de saúde piorarem ao serem movidos das suas aldeias, ou serem obrigados a servir como trabalhadores forçados. A responsabilidade principal dos médicos era a saúde dos soldados, embora também prestassem atendimento médico hierarquizado e estratificado a um amplo círculo, que se estendia dos funcionários do governo a outros europeus,

aos africanos empregues pelo governo, e por último aos prisioneiros africanos. A medicina militar tendia a tratar doenças epidémicas, mas não endémicas, ignoravam os problemas das mulheres e crianças (a menos que eles fossem dependentes de militares), e estavam encarregues de estabelecer acampamentos no interior do qual havia controlo ambiental. A distância cultural entre os médicos e a população africana, juntamente com as ideologias racistas da época, tornava menos provável que os médicos coloniais iriam aliar-se aos assuntos da população (Feierman, 1985).

Finalmente, é de realçar o papel decisivo que a igreja católica jogou na ascensão do colonialismo português durante o regime do Estado Novo (1926-1974). O poder deste Estado estava assente no monopólio da soberania da aliança entre três instituições – administração pública, as forças armadas e a igreja católica. Às missões cristãs cabia o papel de expandir o ensino e o atendimento à saúde através das escolas e hospitais. Acreditava-se que os missionários poderiam melhor entender os hábitos culturais dos povos nativos através da evangelização e, dessa forma, conseguiriam eficazmente intervir e dominar o universo da saúde e da doença ao introduzir as concepções ocidentais do modo de cuidar. Encarnados como sinais concretos do estabelecimento da cristandade, os hospitais eram, ao mesmo tempo, fortalezas que resguardavam missionários, equipe médica e pacientes do ambiente ao redor. É por essa razão que, durante o referido período, tem-se as assistências, hospitalar e missionária, na prestação de cuidados com saúde em Moçambique.

A inserção da Igreja Católica, que tinha o estatuto de igreja oficial na comunidade, data desde a época da chegada dos portugueses a Moçambique. No caso de Lourenço Marques (Maputo), local escolhido para o estudo, para além da Igreja Católica, as Igrejas mais influentes foram a Presbiteriana, a Metodista Unida e a Anglicana. No contexto de atuação, a estratégia adotada pelo regime colonial foi a de “delimitar as áreas geográficas destinadas à atividade de cada uma, desde as ações de evangelização, construção de escolas missionárias e de infraestruturas sanitárias”, principalmente nas zonas rurais, habitadas fundamentalmente pelas populações indígenas (Gulube, 2003:96-97).

2.2.1. Implementação dos Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique (1930 a 1974)

Os modelos de instalação dos hospitais eram, num primeiro momento, os hospitais-palácio e os hospitais-fortaleza, grandes e imponentes, servindo os enclaves brancos e privilegiando os já privilegiados, conforme observou Cristiana Bastos (2014). Esse momento corresponderia à época moderna, imitando-se nas colónias o que se fazia em Lisboa. Um segundo momento, mais tardio, corresponderia a um esforço de atrair as populações locais recorrendo a alguns engodos – entre os quais o da imitação de algumas das suas práticas e materialidades (Bastos, 2014:192) analisados como sendo um processo mimético da cultura do colonizado, não implicando, portanto, a equidade cognitiva ou cultural do colonizador.

O modelo do hospital-palhota teve a incorporação de elementos locais, “nativos”, “indígenas”, caracterizados como sendo construções cafreais por possuírem formas ditas indígenas na arquitetura de um equipamento colonial, uma “africanização”, obviamente forçada, de um hospital de assistência europeia para africanos, promovida conscientemente no período tardio do colonialismo português, que, segundo a autora, não revela um programa generalizado de “fusão” de colonizadores e colonizados sustentada numa produção doutrinária com pretensões de teoria: o luso-tropicalismo, ou a crença em que os portugueses teriam protagonizado encontros coloniais mais interativos que os outros colonizadores europeus (Bastos, 1998; Bastos, 2014:190).

No caso de Moçambique, assiste-se a uma organização dos serviços de saúde oficiais que coexistiam com os serviços das missões anteriormente mencionados. Os Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique eram dirigidos por uma repartição central que, com o nome de Direção dos Serviços de Saúde e Higiene, funcionava junto do governo na capital da colónia³¹. As delegações de saúde estavam divididas em subdelegações cuja área de ação abrangia uma ou mais circunscrições administrativas onde funcionam postos sanitários de 1ª e 2ª classe, a cargo, respetivamente, de enfermeiros europeus e enfermeiros indígenas, que eram periodicamente visitados pelos subdelegados de saúde. É pertinente referir que, na tentativa de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde à comunidade, as Comissões de Melhoramentos

³¹ Subordinadas a esta repartição central há nove delegações de saúde, a cargo das quais está a Direção dos Serviços de Saúde e Higiene, em áreas que correspondem às grandes divisões administrativas da Colónia: Lourenço Marques (cidade e subúrbios num raio de 10 quilómetros), Lourenço Marques (área de antigo distrito de este nome), Gaza (área do antigo distrito deste nome), Inhambane, Tete, Quelimane, Moçambique (atual Nampula) Cabo Delgado e Niassa. Fonte: Primeira Exposição Colonial Portuguesa «Pôrto»: *Colónia de Moçambique, Serviços de Saúde e Higiene*. Lourenço Marques, Imprensa Nacional de Moçambique, 1934:3.

Sanitários³² definiram que passaria a haver, para além das duas categorias de classe já definidas, uma 3ª classe, que se constituiria dos membros das sedes das delegacias de saúde rurais, pois faria parte de uma unidade mista de assistência médico-sanitária e social: centro sanitário e social – enfermaria – maternidade³³.

A Direção dos Serviços compreendia as três repartições: Médica, Farmacêutica e Administrativa, que, por sua vez, dispunha do pessoal com as seguintes competências: Direção dos Serviços – Médico-Chefe; Subdiretor do Serviços e Chefe da Repartição Médica- Médico-Inspetor; Chefe da Repartição Farmacêutica - Farmacêutico-Inspetor; Adjunto Administrativo - Chefe da Repartição Administrativa³⁴.

³² Art.º 116.º do Decreto n.º 34.417 dizia que a composição dos melhoramentos sanitários era a seguinte: Presidente – o governador da província ou distrito; Vice-Presidente – o diretor provincial ou distrital de saúde e assistência; Secretário – o chefe da secretarial provincial ou distrital de saúde e assistência; Vogais – o delegado de saúde da sede da província ou distrito; O chefe da Repartição da Agricultura e Veterinária ou o delegada da sanidade pecuária da sede do distrito; o diretor provincial ou distrital das obras públicas; um representante dos proprietários do distrito, nomeado pelo respetivo governador. § Único. O governador poderá delegar no diretor provincial ou distrital de saúde e assistência as suas atribuições de presidente da Comissão de Melhoramentos Sanitários (Carvalho, 1961: 49).

³³ Carvalho (1961:51).

³⁴ Fonte: Primeira Exposição Colonial Portuguesa «Pôrto»: *Colónia de Moçambique, Serviços de Saúde e Higiene*. Lourenço Marques, Imprensa Nacional de Moçambique, 1934: 4.

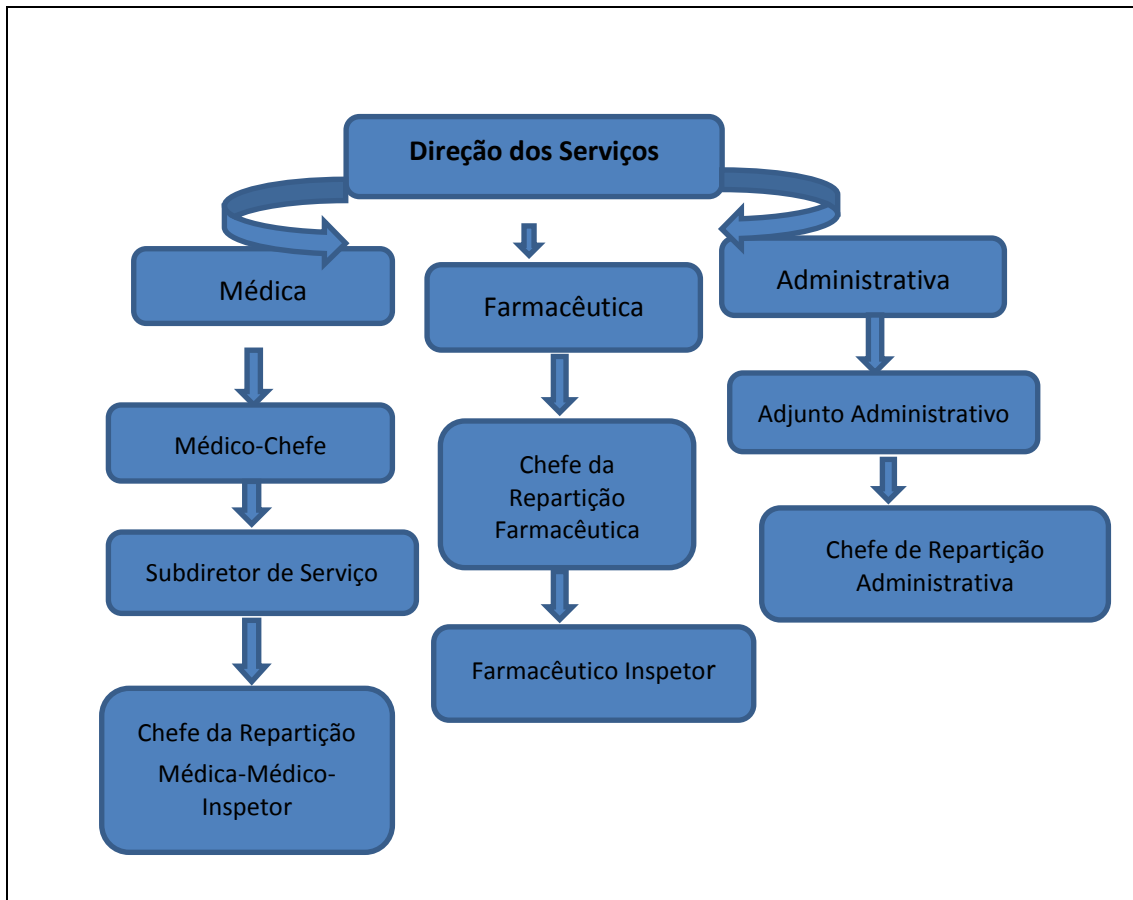


Figura 2.3. Organograma Estrutural da Organização dos Serviços de Saúde-1956

Na sede de cada uma das delegações de saúde existia um hospital do Estado provido dos recursos materiais indispensáveis para uma regular assistência médica e cirúrgica aos europeus e população local; todos tinham um laboratório para análises clínicas e bacteriológicas, e os mais importantes possuíam já instalações de Raios X. Em cada hospital estava anexa uma farmácia a cargo de um farmacêutico destinado a fornecer os medicamentos aos serviços de saúde oficiais da respetiva delegação, como também havia nestes hospitais enfermarias diferenciadas para europeus e a população local, onde as pessoas eram separadas de acordo com o sexo.

Para se ter uma ideia precisa de como estavam organizados os serviços saúde nesse período, em Moçambique, é importante entender a descrição da sua divisão sanitária:

Organização do sistema de saúde de 1920-1974	
Distritos	Repartições do sistema de saúde
1º Na capital (serviços de toda a Colónia)	Círculo de Saúde Direção dos Serviços de Saúde e Higiene;

	<p>Depósito Geral de Medicamentos e Instrumentos Cirúrgicos; Laboratório de Indústria farmacêutico; Hospital Central Miguel Bombarda; Laboratório de Análises Bacteriológicas e Clínicas; Laboratório de Análises Químicas, Bromatológicas e Toxicológicas; Parque Vacinogénico; Escola Técnica dos Serviços de Saúde; Inspeção do Exercício Farmacêutico Inspetor dos serviços de Assistência aos Trabalhadores Indígenas; Serviço de Combate à Lepra; Serviço de Combate à Tuberculose; Serviço de Combate ao Sezonismo; Serviço de Combate a outras endemias; Serviço de Estatística Sanitária; Serviço de Assistência Social Maternal e Infantil; Serviço de Alienados; Serviços de doenças do sono (integrado na Missão de Combate às Tripanossomíases)</p>
<i>A nível Local</i>	<p>Repartição Distrital de Saúde; Junta de Saúde Distritais; Comissão de Melhoramento Sanitário; Serviços Hospitalares; Sanidade marítima, aérea e de fronteira; Delegacias de Saúde; Gafarias; Dispensários pré-natais, de puericultura e outros.</p>
<i>2º No distrito de Lourenço Marques (atual Maputo)</i>	<p>Delegação de Saúde da Cidade e Subúrbios; Delegação de Saúde do distrito, abrangendo: Hospital Central, Laboratórios de Análises, Parque Vacinogénico e Escolas de Enfermeiros; Estação de Saúde do Porto, tendo anexos o Lazareto e o Posto Marítimo de Desinfecção; Manicómio para Indígenas em Marracuene; Gafaria da Ilha de Elefantes; Subdelegação de saúde: Magude, Manhiça, Maputo, Moamba e Namaacha; Postos sanitários de 1ª classe: Marracuene, Sábiè, Inhaca, Ressano Garcia e Uanetze; Postos sanitários de 2ª classe: Umbelúze, Lhanguene, Salamanga e Catembe.</p>
<i>3º No antigo distrito de Gaza (atual província com mesmo nome)</i>	<p>Delegação de saúde, na Vila de João Belo; Subdelegação de saúde: Manjacaze, Chibuto e Bilene; Postos sanitários de 1ª classe: Chongoene, Alto Limpopo e Guijá; Postos sanitários de 2ª classe: Languene, Maguijane, Magul, Massingire Gafaria de Malaíce.</p>
<i>4º No distrito de Inhambane (atual província de mesmo nome)</i>	<p>Delegação de saúde, na Vila de Inhambane; Subdelegação de saúde: Vilanculos, Inharrime, Homoíne, Zavala e Massinga; Postos sanitários de 1ª classe: Panda, Cumbana, Mocoduene, Morrumbene, Jangamo e Maxixe; Postos sanitários de 2ª classe: Rivane, Coguno, Manume, Zimane e Mangunhana; Gafaria de Rivane e Homoíne.</p>
<i>5º No distrito de Quelimane (atual província do mesmo nome)</i>	<p>Delegação de saúde na Vila de Quelimane; Subdelegação de saúde: Chinde, Pebane, Massingir, Maganja da Costa, Mocuba, Alto Molócuè, Ile e Milange; Postos sanitários de 1ª classe: Gurué, Nhamarrói, Muobede; Postos sanitários de 2ª classe: Mugeba, Moebaze, Mualama, Mulevala, Regone, Inhassunge, Mopeia e Zalala.</p>
<i>6º No distrito de Tete (atual província do mesmo nome)</i>	<p>Delegação de saúde na Vila de Tete; Subdelegação de saúde: Angónia, Báruè, Zumbo e Marávia; Postos sanitários de 1ª classe: Mutarara, Furuncungo e Muchena; Postos sanitários de 2ª classe: Mungári, Changara, Fíngoè, Zobuè, Vila Coutinho, Vila Gamito, Chicó e Ancuaze;</p>

	Gafaria de Panjono; Hospital de Segregação de doentes do sono na Benga.
7º No distrito de Moçambique (atual província de Nampula)	Delegação de saúde na cidade de Moçambique; Subdelegação de saúde: Angoche, Memba, Mossuril, Nampula, Ribáuè, Moma, Mogovolas, Malema, Lumbo, Meconta e Mogincual; Postos sanitários de 1ª classe: Nacala, Nampula, Nametil, Malema e Eráti; Postos sanitários de 2ª classe: Nacaroa, Murrupula, Muecate, Monapo, Matibane, Quilua, Sangaje, Bôila e Larde.
8º No distrito de Cabo Delgado (atual província do mesmo nome)	Delegação de saúde da Vila de Porto Amélia; Subdelegação de saúde: Mocímboa da Praia, Montepuez, Ibo e Macondes; Postos sanitários de 1ª classe: Palma, Mecúfi, Lúrio, Quionga e Mucojo. Postos sanitários de 2ª classe: Pundanhari, Quissanga, Macomia, Maidumbe, Nangade, Metuge, Chiure e Ancuabe. Grafaria de Maate.
9º No distrito do Niassa (atual província do mesmo nome)	Delegação de saúde em Vila Cabral; Subdelegação de saúde: Amaramba e Lago; Postos sanitários de 1ª classe: Metónia, Catur, Coboé e Maúia; Postos sanitários de 2ª classe: Litunde, Mandimba, Metangula, Unango, Mecanheles, Lucinge, Mecula e Maracotera.

Quadro 2.1. Organização do sistema de saúde de 1920-1974

Os preceitos respeitantes à assistência médica aos trabalhadores locais, diferenciados como indígenas, obedecem às disposições do Código do Trabalho dos Indígenas nas colónias portuguesas de África, aprovado pelo Decreto n.º 16:199, de 16 de dezembro de 1928, e constam no Regulamento do Trabalho dos Indígenas na Colónia de Moçambique, aprovado pela portaria n.º 1:180, de 4 de setembro de 1930. Na indicação de assistência aos indígenas (artigo 61.º) decreta que a assistência deve ser prestada “com a maior tolerância pela sua mentalidade, usos e costumes” e que, na sua “missão civilizadora”, o médico deverá “combater, com energia, mas sem violência, as práticas supersticiosas e de feitiçaria que atentem contra a saúde e robustez dos indígenas ou contribuam para o definhamento das suas raças”. Como complemento (artigo 62.º), decreta-se a construção de “aldeias-albergarias” nas imediações dos hospitais, para os doentes externos, que poderão beneficiar de tratamento e alimentação sem, todavia, estarem internados (Bastos, 2014:197-198). “As populações locais por norma recorriam aos sistemas médicos tradicionais, e somente quando os resultados eram insatisfatórios recorriam aos cuidados biomédicos, preferencialmente às missões – católicas e protestantes” (Redinha, 1975; Areia, 1990 *apud* Varanda, 2014: 599).

Na base deste as missões católicas portuguesas recebiam diversos subsídios, incluindo a prestação de serviços no âmbito de assistência sanitária. [...] temos, na maior parte delas, a mistura daquilo que é meramente ação técnica (assistência clínica dos pacientes) e aquilo que podemos classificar

de “alívio” espiritual, pois muitos dos médicos e pessoal paramédico era missionário, o que talvez tenha contribuído para o desempenho em simultâneo de duas missões, aparentemente distintas. [...] algumas atitudes assumidas pelos trabalhadores das missões que podem ser classificadas de “mobilização” dos pacientes para aderirem à igreja, na medida em que, a anteceder o início da jornada de trabalho diário, os presentes eram obrigados rezarem, ignorando se o doente era ou não daquela seita religiosa. [...]. Aliás chegaram mesmo a afirmar que a característica de humanismo do ato médico, foi denominador comum em todas as unidades (Gulube, 2003:97).

Foi determinado que os governos respetivos deveriam regulamentar as matérias de: Alimentação e Vestuário (art. 88.º); Higiene do Trabalho e da Prevenção de Acidentes (art.90.º). Assistência Médica em geral, nomeadamente as condições de instalação e de funcionamento dos serviços médicos privativos e das empresas.

No que toca à Proteção da Maternidade, o artigo 28.º dizia: nos casos de gravidez, parto e suas consequências, as empresas são obrigadas a dar às suas trabalhadoras efetivas os necessários cuidados médicos nos termos do artigo 223.º do Código de Trabalhador Rural.

No que concerne ao funcionamento dos Postos Médicos, é interessante perceber que a criação de categorias de 1ª e 2ª classe estruturam o nível e tipo de atendimento aos utentes. O artigo 43.º preconizava que os hospitais de 2ª classe deveriam dispor obrigatoriamente de instalações para: banco de socorros, enfermarias para homens, enfermarias para mulheres, e crianças, farmácia, isolamento, laboratório, secção de consultas externas, e instalações sanitárias. No 2º ponto do artigo acima referido, o número de camas destinadas a mulher e a criança não deveria ser inferior a vinte por cento do número de camas destinadas aos trabalhadores (Carvalho,1964: 20).

Para o caso dos hospitais de 1ª classe, o artigo 44.º declarava que as instalações deveriam dispor de: banco de socorro, enfermaria para homens, enfermaria de mulheres e crianças, maternidade, secção de cirurgia, secção de radiologia, secção de consultas externas, secção de isolamento, farmácia, depósito de medicamentos e material de penso, laboratório, e instalação sanitária. No 1.º ponto deste artigo, é referido que o número de camas destinadas à mulher e à criança não poderia ser inferior a vinte por cento do número de camas destinadas aos

trabalhadores; 3.º A maternidade constará de: sala para o período anteparto, sala de partos, enfermaria de puérperas, e sala de tratamentos³⁵.

A partir de 1928, os Serviços de Saúde entraram numa fase de grande atividade, sendo notáveis as realizações efetuadas em obras, a criação de novos serviços, e em aumento gradativo de pessoal. Numa análise mais global do contexto de desenvolvimento político mundial, nomeadamente a grande crise económica mundial entre 1929/39³⁶, tiveram forte impacto para o estado de saúde das populações autóctones, tal como os efeitos decorrentes da II Guerra Mundial (1939/45) poderão ter influenciado o alcance dos planos de desenvolvimento sanitário preconizados pelo regime colonial. Tais fatores poderão ter reduzido e condicionado a extensão da rede sanitária, tanto a nível material como ao nível de capital humano, impossibilitando a realização eficaz das ações sanitárias na sua globalidade. Portanto, foi necessária a intervenção das missões católicas no contributo da extensão da própria rede sanitária, por um lado, e do aumento da capacidade de prestação de cuidados à população, por outro, especialmente àquela que vivia em áreas rurais. Nas décadas subsequentes, a intervenção da igreja culminou em algumas ações que exigiram do Estado português atenção e proteção crescente à população indígena (Varanda, 2014: 598-599).

A reorganização dos serviços de saúde do “Império Colonial Português”, tal como é referido no decreto n.º 34.417, de 21 de fevereiro de 1945 assume-se como:

[...] instrumento de bio poder colonial: nota que os objetivos são primeiramente “amparar, defender e aumentar a população indígena”, lembrando que só ela pode extrair as riquezas de que a humanidade tanto precisa; em segundo lugar, almeja “facilitar a adaptação dos brancos nas regiões tropicais”. Para o efeito constitui-se uma rede sanitária geral para cada colónia, com hospitais centrais, hospitais regionais, centros de saúde e postos fixos. [...] Embora se diga que “nos hospitais coloniais é mester separar as instalações para europeus e assimilados das destinadas aos indígenas”, logo se afirma que não é por preconceito racial, como prova o fato de os nativos assimilados terem lugar junto dos europeus; a justificação aproxima-se do que hoje se chamaria sensibilidade cultural,

³⁵ *Idem*:20-21.

³⁶ Para além deste especto global, é necessário classificar que situação específica de Portugal, cuja economia colonial estava baseada no chamado “capital externo”, garantido pela exportação do capital estrangeiro. Para alterar tal situação, Portugal ensinou nesta fase a centralização administrativa, a redução dos direitos das companhias não portuguesa e a criação da zona monetária portuguesa.

“para atender às diferenças de mentalidade e hábitos”, onde por vezes apartheid e multiculturalismo se tornam indistinguíveis. A justificação é que “os indígenas só se sentem à vontade, e até moralmente confortados, quando não lhes falte certo ambiente a que estão acostumados” (Bastos, 2014: 197).

Por volta de 1956 já havia, em Moçambique, três grandes hospitais centrais de referência: na região sul do país - o Hospital Central Miguel Bombarda (actual Hospital Central de Maputo), em Lourenço Marques; na zona centro - o Hospital Central Rainha Dona Amélia, na Beira; Zona Norte - o Hospital Central Egas Moniz, em Nampula³⁷. No organigrama que se segue, podemos ter uma ideia mais precisa de como estava estruturado e organizado o sistema de saúde na província de Moçambique, mais especificamente na região ao Sul do Rio Save (Lourenço Marques- Maputo).

³⁷

Gulube (2003:49).

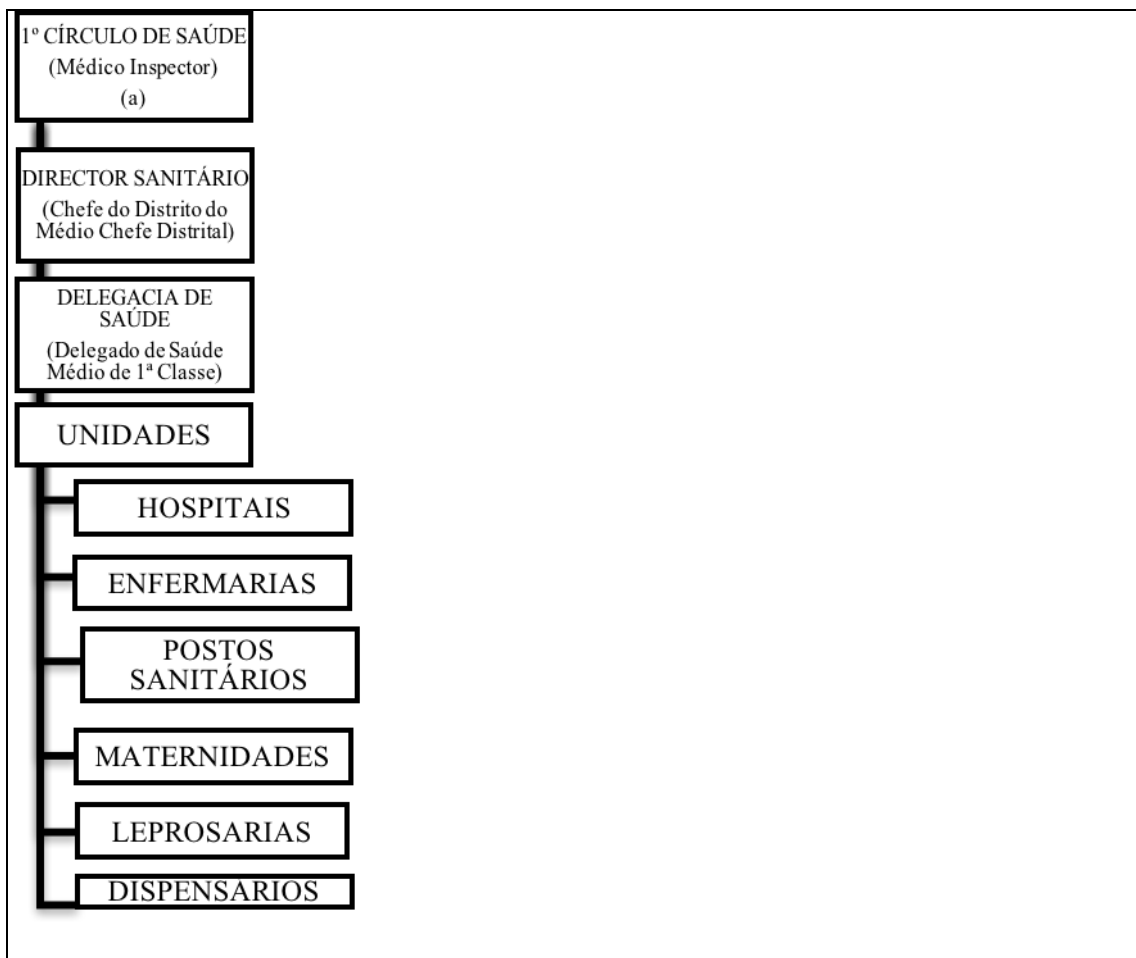


Figura 2.4. Ocupação Sanitária da Província de Moçambique Organigrama do Circulo de Saude do Sul do Save (1960-1974)

2.2.2. A evolução da organização da Rede Sanitária em Moçambique

O período que vai de 1945 até ao início de 1960 coincide com a fase considerada por diversos historiadores como a do apogeu do colonialismo português em Moçambique, pelo modo como Portugal intensificou as companhias de produção e exportação industrial. Foram operadas significativas mudanças e reformas na política colonial em Moçambique, processo que, embora não tenha sido de forma linear, levou a que, entre 1971 e 1973, a então Província de Moçambique ascendesse à categoria de “Estado de Moçambique”. O Estado Colonial procurou maior legitimidade, alargando às populações locais a sua presença efetiva, através de uma série de benefícios tidos como prerrogativas do Estado: saúde, ensino, segurança, vias de circulação, saneamento, entre outros.

Entende-se por benefícios prestados pelo Estado aqueles serviços que são prerrogativas do Estado, legitimando-o e garantindo a sobrevivência e o desenvolvimento da comunidade sob sua tutela, como sejam: a saúde, o ensino, a justiça a manutenção da ordem pública, o trabalho, a construção de infraestruturas, os transportes, as redes de saneamento ou a assistência social (Gulube, 2003:34). Naquela altura, o regime colonial contava com um conjunto de infraestruturas sanitárias que integravam um sistema de organização baseada nos princípios definidos pelo Decreto 34.417, 21/02/1945. Esta legislação foi mais tarde reforçada através da publicação dos Decretos 45.541 e 49.073, de 8/02/1964 e de 21/06/1969.³⁸

O antigo Instituto de Medicina Tropical (IMT) (português), atualmente, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)³⁹, publicou vários relatórios estatísticos sobre os Serviços de Saúde e Higiene da Província de Moçambique provenientes de fontes diversas⁴⁰, de modo a demonstrar uma evolução dos Serviços de Saúde na vigência do Decreto 34:417 de 21 de Fevereiro de 1945⁴¹, onde foi possível estabelecer planos definidos a executar em bases concretas e sem improvisação, que possibilitou o alargamento da atividade dos serviços em proveito da saúde e do bem-estar das populações, fato este que podemos considerar como sendo a «ocupação sanitária» do território de Moçambique, de acordo com Silva (1958:162).

Foi no quadro da aprovação do Decreto-lei 34:417 de 21 de Fevereiro de 1945 que se deu o desenvolvimento das atividades sanitárias, assinalando-se: a implementação das orientações sobre a necessidade de criação dos serviços de saúde especializados e das instituições de investigação médica; o impulso dado à saúde pública através das ações de imunização,

³⁸ Gulube (2003: 129).

³⁹ O atual IHMT foi criado a 24 de abril de 1902, por carta de lei do Rei D. Carlos I, como Escola de Medicina Tropical. Até então, e desde 1887, o ensino da medicina tropical era realizado na Escola Naval, destinando-se sobretudo aos médicos do Ministério da Marinha e Ultramar. O objetivo da nova escola era o do ensino e da melhoria do conhecimento científico dos problemas de saúde ligados aos meios tropicais e intertropical, especialmente no Ultramar Português. Em 1935, a Escola de Medicina Tropical foi transformada no Instituto de Medicina Tropical (IMT). Fonte: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto de Higiene e Medicina Tropical](http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_de_Higiene_e_Medicina_Tropical), Acesso Maio de 2014.

⁴⁰ Para mais informações ver os relatórios estatísticos: (Feio, 1953; Silva, 1958; Carvalho, 1964).

⁴¹ Silva (1958).

especialmente em relação às patologias consideradas de alta taxa de morbi-mortalidade⁴²; o reforço à extensão da rede sanitária com o surgimento de novas unidades, tanto na zona urbana como na rural; o esforço feito para que todos os médicos da metrópole que partissem para as colónias recebessem a preparação em Antropologia e Etnografia, para além dos conhecimentos específicos na área respetiva, ministrados pelo IMT; nas décadas de 40/50 registou-se a abertura de cursos para a formação de pessoal paramédico, com maior ímpeto nas décadas seguintes, com o surgimento de instituições específicas, incluindo a Faculdade de Medicina de Lourenço Marques; a Metrópole colonial passou a implementar as orientações emanadas da Organização Mundial de Saúde, como aconteceu com o cumprimento da notificação obrigatória das doenças transmissíveis; por fim, o acordo assinado em 1959 com a OMS para o início da campanha contra o paludismo (malária).

É importante salientar que os objetivos dessa reestruturação se centravam fundamentalmente em:

“[...] amparar, defender e aumentar a população indígena, onde haja, melhorando a sua cota do sanitário e o seu nível de vida”; “[...] Facilitar a adaptação dos brancos nas regiões tropicais, quer assistindo preventivamente e curativamente às pessoas, quer atuando para a transformação do meio” (Gulube, 2003, 131).

Do ponto de vista do fomento da saúde, verificou-se uma tentativa de reajustamento dos programas (com a introdução da componente “Conhecimento científico do território”, incorporado no Plano Intercalar [1965/1967], como premissa fundamental da introdução do programa de saúde pública), na tentativa de modernizar o sistema de saúde através da sistematização do conhecimento dos vários problemas do então território colonial (Gulube, 2003:45). Ao analisar o III Plano de Fomento (1968-1973), o autor constatou que existiam indicadores importantes que deveriam vincular “para uma planificação sanitária coerente”, mas que não fora encontrada a forma correta para a sua execução⁴³.

⁴² Como o caso da varíola (que foi completamente debelada a nível de todo globo), da tuberculose, difteria, tétano, poliomielite, sarampo, tosse convulsa, lepra e outras doenças epidémicas.

⁴³ O relatório de execução deste plano menciona que se deveria ter em conta: 1º Distribuição da população; 2º Pirâmide das idades; 3º Coeficiente de mortalidade geral e infantil, taxa de mortalidade por

Na generalidade, a organização de assistência hospitalar prevista na legislação aprovada em 1964, os Hospitais Centrais constituíram os locais privilegiados da ação médica, de modo a assegurar que as enfermidades de grande complexidade encontrassem neles a resposta técnica adequada, sendo que, no caso de Lourenço Marques (Maputo), esse nível de assistência estaria a cargo do então Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB), atual Hospital Central de Maputo (HCM). Essa função foi também mais tarde (1969), assumida em parceria pelo Hospital da Universidade de Lourenço Marques (HULM).

Quando se analisa a administração da rede de assistência estatal da província de Moçambique, observou-se que ela apresenta três componentes, a saber: a rede geral, a especializada, e a dos organismos dependentes, como mostra o organograma:

doença transmissível, taxa de mortalidade por grupo etária; 4º Taxa média de crescimento anual da população; 5º Densidade populacional; 6º Proporção das pessoas vivendo em zonas urbanas e zonas e rurais; 7º Determinação da vida média e tábuas de sobrevivência (Gulube 2003:82-83).

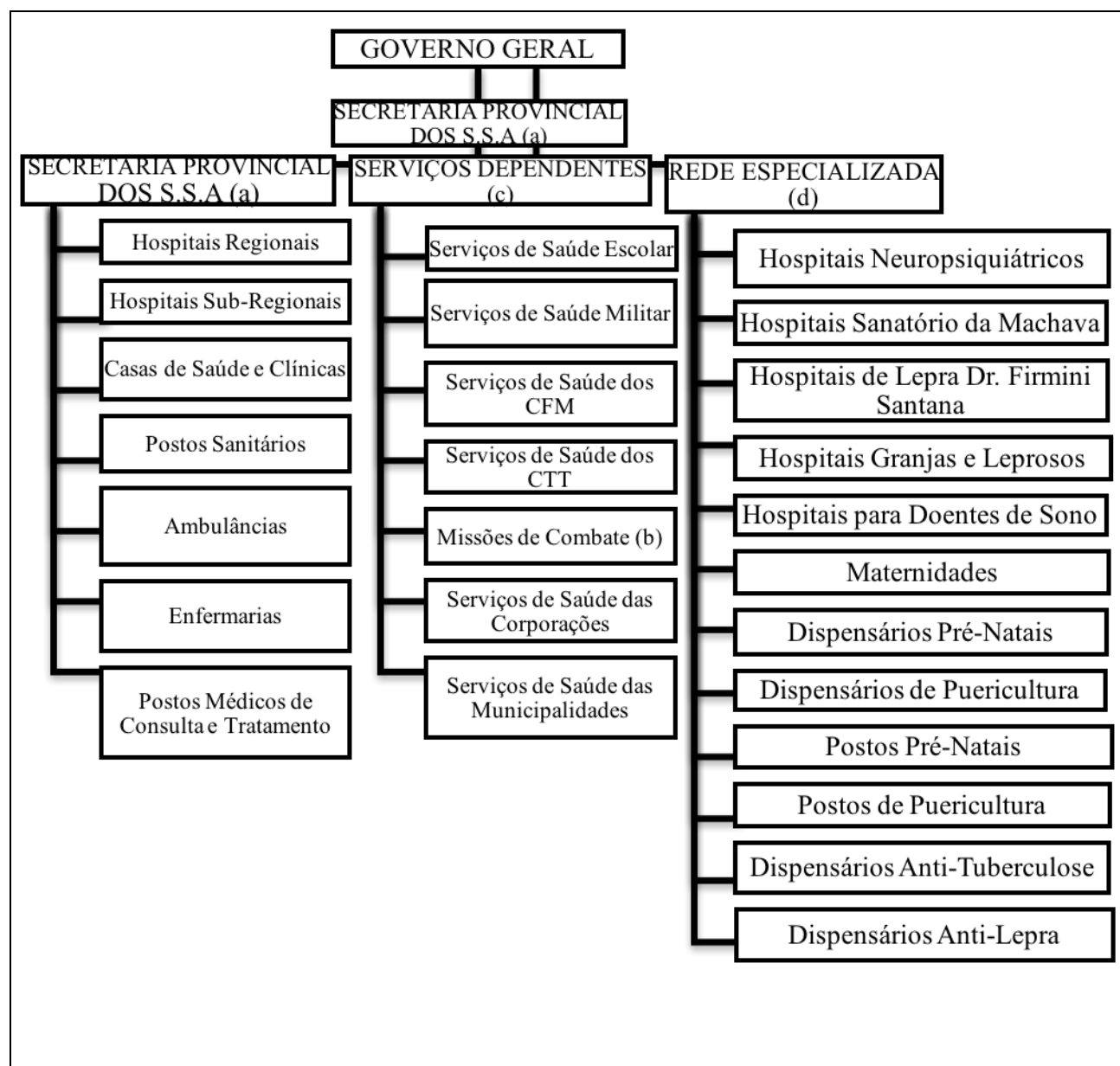


Figura 2.5 - Organograma da Rede de Assistência Estatal da Província de Moçambique (1960/1974)

2.2.3. Os serviços de assistência à saúde materna e infantil em Lourenço Marques até 1974

Como já foi mencionado, o Decreto n.º 16:199, de 16 de Dezembro de 1928, do Regulamento do Trabalho dos Indígenas na Colónia de Moçambique, aprovado pela portaria n.º 1:180, de 4 de Setembro de 1930, e o Decreto 45.541, de 8/02/1964, “cuja base se situa na promoção de saúde da população, com ações múltiplas dirigidas no sentido de alterar o habitat, tornando-o propício para a criação do bem-estar integral do Homem” trouxeram uma inovação no

que concerne à introdução do diploma da componente de assistência materno-infantil, onde foi necessário o estabelecimento de um vasto plano de saúde pública que incluía Serviços de Assistência Social-Maternidade e Dispensários (Gulube, 2003: 37).

No geral, deve-se assinalar que, apesar da existência de uma legislação à priori coerente com os princípios defendidos pela OMS, a sua implementação beneficiou em primeiro lugar a população de colonos através do Decreto nº 45:664, de 15 de abril de 1964, onde foi promulgado o regulamento do Hospital do Ultramar⁴⁴. O quotidiano influenciado por essas ideologias fez com que os africanos “reconhecessem” a “superioridade” do colonizador, alimentando, desta forma, as operações de dominação e de diferenciação nas hierarquias somáticas - que influíram diretamente nas hierarquias sociais e políticas, afetando, de forma sedimentada, o acesso aos cuidados de saúde.

Um dos esforços que foi feito é relativo à saúde materna. Por volta de 1926, existia uma única enfermaria de partos no Hospital Miguel Bombarda; já em 1944, aparecem mais 42 maternidades regionais. O primeiro dispensário de assistência pré-natal foi inaugurado em Lourenço Marques no ano de 1943. De 1946 a 1950, começam a funcionar os dispensários do bairro indígena na Cidade e em outras áreas do país. Em 1956, a assistência à grávida e ao recém-nascido passou a ser prestada em 148 maternidades⁴⁵, numa ânsia notável de atender, em especial, à população nativa, onde, ao longo dos anos, a fecundidade não estancou. No quadro

⁴⁴ Artigo 1.º O Hospital do Ultramar é um organismo dependente do Ministério do Ultramar, dotado de autonomia administrativa nos termos do Decreto-Lei 28326, de 27 de Dezembro de 1937, e sujeito à superintendência exclusiva da Direcção-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar. São suas atribuições: a) Prestar assistência clínica aos portadores de doenças adquiridas no ultramar, nomeadamente doenças tropicais; b) Assegurar o serviço escolar do Instituto de Medicina Tropical, auxiliando-o e coadjuvando-o na sua missão de investigação científica; c) Prestar assistência médica, cirúrgica e de especialidade a funcionários e respetivas famílias dos quadros ultramarinos, do Ministério do Ultramar, dos organismos dependentes e consultivos e a pessoal missionário; d) Prestar assistência médica, cirúrgica e de especialidade a todas as pessoas a quem a lei confira direito à referida assistência; e) Fazer a observação de funcionários sujeitos às juntas de saúde; f) Fazer o estudo e assegurar o tratamento complementar de doentes vindos do ultramar quando os recursos locais de tratamento se tenham tornado insuficientes; g) Preparar e aperfeiçoar o pessoal médico e auxiliar dos quadros de saúde e assistência ultramarinos. Fonte: <http://arquivos.ministerioultramar.holos.pt/>. Acesso 13/10/2015.

⁴⁵ Henriques (1998:163).

que se segue são aparentadas as estatísticas do serviço de saúde que dão conta da assistência e dos cuidados materno-infantis de 1946 a 1970.

Anos	Número de partos, casos de óbitos de doenças ou acidentes da gravidez, do parto e do puerpério	
	Casos	Óbitos
1946	14.233	66-4,6 por mil
1947	19.860	80-4,0 por mil
1948	24.293	69-2,8 por mil
1949	29.048	71-2,4 por mil
1950	30.080	72-2,3 por mil
1951	-	-
1952	28.175	96-2,4 por mil
1953	33.463	66-1,9 por mil
1954	33.815	82-2,4 por mil
1955	31.324	47-1,5 por mil
1956	32.713	66-2,1 por mil
-	-	-
1960*	1.363	7-1,74 por mil
1965*	1.571	19-4,44 por mil
1970*	2.107	21- 3,52 por mil

Quadro 2.2. Movimento das maternidades de 1946 a 1970.

Em suma, apesar de os serviços de cuidados da saúde colonial funcionarem num regime balizado pela hierarquização e estratificação social, a sua implementação conduziu mudanças na estrutura da organização social e comportamental dos indivíduos que estavam inseridos tanto na esfera urbana quanto na esfera rural. Para as populações locais, a introdução da taxonomia de caracterização e classificação das doenças originou um novo léxico de conceitos, representações e significados para situações de desequilíbrio do estado de saúde, ao mesmo tempo que contribuiu para a continuidade das práticas tradicionais por serem de fácil acessibilidade e estarem ao alcance da grande maioria da população autóctone.

2.3. A saúde pública e cuidados de saúde primários em África

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, reconheceu a saúde como um direito de todos os cidadãos do mundo. Em prol dessas novas preocupações com a saúde pública, nesse mesmo ano, foi criada a Organização Mundial de Saúde com a finalidade de coordenar e monitorar programas e financiamentos para cuidados médicos, medidas perinatais e de saúde reprodutiva, nutrição, saúde ocupacional e educação, etc. Em 1978, assinou-se a Declaração de Alma Ata, cujo objetivo foi definir estratégias nacionais de saúde através da criação de sistemas de cuidados de saúde primários (PHC) como uma política internacional em prol de “Saúde para todos até 2000” (Castro, *et al.*, 2004:63).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata organizada pela OMS e pela UNICEF, constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram. Atuam ao longo de todas as fases da vida e integram todas as modalidades de intervenção em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, terapêutica adequada, reabilitação e reinserção social (Ramos *et. al.*, 2012: 2). No pacote dos cuidados de saúde primária, estão incluídos: a vacinação, os serviços de saúde materno-infantil, planeamento familiar, controle de doenças endémicas e epidémicas, primeiros socorros, e sistema de referência para casos complexos.

A OMS definiu cuidados primários de saúde (PHC) sob o *slogan* “*Health for All By the Year 2000*” (HFA/2000), reconhecendo a importância do desenvolvimento multisectorial para a saúde pública através da participação da comunidade (PC) (Good, 1988:1) como um princípio fundamental. Não obstante, com as evidências do agravamento da pobreza e do acesso desigual à saúde foram tomadas várias iniciativas internacionais que começaram a sinalizar uma nova atitude global de luta contra o estado crítico da saúde das populações, culminando com a criação da Comissão de Macroeconomia em Saúde pela OMS em 2000. A maioria dos países da África Subsaariana adotaram formalmente o compromisso filosófico do PHC como estratégia de combate às epidemias devastadoras (HIV, Tuberculose e Malária), sujeitando-se às novas medidas internacionais de gestão da saúde para diminuição dos custos do sector, os quais foram

“submetidos às exigências dos ajustes macroeconómicos (SAP: Strutral adjustment program⁴⁶), incorporando os mesmos princípios neoliberais de “menos Estado”.

A Declaração de Alma Ata marcou uma aposta forte numa nova lógica de cooperação internacional em saúde, nomeadamente o domínio da atuação de agentes privados (organizações não governamentais como exemplo: UNICEF, USAID, PNUD, etc.), parcerias público-privadas e agências intergovernamentais que coorientaram as reformas no sector para intervenções tecnológicas e de produtos, enquanto enfraquecia consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas dos serviços de saúde dos Estados recetores dos financiamentos de organismos internacionais IFI-*International Financial Institution* através de políticas do SAP-*Structural Adjustment Program* (Pfeiffer & Chapman, 2010:150).

Desde os anos 80, a crise no continente africano deixava transparecer a necessidade urgente de reformas (Beyer *et al*, 2000). As finanças públicas apresentavam-se deficitárias e a corrupção, a “má governação” e o “neo-patrimonialismo” caraterizavam a atuação do Estado. As propostas do FMI e do Banco Mundial - liberalismo económico e estímulo dos mercados em detrimento da intervenção pública, traduzem-se em medidas como o estabelecimento de taxas de utilização dos serviços públicos, remoção de subsídios, despedimento de funcionários públicos, cortes salariais e privatizações (Alves, 2002: 3).

The IFIs [International, Financial Institution] provide loans and debt relief to a target country if certain conditions are met; governments must reduce their public sector workforce and lower remaining salaries, cut public sector budgets, remove subsidies and price controls, devalue local currency, sell stateowned enterprises and services, reduce taxes on foreing investment, weaken state environmental and labor regulations, and deregulate movement of capital (Gershman & Irwin 2000 *apud* Pfeiffer & Chapman, 2010:150).

Seguindo as políticas de ajustamento estrutural aplicados desde os anos 80, a maioria dos países africanos manteve a estrutura essencial de seus serviços médicos coloniais, segundo o

⁴⁶ “Strutral adjustment program (or SAPs) are the tool used by international financial institutions (IFIs) such as the International Found (IMF) and the World Bank at country level to promote the market fundamentalism that constitutes the core of neoliberalism. (...) SAPs refer to the country-specific agreements negotiaed by the IFIs with local minsties of finance that hae produced a cascade of profound politcal, economic, and social changes in the Third Worl” (Pheiffer et al., 2010:150).

modelo biomédico ocidental, e canalizaram fundos consideráveis para expandi-lo. O acesso aos serviços de saúde deixou de ser considerado um bem público, e as privatizações pioraram a situação, porque, de trás das lógicas económicas e políticas para a provisão pública ou privada de serviços de saúde, existem desacordos sobre se os cuidados de saúde são um direito ou um privilégio. Os argumentos para a oferta privada incorporam a visão de que a saúde é um bem e os cuidados de saúde seriam um privilégio (Turschen, 1999:3). Doravante, essa ideia de “participação financeira” partiu da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do Banco Mundial, que disseminaram uma filosofia concorrente ao alegarem que o sector público deve ser seletivo nos serviços que oferece e que a maioria dos cuidados de saúde está melhor entregue ao financiamento privado. A abordagem foi racionalizada com um ataque (às vezes justificado) às estruturas governamentais como ineficiente, mal gerido, e rigidamente burocrática (Turschen, 1999:4). Os decisores políticos que defendem a privatização estão confiando em regimes de seguro para ajudar as pessoas a custear os cuidados de saúde, no entanto, os níveis de renda ainda são muito baixos na África, onde apenas um número limitado de pessoas está empregado no setor formal, e nesse sentido, a cobertura de seguro só pode ser mínima.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, no encontro realizado em Ouagadougou, no Burkina Faso, de 28 a 30 de abril de 2008, reafirma os princípios da Declaração de Alma-Ata, de setembro de 1978, em especial, no respeitante à saúde como um direito humano fundamental e à responsabilidade dos governos de zelar pela saúde das suas populações. Após uma análise das experiências sobre a implementação dos cuidados de saúde primários em países africanos nos últimos trinta anos, a Conferência exprime a necessidade de os Estados-Membros, parceiros e comunidades acelerarem as medidas destinadas a melhorar a saúde. A Conferência reafirma igualmente a pertinência do envolvimento, participação e reforço do poder das comunidades no desenvolvimento sanitário para melhorar o seu bem-estar e reconhece a importância de parcerias concertadas, especialmente com a sociedade civil, o sector privado e os parceiros de desenvolvimento, para que os compromissos assumidos se traduzam em ações concretas:

I

A forte inter-relação entre os determinantes da saúde, tais como o desenvolvimento económico, governação, educação, género, segurança alimentar e nutrição, ambiente, paz e segurança, salienta a necessidade de responder aos

determinantes da saúde em África, especialmente em contextos com poucos recursos, onde as desigualdades em matéria de saúde e os problemas de acesso aos cuidados são mais graves.
<p style="text-align: center;">II</p> <p>Os países fizeram progressos desde Alma-Ata, nomeadamente em relação à erradicação da varíola e ao controlo do sarampo. E há resultados encorajadores na erradicação da poliomielite e dracunculose, e na eliminação da lepra, não obstante os vários obstáculos à consecução do objetivo da Saúde para Todos, incluindo as catástrofes provocadas pelo homem, crises económicas e financeiras, e a emergência do VIH/SIDA no início dos anos 80. Contudo será necessário acelerar os progressos em vários países africanos para alcançar os objetivos relacionados com a saúde acordados internacionalmente, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, até 2015. A abordagem dos Cuidados de Saúde Primários contém um grande potencial para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.</p>
<p style="text-align: center;">III</p> <p>A Conferência saúda o compromisso dos Chefes de Estado e de Governos para criar um ambiente favorável, nomeadamente no respeitante ao aumento dos recursos afetados ao sector da saúde, de modo a elevá-los, progressivamente, a, pelo menos, 15%, do orçamento nacional e saúda os termos da Declaração de Paris, de 2005, sobre a eficácia da ajuda, apropriação, harmonização, alinhamento, resultados e responsabilidade mútua. Contudo a Conferência exprime a sua preocupação sobre o fosso 10/90, na medida em que apenas 10% dos recursos mundiais dedicados à investigação e ao desenvolvimento na área da saúde incidem sobre os problemas de saúde que afetam 90% da população mundial. A Conferência expressa ainda a sua preocupação com os termos desfavoráveis das atuais trocas comerciais, os quais têm um impacto negativo sobre o desenvolvimento e a saúde em África.</p>
<p style="text-align: center;">IV</p> <p>A Conferência é encorajada pelos importantes êxitos no domínio da saúde, o renovado compromisso político assinalado pela adoção da Estratégia para a Saúde em África 2007-2015 da União Africana; a atual conjuntura, propícia ao desenvolvimento sanitário, e de que são exemplo o restabelecimento da paz, maior segurança e o crescimento económico em alguns países, assim como o crescente envolvimento das comunidades económicas regionais na área da saúde. A Conferência é ainda encorajada pelas novas oportunidades no domínio do financiamento internacional da saúde e a iniciativa do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em África.</p>
<p style="text-align: center;">V</p> <p>A Conferência exorta os Estados-Membros a:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Atualizarem as suas estratégias e planos nacionais, de acordo com a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários, visando o reforço dos seus sistemas de saúde, de modo a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, especialmente no respeitante: às doenças transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo; à saúde infantil, à saúde materna; aos traumatismos e ao fardo emergente das doenças crónicas;2. Utilizarem as intervenções de saúde prioritárias como ponto de entrada para a revitalização dos serviços de saúde, com base na abordagem dos Cuidados de Saúde Primários, incluindo os sistemas de referência; e acelerarem o processo de descentralização, privilegiando o desenvolvimento dos sistemas de saúde ao nível local, para melhorar o acesso, equidade e qualidade dos cuidados de saúde, por forma a melhor satisfazer as necessidades das populações em matéria de saúde;3. Promoverem a colaboração intersectorial e parcerias públicas-privadas, incluindo com a sociedade civil e as comunidades, de forma a melhorar a utilização dos serviços de saúde e atuar de modo apropriado relativamente aos determinantes económicos, sociais, demográficos, nutricionais, culturais e ambientais da saúde, incluindo as alterações climáticas;4. Implementarem estratégias para melhor fazer face às necessidades de recursos humanos para a área da saúde, e com vista a um melhor planeamento, reforço da capacitação de instituições de formação na área da saúde, gestão, motivação e retenção desses recursos humanos, para melhorar a cobertura e qualidade dos cuidados de saúde;5. Estabelecerem dispositivos sustentáveis para melhorar a disponibilização, o custo e o acesso aos medicamentos essenciais, produtos, consumíveis, tecnologias apropriadas e infraestruturas, através da afetação de recursos suficientes, da transferência de tecnologias, da cooperação Sul-Sul, da utilização de abordagens direcionadas para a comunidade, e de remédios tradicionais africanos;6. Reforçarem os sistemas de informação e vigilância e promoverem investigação operacional sobre os sistemas de saúde, com vista à tomada de decisões com base em dados factuais;7. Formularem e implementarem políticas e estratégias de financiamento da saúde, integrados no quadro geral de desenvolvimento nacional, que protejam os mais desfavorecidos e vulneráveis, em especial as mulheres e as crianças, garantindo ao mesmo tempo que o sistema de afetação dos recursos, por níveis de cuidados, seja equitativo e sustentável, e manterem o equilíbrio adequado entre as componentes de cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; desenvolverem e implementarem esquemas de seguro de saúde que evitem despesas de saúde catastróficas e assegurem solidariedade e proteção social; implementarem a Declaração de Abuja para a afetação progressiva, de, pelo menos, 15% do orçamento nacional à saúde; afetarem pelo menos 2% da verba do sector da saúde ao reforço dos sistemas nacionais de investigação sanitária e criarem centros de excelência em África;8. Promoverem a sensibilização das populações em matéria de saúde e, em especial, dos adolescentes e jovens; reforçarem as capacidades das comunidades no sentido de alterarem o seu comportamento e adotarem um estilo de vida mais saudável, ocuparem-se da sua própria saúde e

envolverem-se mais ativamente nas atividades da saúde; e criarem as condições favoráveis ao reforço do poder das comunidades para possibilitar o seu envolvimento nas funções governativas dos cuidados de saúde, de acordo com a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários.
VI As comunidades, incluindo a sociedade civil, devem procurar obter reconhecimento relativamente ao seu papel na governação dos serviços de saúde, em especial no que diz respeito a intervenções de saúde pública e demais intervenções de base comunitária relacionadas com a saúde; e explorar com os governos a possibilidade de empreender campanhas de advocacia junto dos membros das diásporas africanas para facilitar a sua participação efetiva em atividades de desenvolvimento.
VII A Comunidade Internacional deve: 1. Prestar aos países apoio técnico e financeiro coordenado e coerente, de longo prazo, para a elaboração e implementação de políticas de saúde e planos nacionais de desenvolvimento sanitário, em consonância com objetivos internacionalmente acordados, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio; e apoiar os Estados-Membros a traduzir as recomendações desta Conferência em ações concretas; 2. Aumentar os investimentos nos sistemas nacionais de saúde, prestando especial atenção à criação de recursos humanos para a saúde, garantindo assim que os países doadores honrarão o compromisso de afetar 0,7% do Produto Interno Bruto à Ajuda Pública ao Desenvolvimento; reafirmar o compromisso para a implementação dos princípios da Declaração de Paris, de 2005, e apoiar mecanismos de coordenação existentes, tais como a Parceria Internacional para a Saúde e a Harmonização para a Saúde em África.
VIII A União Africana e as comunidades económicas regionais devem manter a liderança política, reforçar a advocacia, a mobilização de recursos e o financiamento para o sector da saúde, e continuar a explorar formas de colaboração Sul-Sul no sector da saúde na Região;
IX A OMS, em concertação com os Estados-Membros e outras agências da ONU, deve criar um observatório de saúde regional e outros mecanismos com vista à monitorização da implementação desta Declaração e à partilha de experiências sobre melhores práticas.
X As agências das Nações Unidas, incluindo ONUSIDA, UNFPA, UNICEF e OMS, as instituições financeiras internacionais, em especial o Banco Mundial e o Banco Africano de Desenvolvimento, e outros parceiros internacionais da área da saúde devem prestar apoio para a implementação da presente Declaração, de acordo com as suas vantagens comparativas.

Quadro 2.3. Recomendações medidas destinadas a melhorar a saúde em África

2.4. A nacionalização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) no Moçambique pós-colonial

2.4.1. MISAU: natureza vocacional, organização administrativa e expansão do serviço de saúde

Com o término da guerra de descolonização (1974) e com a proclamação da independência em 1975, a FRELIMO – primeiro governo no poder – tinha como prioridade restituir ao povo moçambicano os direitos que lhes tinham sido negados pelo regime colonial. Foi nesse quadro geral que o Comité Central do Partido apresentou propostas para a transição da “Revolução Democrática Nacional” à “Revolução Democrática Popular ou de Massas” (Bellucci, 2007:137).

A “Organização Democrática de Massas” constituía uma nova configuração político-administrativa que, numa primeira fase, era composta por pequenas unidades de um sistema de autogestão que compreendiam: as “Células do Partido”, os “Tribunais Populares”, os “Grupos

Dinamizadores”, e outras entidades, como a “Organização da Mulher Moçambicana”, a “Organização dos Trabalhadores Moçambicanos”, e a “Organização da Juventude de Moçambique”, que assumiram a gestão de fato (Matsinhe, 2006: 31).⁴⁷

Com a nova política administrativa já configurada, as chefaturas tradicionais, os regulados, os curandeiros e os praticantes da medicina tradicional, existentes desde o período colonial, foram perseguidos e “[...] no mínimo expostos a humilhações públicas como praticantes de valores tidos como tradicionais, obscurantistas, ultrapassados e como promotores da desordem na sociedade” (Honwana, 2002; Matsinhe, 2006; West, 2009).

Assim, dentro de um sistema monopartidário, onde não se tolerava qualquer margem de diferenças de opiniões, a Frelimo tentou criar o que considerava uma nação “socialista moderna”, “sem discriminação racial”, “sem tribalismo”, “sem regionalismo” e, sobretudo, “não obscurantista”. No afã de erradicar o tribalismo que, aos olhos da Frelimo caracterizava Moçambique, embarcou-se em políticas de ostracização e aniquilamento de todos os aspetos que pudessem representar resquícios de “um passado colonial” e “tradicional” com o qual se queria, a todo o custo, romper, numa perspetiva que inspirava dismantelar as estruturas de funcionamento do sistema colonial e tradicional “retrógrado” para implementar o “novo” sistema socialista (Matsinhe, 2006: 30).

O Estado tomou conta de quase todos os sectores em Moçambique, não apenas das unidades produtivas, na cidade e no campo, mas em todos os domínios da vida social⁴⁸. A ideia era desencadear o processo de mudança e modernização do país através da educação, tendo sido

⁴⁷ Todas as anteriores estruturas de poder e organização social foram classificadas como “lacaías do imperialismo” que deveriam ser abolidas e substituídas por aquilo que era designado como “Organizações Democráticas de Massas”.

⁴⁸ Na cidade, o abastecimento familiar passou a ser garantido a preços reduzidos a todas as famílias, independentemente da renda, através de um cartão que dava direito a uma ração básica proporcional aos membros da família. As boutiques, os barbeiros, os postos de gasolina, os cinemas e os mercados atacadistas e varejistas, os hotéis e os restaurantes, e até os bares eram do Estado, embora alguns fossem do partido, e todos funcionavam precariamente. O projeto rejeitava o colonialismo e as suas estruturas organizacionais, mas também a sociedade linhageira, “fustigando, com o mesmo ardor, as relações de solidariedade, de parentesco e de simbolismo tradicional.

promovidas campanhas de massificação do ensino primário, incluindo programas de alfabetização e educação de adultos⁴⁹.

Por volta de 1976-1983 com a nacionalização dos diferentes sectores da sociedade surge a necessidade da criação do Ministério da Saúde (MISAU), onde o Planeamento Central dá maior enfoque às seguintes modalidades: a) aos cuidados de saúde primários; b) à expansão da rede sanitária; c) à campanha nacional de vacinação; d) à aprovação da Lei de socialização da medicina; e) à publicação do primeiro formulário de medicina.

O Ministério da Saúde de Moçambique é o órgão central do aparelho do estado que, de acordo com os princípios, objetivos e tarefas definidas pelo Governo, visa a ser uma entidade governamental impulsionadora dos cuidados de saúde de qualidade ao cidadão através da conceção de políticas e gestão de programas que promovam ações de prevenção e combate a doenças.

O serviço de saúde em Moçambique é composto dos sectores: público, privado e comunitário. O sector público constitui o principal veículo de prestação de serviços de saúde à escala nacional. Por sua vez, o sector privado é constituído por instituições com fins lucrativos e não lucrativos, e o sector comunitário é formado basicamente pelos denominados agentes polivalentes elementares (agentes comunitários) (OMS, 2014).

Ainda dentro do quadro das reformas de nacionalização do sector dos serviços da saúde dirigidos pelo Estado, os hospitais, as clínicas particulares, os equipamentos, os funcionários das clínicas privadas e das empresas de funerária foram abrangidos, e a prática da medicina privada ficou oficialmente proibida. Em consequência dessa medida, todo o sistema de saúde foi reorganizado, buscando atender às necessidades das grandes massas populacionais sem fazer distinção entre os nacionais e os estrangeiro residente no país, independentemente da sua pertença social, étnica ou religiosa. Além disso, as consultas, os exames, as internações e as intervenções cirúrgicas passaram a ser gratuitas e os medicamentos vendidos a preços reduzidos, como ainda ocorre nos dias de hoje em grande parte do país.

Todavia, essas nacionalizações, associadas à propaganda oficial socialista fortalecida pelos dogmas de um estado laico e a alienação do sistema tradicional de poder e gestão social, teriam contribuído para agodizar a crise de governação já existente, de maneira que fumentou o

⁴⁹ Para mais informações sobre a massificação do ensino em Moçambique, vide Mazula (1995).

clima de animosidade no interior de Moçambique, e que serviu de justificativa para a continuidade dos conflitos armados durante a guerra civil que se prolongou por 16 anos⁵⁰ e levou o país a uma profunda crise, deixando marcas significativas no sistema de saúde pública. “Nos hospitais, gratuitos, estendiam-se filas enormes e o atendimento era precário. Não havia estrutura e nem material para atender a toda a população, apesar das igualdades de condições com que isso era realizado” (Bellucci, 2007:148).

Quanto ao sector privado com fins lucrativos, este está a desenvolver-se gradualmente, especialmente nas grandes cidades. Contudo, o crescimento ulterior desses operadores está condicionado ao aumento dos rendimentos dos agregados familiares. A política de saúde em vigor reconhece o papel do sector privado na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, e as relações público-privado estão sendo exploradas no país, através de iniciativas de contratação de serviços prestados por Organizações Não Governamentais (ONGs). Existe também, ainda que incipiente, o processo de prestação de cuidados de saúde pelo sector privado com fins não lucrativos, este é feito essencialmente pelas ONGs estrangeiras e algumas entidades religiosas de comum acordo com o Ministério da Saúde (MISAU). O SNS está organizado em quatro níveis de atenção que se classificam em:

- I. Primário - constituído por Postos e Centros de Saúde;
- II. Secundário - constituído por Hospitais Rurais e Gerais;
- III. Terciário - constituído pelos Hospitais Provinciais;
- IV. Quaternário - constituído pelos Hospitais Centrais e Especializados.

O nível primário (I) corresponde aos Centros de Saúde, sua função é executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas Unidades Sanitárias (US) constituem o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde. O Centro de Saúde, tendo sob a sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde.

⁵⁰ A crise político-militar instalada foi agravada pelas vagas de crises alimentares que assolaram o país em decorrência das cheias e secas que fustigaram Moçambique no início dos anos 80, para além da baixa produtividade nacional e das doenças como a malária e a cólera.

O nível secundário (II) é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e tem como função prestar Cuidados de Saúde Secundários, constituindo-se como o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde.

O nível terciário (III) é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais, bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não têm Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferidos.

O nível quaternário (IV) é composto pelos Hospitais Centrais e se constitui como referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais, bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações. Neste nível, situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade⁵¹.

O sector da saúde em Moçambique obedece a uma estrutura político-administrativa e é composto por três níveis: central, provincial e distrital, cujas funções permitem a prestação de cuidados de saúde à população moçambicana.

O Nível Central é um órgão orientador e de definição de políticas, normas, regulamento, e todas as diretrizes necessárias para a planificação estratégica do sector como um todo. Define as principais estratégias do sector que servem de orientação para a planificação a nível provincial e distrital. Neste nível, encontra-se centralizada a gestão financeira de bens de capital, como os grandes investimentos nas redes secundária, terciária e quaternária; aprovisionamento de transporte e equipamento, além das despesas com medicamentos. É importante a centralização da gestão dos fundos, como também carece de pessoal qualificado para a levar a cabo adequadamente, garantindo o aprovisionamento dos mesmos a todos os níveis.

O Nível Provincial desempenha funções de planificação, tendo em conta as orientações estratégicas definidas centralmente, mas adequando-as à situação real de cada província. Neste nível, são coordenadas as atividades de saúde dos distritos, através de planos anuais, com metas estabelecidas para vários programas prioritários. Ainda garante o armazenamento e distribuição

⁵¹ Conceição (2011: 13).

de materiais e medicamentos para toda a rede sanitária da província e que se cumpram as normas e regulamentos definidos a nível central. Quanto às despesas de funcionamento, há a tendência de descentralizar os salários e as despesas de manutenção para as províncias, ao passo que a maior parte dos fundos para infraestruturas continua a nível central.

O Nível Distrital é a entidade que, em harmonia com o nível provincial, implementa os planos concebidos a nível distrital de acordo com as prioridades definidas pelo sector. O distrito, através da sua rede sanitária, permite a prestação de cuidados primários de saúde às comunidades mais recônditas, proporcionando igualmente uma atenção diferenciada nas sedes distritais⁵².

É importante ressaltar que esta estrutura político-administrativa se encontra num processo de descentralização liderado pelo Ministério da Função Pública e que por isso nem sempre estão claras as funções em cada nível. Por outro lado, a capacidade de planificação e gestão nos distritos, apesar de estar a melhorar, é ainda débil. O diagrama 3 é referente a forma como está hierarquicamente concebida a estrutura organizacional e funcional do MISAU.

⁵²

MISAU, 2007.

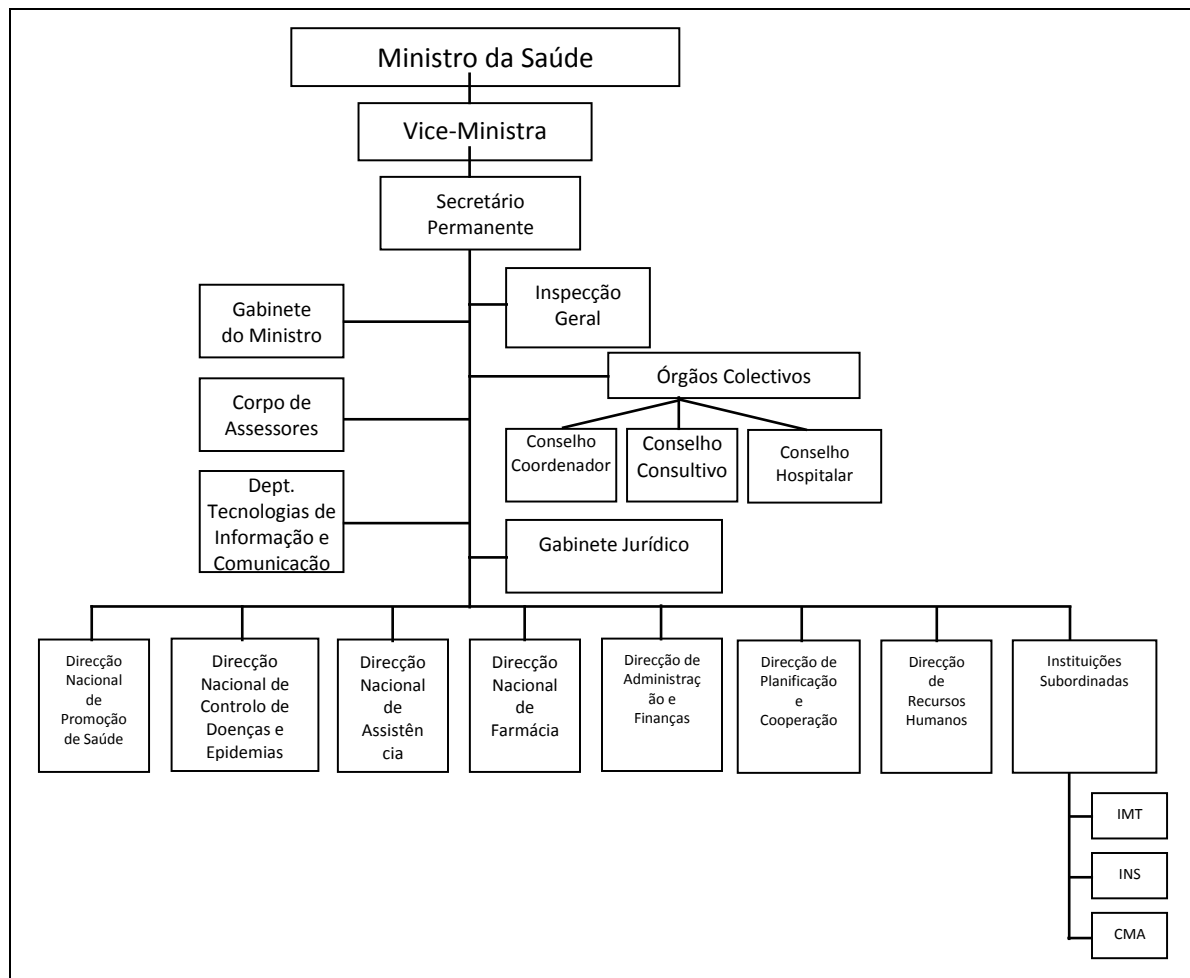


Figura 2.6. Organograma do MISAU

No que concerne à expansão do SNS, é pertinente recordar que, durante a guerra civil, as instalações do SNS foram um alvo militar (com consequente destruição da rede sanitária). Com a crise económica de 1982-1992, a fome, as epidemias e a seca, Moçambique tornou-se um país carente e dependente do financiamento externo, com subsequente liderança das agências de ajuda externa e predomínio das atividades das ONGs.

Diante do cenário da falta de capacidade de gestão e das dificuldades económicas, humanos, e materiais imperantes, o governo começou assim “a sua peregrinação internacional em busca de ajuda” do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (Matsinhe, 2006:33), e um dos condicionantes para obtenção da ajuda externa era a assinatura dos Acordos de

Nkomati⁵³, com o governo do regime do *apartheid* sul-africano. Para obtenção do benefício da ajuda externa o Estado moçambicano, a contragosto, assina o Acordo em 1984 e, a partir daí, começa a fazer uma viragem das suas linhas de orientação política e ideológica.

Nesse âmbito, por volta de 1987, o MISAU passou por diferentes reestruturações, com a proliferação dos projetos de emergência e planos de reconstrução, que culminam em 1991 com a oficialização do SNS (Lei21/91) e a abertura à prática da medicina privada (Lei 26/91). Em termos de saúde pública, o período de 1992-1994 é considerado transitório, inserindo-se numa crescente unificação do país em termos administrativos. O MISAU lança o Programa para a Reconstrução do Sector da Saúde (PRSS), integrado num programa sectorial esboçado e financiado em coordenação com os doadores externos, que foi oficialmente adotado em 1995.

Ainda em termos de organização e alargamento do SNS, o último censo (Instituto Nacional de Estatística, 2009) mostrou que houve uma considerável expansão na cobertura a nível nacional, com o aumento do número de hospitais (de 27 em 1995 para 52 em 2009) e dos centros de saúde (de 240 em 1995 para 1018 em 2009).

A redução do número de Postos de Saúde (de 679 em 1995 para 254 em 2009) e o aumento dos Centros de Saúde (de 240 em 1995 para 1 018 em 2009) são explicados pela mudança de categorização e classificação de Posto de Saúde para Centro de Saúde, decidido pelo Diploma Ministerial n.º 127/2002 de 31 de julho, de acordo com o tipo de atividades realizadas, as composições das equipas de trabalho e o material em cada um dos sectores⁵⁴. A partir daí pode

⁵³ A partir desse acordo, Moçambique deveria parar de fornecer apoio a retaguarda ao Congresso Africano (ANC) e a África do Sul, por seu turno, deveria parar o apoio logístico que fornecia à Renamo em Moçambique; o segundo condicionalismo obrigava Moçambique a aderir às instituições de Bretton Woods (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional); o terceiro condicionalismo obrigava o país a admitir a entrada de ONGs internacionais em Moçambique para a realização dos trabalhos de distribuição de ajuda alimentar os seus programas e projetos desenvolvimentistas à margem do Estado (Hanlon,1997; Newitt, 2002 *apud* Matsinhe, 2006).

⁵⁴ Sobre transformação dos Postos em Centros de Saúde na Seção IV do Artigo 11 preconiza que no prazo máximo de 6 meses a partir da publicação deste Diploma Ministerial, nomeadamente no artigo 4, 6, 14, 16 e 17, as Direções Provinciais de Saúde farão propostas para que, no prazo máximo de 5 anos os atuais Postos de Saúde situados em zona rural e cobrindo na sua zona de influência direta, pelo menos 7500 habitantes, ou situados em zonas urbanas e cobrindo na sua zona de influência direta, pelo menos 10 000 habitantes, se tenham transformando em CS. No que respeitante aos atuais Postos de Saúde, não cobrindo no seu raio de influência direta, o número de habitantes acima indicado, as Direções Provinciais

ver-se o aumento de CS⁵⁵, como mostra o quadro (2.4) mais a baixo, que, por seu turno, classificam-se em CS Urbanos (do tipo A, B, C) e Rurais (do tipo I, II), sendo os CS Urbanos localizados em zonas urbanas e os CS Rurais, em zonas rurais. Porém, os CS com internamento, que servem essencialmente a populações rurais, são considerados CS Rurais, mesmo quando situados em centros urbanos⁵⁶.

O número de camas do SNS – de 13.870 em 1995 para 18.778 em 2009 – tem vindo a aumentar ligeiramente, o que, em comparação com o aumento importante de número de camas na maternidade (de 3.840 para 6.473), pode indicar que este último aumento se deveu a reclassificação de Unidades Sanitárias (US) para Centros de Saúde (CS) e Hospitais.

	1995	1999	2004	2009
Total unidades hospitalares	946	1 155	1 249	1 324
Hospitais (a)	27	42	45	52
Centros de saúde	240	353	729	1 018

de Saúde devem considerar a possibilidade de incorporação desses Postos de Saúde na Rede Comunitária, como alternativa à sua transformação em CS (MISAU, 2002)

⁵⁵ Os CS têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários e constituem o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde, tendo sob a sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, devem assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde. Todos os CS farão o estudo e o recenseamento físico, geográfico, demográfico, socioeconómico e cultural da área de Saúde e dispensarão as seguintes componentes dos CPS: **a.** A Educação Sanitária; **b.** Programa Alargado de Vacinação (PAV); **c.** Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar (SMI/PF); **d.** Promoção do saneamento do meio e das atividades de vigilância e de controlo da higiene do ambiente; **e.** Garantia de qualidade da água e dos alimentos; **f.** Educação nutricional, promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais; **g.** Prevenção e controlo das principais doenças endémicas, com respeito pelas respetivas estratégias de luta; **h.** Diagnóstico clínico (com ou sem apoio laboratorial) e tratamento das infeções correntes; **i.** Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos tratamentos mais vulgares; **j.** Distribuição de medicamentos essenciais; **k.** Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios periódicos. Competente ainda aos CS a: **1.** Supervisão e apoio logístico e técnico às ações de Saúde e de saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da área de Saúde (Aldeias e Localidades); **m.** Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível; **n.** Gestão dos recursos que lhes foram atribuídos (Misau, 2002).

⁵⁶ Para ver mais sobre as categorias, competências e funções de cada um destes tipos de CS, ver anexo B

Postos de saúde	679	760	475	254
Total Camas	13 870	15 214	17 071	18 778
Maternidade	3 840	4 234	5 139	6 473
Outras	10 030	10 980	11 932	12 305
Total Pessoal	7 277	9 732	10 082	20 889
Superior	446	518	490	1 567
Médio	1 211	1 950	2 344	6 070
Básico	4 067	4 299	4 882	10 076
Elementar	1 553	2 965	2 366	3 176
Apoio geral	5 433	1 192
Veículos	...	466	546	428
Motorizadas	864	469
Geleiras	...	875	1 686	1 759

Quadro 2.4. Recursos do SNS, Unidades Sanitárias (hospitais) a nível de todo o país.

De acordo com Conceição (2011):

As profissões de saúde em Moçambique têm sofrido evoluções desde a independência num esforço enorme para responder às condições particulares do país. Existe um vasto corpo de “clínicos não médicos” de entre os quais se destacam os técnicos de cirurgia. A formação do pessoal de saúde é, maioritariamente, da responsabilidade do Ministério da Saúde. O Ministério da Educação faz a formação de médicos e mais alguns profissionais de nível superior. Os funcionários públicos da saúde são classificados de acordo com a sua carreira (por exemplo: médica, técnica de medicina, medicina preventiva e saúde pública, enfermagem, laboratório, farmácia) e o nível académico (superior, médio com especialização, médio, básico, elementar e apoio geral) (Conceição, 2011: 17)

O quadro 2.5 mostra a evolução numérica de quatro grandes grupos de profissionais desde a independência até aproximadamente aos dias atuais.

	1977	1987	1990	2000	2006
Médicos	285	327	154/387	424	606
Enfermeiros	1 960	2 871	3 541	3 664	4 249
Enfermeiros SMI	430	*	778	1 414	2 829

Técnicos de cirurgia	*	10	*	40	50
----------------------	---	----	---	----	----

Quadro 2.5. Número de médicos, técnicos de cirurgia, enfermeiros, enfermeiros SMI de 1975 a 2006

Segundo os dados da UNICEF, em 2014 foram atribuídos ao Sector da Saúde 19,1 mil milhões de Meticais (o equivalente a 635.8 milhões de USD), o que constitui um aumento de 21% em relação ao orçamento de 2013. Essa alocação representa uma quota de 7,9% do total do Orçamento do Estado. O Sector da Saúde previu gastar, em 2014, 762 MZN por cada moçambicano. Este montante equivale a 42 USD do PPC (Paridade do Poder de Compra). Apesar desta alocação per capita constituir um recorde, Moçambique ainda está longe de alcançar a média da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), que é de 266 USD por cada cidadão⁵⁷.

Os recursos internos que são a parte correspondente do financiamento estatal representam uma parcela maior do orçamento sem precedentes. Em 2014, em cada 100 MZN alocados ao Sector da Saúde, 78 MZN provêm dos recursos internos, o que demonstra um aumento significativo relativamente aos 48 MZN partilhados em 2010. As informações chave estão publicadas e disponíveis na Lei do Orçamento do Estado de 2014. Os objetivos do PESS incluem (1) acelerar o progresso na redução da mortalidade materna; (2) acelerar o progresso na redução da desnutrição crónica; (3) reduzir as doenças endémicas, como a malária, HIV e tuberculose; (4) manter o progresso na redução da mortalidade infantil em crianças com menos de cinco anos e; (5) manter ou reduzir as doenças não-transmissíveis e traumas (UNICEF, 2014). Nos últimos sete anos, o sector da saúde conseguiu executar em média 80,1% do seu orçamento. Este valor está significativamente abaixo da média de execução do Orçamento do Estado, que é de cerca de 85,4% no mesmo período de tempo. Dados sobre a Saúde dos últimos cinco anos indicam claramente a desconcentração financeira por parte da província em relação ao distrito, porém essa desconcentração é baixa quando se trata do nível Central para o nível Provincial/Distrital.

2.5. O início da Planificação Sectorial Ampla (SWAp)

⁵⁷ UNICEF, 2014, Informe Orçamental Sector da Saúde em Moçambique.

O SWAp em Moçambique foi desenvolvido pelo governo e seus parceiros de desenvolvimento, em resposta a uma situação problemática do sector de saúde no final dos anos de 1990. Nos termos de referência da Abordagem Sectorial Ampla à Programação, designado SWAp Saúde, foram estabelecidas as linhas de trabalho para a operacionalização e acompanhamento dos compromissos sobre harmonização e alinhamento definidos na Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda de 2 março 2005, e assumidos pelo Governo de Moçambique e seus Parceiros⁵⁸.

O SWAp Saúde é uma abordagem que visa a criar um fórum ativo de discussão e análise de políticas e estratégias relacionados com o sector da saúde, bem como a possibilidade de haver espaço para um diálogo técnico entre o MISAU, outros Ministérios chave, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA e os seus Parceiros de Cooperação (Bilaterais, Multilaterais, iniciativas globais, organizações da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais, sector privado, associações médicas e instituições académicas), no contexto do PARPA⁵⁹ e do desenvolvimento socioeconómico do país, independentemente das modalidades de ajuda.

Uma grande quantidade de doadores e assistência fragmentada fornecia fortes incentivos para o governo “tomar de volta o controle” do sistema nacional de saúde e pavimentou o caminho para o surgimento do SWAp, que impulsionou a criação de um fundo de saúde comum (conhecido como Pró-saúde)⁶⁰. Os programas de ajustamento estruturais e o papel das ONGs têm sido chamados a preencher as lacunas nos serviços públicos criados pelo Fundo Monetário Internacional/Banco Mundial promovidos pelos programas de ajustamento estrutural (SAP) que, normalmente, reduzem os gastos do governo com a saúde (Turshen, 1999; Pfeiffer, 2003; Pfeiffer & Chapman, 2010).

Pelo final de 1990, o Serviço Nacional de Saúde recebeu cerca de 50% das despesas correntes e 90% das despesas de capital de doadores internacionais. O orçamento do Estado paga salários nacionais de pessoal, enquanto os doadores pagam expatriados que trabalham no âmbito do SNS. Grande parte do financiamento externo para o SNS veio na forma de ajuda a projetos dirigidos para objetivos específicos identificados pelos doadores (Pfeiffer, 2003:728).

⁵⁸ MISAU, Direção de Planificação e Cooperação, Maputo 2007.

⁵⁹ Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta

⁶⁰ <http://www.who.int/healthsystems/gf7.pdf>, Acesso 08/09/2014.

Uma vez que Moçambique tinha redes de PHC relativamente bem desenvolvidos e um conjunto de programas comunitários de saúde, muitas agências estrangeiras tentaram enxertar os seus projetos para o sistema de saúde. Os mais populares dos programas governamentais escolhidos para apoio foram os que se prendem com a saúde materno-infantil, como formação da parteira tradicional (TBA) e assistência pré-natal, brigadas de vacinação móveis, nutrição e monitorização do crescimento, prevenção contra SIDA e educação para a saúde. Meneses (2000) argumenta que, na prática, o quadro da saúde pública desenvolvido pelo Estado moçambicano após a independência coloca uma ênfase especial no sector preventivo, tentando, através dos chamados “cuidados de saúde primários”, trabalhar em profundidade com a maioria da população do país, rural ou periurbana, através do estabelecimento de uma vasta rede de unidades e de agentes sanitários capazes de prestar cuidados de saúde elementares, bem como de promover a saúde pela educação e pela melhoria das condições de higiene. O resultado de tais políticas depende, essencialmente, da participação das populações a quem se destina tal política.

Todavia, a inundação do sector da saúde pelas ONGs internacionais desde o final de 1980 pode ter, de fato, danificado o sistema de PHC. Ao invés de redistribuir recursos para promover uma maior equidade e ajudar a aliviar a pobreza, a inundação de ONGs e seu pessoal expatriado fragmentou o sistema de saúde e contribuiu para intensificar a desigualdade social nas comunidades locais, com consequências importantes para a prestação de cuidados de saúde primária (Pfeiffer, 2003:726). Segundo Turschen (1999:3), os financiamentos de projetos de saúde pública devem incentivar a participação da comunidade de forma a proporcionar um ambiente no qual as pessoas se podem comunicar umas com as outras sobre as condições insalubres que afetam a todos, no que diz respeito ao que elas podem fazer para a causa comum, podendo politizar problemas de saúde de modo que haja uma maior conceção, execução e sustentabilidade.

A importância da participação da comunidade local nos cuidados públicos de saúde é abordada por diversos autores, pois a seleção, treino e implantação de trabalhadores de saúde na comunidade estão intrinsecamente relacionados à estratégia da política de cuidados de saúde pública em quase todos os países africanos. As iniquidades dos modelos de financiamento, por acarretarem complexos problemas estruturais que podem prejudicar a saúde pública, incluem cortes nos serviços básicos de saúde do sector público, tais como: imposição de taxas para os serviços de saúde; corte para outros serviços do sector público, como a educação, agricultura,

água e obras públicas; o desemprego causado por demissões de trabalhadores do sector público e declínios de renda resultantes de cortes salariais para os subsídios estatais para itens essenciais e os mercados liberalizados para transporte e alimentação levando a aumentos de preços; desvalorização da moeda que muitas vezes leva a aumentos de preços imediatos e dramáticos para produtos básicos, especialmente de alimentos; e aumentos na desigualdade social e vulnerabilidade económica (Pfeiffer & Chapman, 2010:152).

Para além dos programas de ajustamento estruturais tenderem a agravar o estado de pobreza, também fomentam a desigualdade entre os géneros de tal maneira que se refletem como consequências para a saúde da mulher. De acordo com Turschen *“these distortions arise because women are not always able to control the returns to their labor, and lacking income, women’s access to product markets is restricted”* (1999:21). As reformas então implementadas continuam a promover os homens porque elas ignoram o trabalho não remunerado das mulheres na produção de bens, como os da manutenção e reprodução da força de trabalho, ou seja, dando à luz os filhos, na criação dos filhos menores, nos cuidados com a alimentação, como também nos trabalhos no domicílio. Os estudos levados a cabo por Chapman (2003, 2006, 2010), no centro de Moçambique, demonstram como a economia de livre mercado tem uma importante relação social mercantilizada no processo do ritual reprodutivo, em que se ressaltam formas imperatórias, como as taxas pagas pela virgindade, para “a compra da noiva”, para rituais de proteção de gravidez e suporte parteira tradicional. As mulheres pobres tendem a esconder a sua gravidez, evitando os serviços pré-natais biomédicos, o que nos revela que os declínios na qualidade do serviço, como tempos de espera mais longos e tratamentos carecidos, muitas vezes atrasam a utilização dos serviços de cuidados de saúde pré-natais pelas mulheres.

Com a economia nacional começando a dar sinais de recuperação por volta de 1994, o governo, na figura do MISAU, lança o Programa para a Reconstrução do Sector da Saúde (PRSS), num programa sectorial integrado, esboçado e financiado em coordenação com os doadores externos, com adoção dos princípios de mercado, onde a descentralização é assumida como objetivo em termos governativos, sendo progressivamente introduzidas a reconstrução e a expansão do SNS, de 40% em 1995 para 60% no ano de 2000, e para 70% em 2002⁶¹; o início do

⁶¹ Oppenheimer e Raposo (2002:68).

funcionamento da Planificação Sectorial Ampla (SWAp) em 1997; e em 2001 é apresentado o Plano Estratégico⁶².

O Fundo Global é uma parceria público-privada, criada em 2002 com objetivo de captar e desembolsar recursos adicionais para a prevenção e tratamento do HIV/SIDA, tuberculose e malária. Essa parceria, que congrega governos, sociedade civil, sector privado e comunidades afetadas, representa uma nova abordagem ao financiamento internacional da saúde. O Fundo Global começou a trabalhar em colaboração com outras organizações bilaterais e multilaterais para complementar os esforços já existentes em relação às três doenças, operando em SWAp através de um fundo comum que pretendia aumentar o controlo, autoridade e posse exercida pelo Governo de Moçambique sobre os recursos externos, através da participação do Fundo Global em projetos Pró-saúde.

Na altura, subsistia um grupo de parceiros de desenvolvimento e de indivíduos motivados dentro do Ministério da Saúde, apoiado por uma massa crítica de doadores que compartilhavam da mesma opinião de uma posição comum, capazes de aplicar uma pressão considerável para que o Fundo Global fizesse a integração dos fundos nas prioridades do plano governamental de combate à Sida, Tuberculose e Malária. Desde a sua criação, aquele veio a tornar-se um dos instrumentos mais poderosos para as três doenças mais marginalizadas pelas populações no mundo. O seu foco financeiro e o amplo apoio político têm contribuído para que esta iniciativa seja bem-sucedida na chamada de atenção, levando os organismos internacionais a desembolsar um volume sem precedentes de recursos.

Em Moçambique, há um histórico de uso de arranjos de fundos comuns para o sector da área de saúde, o que significa que o Fundo Global colocou seus recursos em um acordo já testado. O MISAU e seus parceiros tinham estabelecido um conjunto de princípios, objetivos e acordos de trabalho que funcionavam relativamente bem. Do acordo, constavam as regras de monitoramento da Pró-saúde, os indicadores de avaliação e processos. Embora deficientes, foram melhorando e isso ajudou para que o Fundo Global aceitasse as regras contabilísticas e de relato do Pró-saúde⁶³.

⁶² Craveiro (2001:74).

⁶³ MISAU (2009).

A aplicação prática de um SWAp é uma forma relativamente moderna de cooperação entre o governo de um país doador e o governo de um parceiro de desenvolvimento. Os elementos-chave de um SWAp eficiente são:

- Uma política sectorial clara, com estratégias bem definidas;
- Um programa e um orçamento, com um planeamento claramente especificado de despesas (despesas a médio prazo);
- O governo do próprio país assume a liderança na condução do processo;
- Um processo formalizado para a coordenação e harmonização dos relatórios, orçamento e gestão financeira e propostas entre os doadores e o governo parceiro;
- Um sistema de monitoramento que mede o progresso e aumenta as possibilidades de todas as partes envolvidas;
- Capacitação local;
- A introdução de reformas institucionais⁶⁴.

Para o sector dos cuidados de saúde foram definidas seis prioridades a saber:

- Envolvimento das comunidades locais no tema de saúde;
- Abastecimento de logística de medicamentos e outros produtos médicos;
- Gestão financeira;
- Sistema de informação sanitária;
- Política do pessoal;
- Infraestrutura⁶⁵.

Os programas sectoriais são dinâmicos por definição, pois dependem de muitos fatores internos e externos. Alguns fatores de sucesso são:

⁶⁴ Fonte: <http://www.vlaanderen.be/int/en/fiche/contribution-swap-health-sector>, Acesso 08/09/2014.

⁶⁵ *Idem*.

- Uma forte liderança do governo parceiro;
- Um amplo consenso entre o governo e os doadores em termos de políticas e de gestão;
- Um nível aceitável de estabilidade macroeconómica e política⁶⁶;

No entanto, existem problemas de harmonização e alinhamento vinculados ao Fundo Global que não estão totalmente resolvidos pelo acordo de financiamento comum. Em particular, alguns elementos importantes do ciclo do Fundo Global não estão ainda sincronizados com o SWAp, e a imprevisibilidade da renovação da segunda fase do financiamento pode tornar os processos de planeamento do governo problemáticos.

A longo prazo, a criação de fundos para fins especiais através dos mesmos canais de financiamento deve ajudar a compensar os efeitos negativos do financiamento. Mas há quem se posicione de forma crítica em relação a tal “regalia”, porque ela mina os esforços nacionais na redução do custo de transação e na abordagem mais integrada para o desenvolvimento da saúde⁶⁷. Turschen (1999:1) refere que os economistas das instituições financeiras internacionais têm perpetuado uma abordagem radical de livre mercado para financiar os cuidados de saúde por enfatizarem o fato de que as suas economias fortes já não podem se dar ao “luxo” de pagar por serviços públicos do terceiro mundo e pressionam o Estado a retirar as suas fortes normas burocráticas de modo a que possam beneficiar-se dos empréstimos e investimentos estrangeiros.

Pretende-se que, ao longo do tempo, haja uma mudança gradual do apoio aos projetos que seja baseada em abordagens consideradas imprescindíveis para promover a liderança no país e o aumento do uso de sistemas locais para implementação, gestão financeira, monitoramento e avaliação dos projetos. Em análise, compreende-se que serão necessários grandes esforços de modo a que haja um crescimento e uma expansão substantiva no sector de saúde pública. Para que isso aconteça, são necessários investimentos estruturais de longa duração, de recursos humanos nacionais (quadros técnicos) cada vez melhor qualificados e capacitados, sem descurar das tecnologias e ferramentas multidisciplinares de capacitação, monitoria e avaliação, adaptados e enquadrados na realidade de cada local onde os programas estejam a decorrer. Além disso, é

⁶⁶ Fonte: <http://www.who.int/healthsystems/gf7.pdf>. Acesso 08/09/2014.

⁶⁷ *Idem*: 2.

preciso haver maior envolvimento da comunidade e da sociedade civil, de forma a massificar a sua participação nas ações práticas institucionais.

Capítulo III. Saúde Reprodutiva em Maputo

3.1 O contexto

3.1.1. O Panorama dos cuidados de saúde reprodutiva em África

O conceito de saúde reprodutiva abarca certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e noutros documentos de consenso⁶⁸. Na Conferência Internacional realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento, foi assumido um plano de ação de grande envergadura destinado à melhoria do estado da saúde sexual e reprodutiva. Em 1999, na ótica do *Cairo plus five*, defendeu-se, entre outros compromissos, a obtenção de ganhos de saúde relativamente a partos

⁶⁸ Considerando a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos (1981), a Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança Africana (1990), a Declaração de Dakar/Ngor sobre a População, a Família e o Desenvolvimento Sustentável (1992), o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD) (1994), a Plataforma de Acção de Pequim de (1995), a Declaração da SADC sobre o Género e o Desenvolvimento (1997, 1998), o Protocolo da SADC sobre a Saúde (1999), a Declaração do Milénio da ONU de 2000, e as Declarações de Abuja, Maseru e Maputo (2001, 2003).

assistidos, mortalidade materna (MM) e cuidados de saúde reprodutiva (SR) para todos no ano 2000⁶⁹, nos seguintes moldes:

- *Parto assistido* - o objetivo seria o de garantir, até ao ano 2005, a presença em 80% dos partos de, pelo menos, uma enfermeira – parteira ou *skilled attendant*. Ainda hoje, em muitos países do mundo tais como a Índia, Nigéria e China, a cifra é inferior a 20%;
- *Mortalidade materna* – a MM deveria, até ao ano 2015, sofrer uma redução de 75%;
- *Saúde reprodutiva para todos no ano de 2015* - os serviços de SR, integrando o planeamento familiar e a saúde sexual, deveriam proporcionar no âmbito dos sistemas de cuidados primários, os seguintes serviços: consultas de planeamento familiar (PF) de qualidade, oferecendo uma vasta escolha de contraceptivos; cuidados maternos e assistência pré-natal, na altura do parto e do puerpério; assistência obstétrica essencial; prevenção e tratamento das infeções do aparelho reprodutor, incluindo as DTS, em especial o HIV/SIDA, com a inerente disponibilização de preservativos economicamente acessíveis; acesso a serviço de qualidade, no caso de complicações dos abortos praticados em más condições de higiene; acesso à prática do aborto em condições de segurança (em situações legais ou ilegais); aconselhamento e serviços de planeamento familiar pós-parto; informação, educação e aconselhamento sobre sexualidade humana; envio a especialistas quando se suspeite de uma eventual patologia, tais como o carcinoma da mama e do aparelho reprodutor, ou quando haja esterilidade;
- *Direitos e princípios* - os direitos relativos à reprodução deverão constituir a base de todos os programas e políticas de SR, em que se inclui: o direito de decidir livremente quanto ao número e ao espaçamento dos filhos a ter e de dispor de informações e meios para o fazer; o direito de atingir o melhor nível possível de saúde sexual e reprodutiva; o direito de tomar decisões, no que se refere à reprodução, em nenhuma coerção, discriminação ou violência;

⁶⁹ Craveiro e Ferrinho *et.al.* (2002:16).

- *Necessidades especiais* - o fim da discriminação para com as jovens e as mulheres; a extinção de todas as práticas perigosas, incluindo as mutilações sexuais femininas; a garantia de cuidados de saúde de qualidade às vítimas de abuso sexual ou de violência; o fornecimento de informações e serviços adequados aos adolescentes, relativamente à saúde sexual e reprodutiva; elaboração de programas inovadores de saúde sexual e reprodutiva destinada aos homens⁷⁰.

Por definição saúde reprodutiva é:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e com as suas funções e os seus processos. Saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas possam ter uma vida sexual gratificante e segura e que tenham capacidade de reproduzir-se e liberdade de decidir se, quando e com que frequência o devem fazer. Implícitos nesta última condição estão os direitos dos homens e das mulheres de serem informados sobre métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, baratos e aceitáveis que sejam da sua escolha, e de terem acesso a esses métodos, assim como sobre outros métodos da sua escolha para normalizar a sua fertilidade, desde que tais métodos não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde competentes que permitam às mulheres passar por uma gravidez e por um parto com segurança, e oferecer aos casais as melhores oportunidades de ter filhos saudáveis (Craveiro e Ferrinho, 2002:17-18).

Em conformidade com a definição acima, cuidados de saúde reprodutiva são definidos como:

a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, através da prevenção e da resolução de problemas de saúde reprodutiva. Também incluem saúde sexual, cuja finalidade é melhorar a vida e as relações pessoais, e não apenas conselhos e

⁷⁰

Idem (2002:17-18).

cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis (Craveiro e Ferrinho, 2002: 17-18)

A saúde reprodutiva escapa a muitas pessoas no mundo por causa de alguns fatores, tais como: níveis muito baixos de conhecimento sobre a sexualidade humana; pobreza; má qualidade das informações e dos serviços sobre saúde reprodutiva; prevalência de comportamentos sexuais de alto risco; práticas sociais discriminatórias, atitudes negativas para com as mulheres e as raparigas; assim como limitados poderes exercidos por mulheres e raparigas sobre a sua vida sexual e reprodutiva (Comissão da União Africana, 2006).

Numa análise global sobre saúde reprodutiva, Craveiro e Ferrinho (2002) consideram que, em cada ano, aproximadamente 210 milhões de mulheres engravidam no mundo. Um número desconhecido destas mulheres deve conceber sem ter a confirmação de que, efetivamente, estão grávidas. Estima-se que, além destas, pelo menos 40% das gravidezes terminam espontaneamente devido a aberrações cromossómicas incompatíveis com a sobrevivência fetal. Concluíram, deste modo, que o número de gravidezes poderia de fato chegar a 350 milhões por ano. Todavia, do número calculado (em torno de 210 milhões de gravidezes diagnosticadas), cerca de 15% terminam em aborto espontâneo (cl clinicamente óbvio), e estima-se que 50 milhões das gravidezes são terminadas deliberadamente (legal ou ilegalmente). Aproximadamente 20 milhões desses abortos são inseguros/ilegais e associados à mortalidade e à morbilidade materna. Os restantes 130-135 milhões de gravidezes resultam em parto de nados-vivos.

De acordo com Schouten (2011), em 2007, a cada minuto algures no mundo, uma mulher sucumbia devido a complicações da gravidez ou do parto, e 90% dessas mortes ocorriam em países em vias de desenvolvimento. As taxas de mortalidade materna são o espelho da grande disparidade entre o ter e o não ter, tanto dentro de uma sociedade como entre os diferentes países – as mulheres pobres têm muito maior probabilidade de morrerem como resultado da gravidez ou do parto. Conforme os dados da OMS (2011), cerca de 14 milhões de meninas adolescentes tornam-se mães a cada ano. Mais de 90% dessas mães são muito jovens e os bebés nascidos dessas adolescentes, quase um (1) em cada sete (7), morrem antes de completar o primeiro ano de vida.

Nas regiões mais pobres do mundo, uma em cada cinco meninas deu à luz antes de completar 18 anos – isso significa que mais de 30% das adolescentes se casam e têm filhos até aos 18 anos, ademais 14% dessas adolescentes encontram-se na faixa etária dos 14 aos 15 anos de idade. A Divisão da ONU para a População estima que a média da contribuição à fertilidade é de 20.3%, por parte dos adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, e que 51% das raparigas africanas são sexualmente ativas antes de completar os 18 anos, enquanto a proporção correspondente para os homens é de 90%.

Ainda de acordo com a OMS, a gravidez precoce e/ou indesejada na adolescência contribui para o ciclo da mortalidade materna e da mortalidade infantil devido às práticas abortivas inseguras que rondam aproximadamente os 107 por 1000 mulheres nessa faixa etária⁷¹. A maternidade precoce não só aumenta o risco de morte durante o parto, como também coloca em perigo o bem-estar das mães e crianças sobreviventes. As mães jovens veem-se privadas, frequentemente, de educação e de oportunidades socioeconómicas.

Globalmente, a fertilidade caiu para uma média de 2.5 filhos por mulher. Segundo o relatório da União Africana (2006), embora haja algumas variações entre os países, o continente africano é caracterizado por altos índices de natalidade e mortalidade. Em média, há 38 nascimentos e 14 mortes por cada 1000 pessoas, o que se traduz num índice de aumento natural de 2.4%. O número de nascimentos oscila entre um nível baixo de 16, nas Ilhas Maurícias, e um nível alto de 51, no Malawi, enquanto o número de mortes por 1000 pessoas oscila entre 4, na Argélia e na Líbia, e 29, na Serra Leoa. O índice mais alto de aumento natural regista-se no Níger e nas Ilhas Comores (3.5%), enquanto o mais baixo se regista no Botswana (0.1%) (União Africana, 2006:14).

No entanto, nos países onde as mulheres se casam cedo, é comum que elas tenham mais de 5 filhos, estimado numa média de 5.1%, sendo o mais baixo registado nas Ilhas Maurícias (1.9%) e o mais alto no Níger (8%) em 2010. Nas regiões em vias de desenvolvimento, a fertilidade das adolescentes caiu entre 1990 e 2000, tendo, em seguida, estagnado em grande parte ou aumentado marginalmente entre 2002 e 2005. Quanto ao total da população em África, calcula-se que o seu número esteja agora cifrado em 885 milhões e espera-se que atinja 1.323

⁷¹ Comissão da União Africana (2006:16-17).

milhões em 2025 e 1.941 milhões em 2050. A prevista alteração da população entre 2004 e 2050 é de 119% em África e 132% na África Subsaariana (PNUD, 2013).

O estudo da Universidade Rey Juan Carlos (URJC), da Espanha (2010) publicou que cerca de 250.000 mulheres morrem anualmente na África Subsaariana durante o parto ou como consequência dele. Dos 20 países com o índice mais alto em mortalidade materna, 19 estão na África Subsaariana, e apenas 1% das mortes maternas são registradas em países desenvolvidos. Nos 45 países desta zona, a taxa média é de 885 por cada 100.000 nascimentos, número que chega a 1.100 em Chade⁷². A OMS acredita que as mortes durante o parto se devem principalmente a três causas: hemorragias (34%), infeções (10%) e hipertensão (9%). Indica também que a mortalidade materna não está relacionada unicamente a variáveis que se referem ao sistema de saúde (como a atenção pré-natal ou a assistência durante o parto), mas também a fatores económicos e educacionais, aspetos que deveriam ser levados em conta nas políticas preventivas. O quadro 3.1 abaixo apresenta uma lista dos países africanos onde o processo da reprodução continua sendo de elevado risco.

Nome do país	Taxa de mortalidade materna (óbitos / cem mil nascidos vivos)
Chade	1,100
Somália	1,000
Serra Leoa	890
República Centro-Africana	890
Burundi	800
Guiné-Bissau	790
Libéria	770
Sudão	730
Camarões	690
Nigéria	630

Quadro 3.1. Ranking dos 10 países em que a gravidez e o parto são mais arriscados (2010)

⁷²

Fonte: <http://www.ihu.unisinos.br>. Acesso 19/04/2016.

No que toca à assistência aos cuidados de saúde reprodutiva, ainda existe uma enorme disparidade no acesso à ajuda profissional especializada durante o parto entre os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Em África, menos da metade dos partos são assistidos por profissionais de saúde qualificados. Nos países mais ricos, quase 100% das mulheres dão à luz com o apoio de pessoal especializado, contrastando com a situação da África, onde os partos assistidos por profissionais qualificados vão progredindo lentamente de: 33% em 1985, 41% em 2000, e 48.4% em 2011, como mostra o quadro 3.2.

Região	Nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado 2011
África	48.4%
Américas	93.1%
Mediterrâneo Oriental	58.9%
Europa	97.6%
Sudoeste da Ásia	59.1%
Pacífico Ocidental	91.3%
Global	69.2%

Quadro 3.2. Número de partos por região assistidos por profissionais qualificados

Estima-se em 45 o número de países africanos que não alcançaram o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil para menos de 70 mortes por 1000 nados-vivos, fixada para 2000. Por seu turno, os índices de mortalidade infantil e de menores baixaram em muitos países africanos (a mortalidade infantil baixou de 99 por cada 1000 nados-vivos no período 1999-95 para 88.5 no período 2000-2004). A mesma tendência verificou-se no que respeita à mortalidade de menores (de 163.6 no período 1990-1995 para 148.4 no período 2000-2004). Apesar disso, a região continua a registar um dos mais altos índices no mundo. O índice médio de mortalidade infantil varia entre 16 e 177 por cada 1000 nados-vivos (respetivamente nas Ilhas Maurícias e na Serra Leoa), enquanto a média é de 89 (África) e 96 (África Subsaariana). O índice de mortalidade para crianças com menos de cinco anos oscila entre 52 por cada 1000 nados-vivos entre os mais ricos do Gana, que representam um quinto da população, e 282 por 1000 nados-vivos entre os mais pobres do Níger, que representam um quinto da população (Comissão da União Africana, 2006:15).

Concernente aos cuidados de planeamento familiar, de um modo geral, a África continua a ter o mais baixo índice mundial de prevalência de anticoncepcionais. Apenas 25% dos casais usam alguma forma de método de planeamento familiar (26.8% para todos os métodos e 19.8%

para os métodos modernos). Apesar da média mundial em relação a todos os métodos (tradicionais e modernos) ser de 59%, a média africana é de 28% (21% na África Subsaariana). Em termos de anticoncepcionais modernos, as médias são as seguintes: África- 21%; África Subsaariana-14%. O uso mais elevado de anticoncepcionais modernos regista-se nas Ilhas Maurícias (76%), no Egipto (57%) e na África do Sul (55%), enquanto o mais baixo se regista no Chade (2%), na República Democrática do Congo, na Guiné-Conacri, na Guiné-Bissau e no Ruanda (4%). Embora a prevalência seja baixa, a proporção de mulheres casadas que precisam de anticoncepcionais, mas que não usam nenhum método para o efeito, é estimada em 24% na África Subsaariana e 18% no África do Norte. Contudo, essa estimativa é provisória, uma vez que só se aplica a mulheres casadas.

O IDH surge no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e no Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH). Criados e lançados pelo economista paquistanês, Mahbub ul Haq, em 1990, tiveram como objetivo explícito oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão económica do desenvolvimento e desvia o foco, a fim de acompanhar a evolução mundial do desenvolvimento humano como uma medida resumida do progresso a longo prazo, com evidência em três aspetos fundamentais: uma vida saudável, acesso à educação e nível de vida digno. No entanto, em vários países da África Subsaariana, houve desempenho particularmente positivo, onde, a par de um aumento do rendimento nacional, há indicadores favoráveis nos domínios da saúde e educação por comparação com outros que se situam em níveis de desenvolvimento semelhante. Os resultados do Relatório do Desenvolvimento Humano 2013 registaram um maior crescimento anual das condições de vida no período de 2000-2011, num grupo de países menos desenvolvidos, como a República Democrática Popular do Laos, o Mali, Moçambique, o Ruanda e o Uganda⁷³.

A Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo em setembro de 1994, representou uma grande viragem no pensamento internacional sobre o vínculo entre população e desenvolvimento, reiterando a necessidade da promoção de um exercício responsável das políticas e dos programas apoiados por governos e comunidades na área da saúde reprodutiva, incluindo os serviços de planeamento familiar à área mais alargada da

⁷³ Fonte: PNUD - Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. Acesso 13/10/2015.

saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins. A conferência teve séria consideração por questões como direitos humanos, igualdade entre homens e mulheres e opções fundamentadas. Esse fato culminou com a realização da Cimeira do Milénio em setembro de 2000 e a adoção da Declaração do Milénio pelos Chefes de Estado, que foi aprovada por 189 países e levou à adoção, pela ONU, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs)⁷⁴, a atingir até 2015.

A experiência dos países africanos e de muitos outros países em desenvolvimento desde a independência tem mostrado que nenhum sucesso é possível sem igualdade entre homens e mulheres. E o argumento é ainda mais válido quando se trata de saúde sexual e reprodutiva e direitos afins. As mulheres africanas estão expostas à pobreza, a doenças, ao analfabetismo, e são vítimas de morbilidade e mortalidade ligadas à gravidez. Muitas delas perdem a vida durante o parto, no momento em que estão a dar vida. É essencial que seja revista toda a legislação existente e sejam alteradas todas as disposições que discriminam as mulheres ou que restrinjam a igualdade. Para além de serem vítimas das desigualdades entre os sexos, as mulheres em todo o continente africano sofrem em silêncio a violência que lhes é infligida. (Comissão da União Africana, 2006:24)

A desigualdade entre os dois géneros significa que não estão a ser dadas oportunidades a muitas mulheres para utilizarem todo o seu potencial e toda a sua capacidade para contribuir para o desenvolvimento económico. Para além das injustiças e os desequilíbrios em oportunidades que alegadamente resultam das diferenças biológicas aparentes entre homens e mulheres, existem ainda muitos outros problemas para as mulheres em países em desenvolvimento (Schouten, 2011). Em geral tem havido uma diminuição da diferença entre rapazes e raparigas na frequência escolar a nível do ensino primário; cada vez há maior convergência, mas a diferença é ainda muito grande ao nível do ensino secundário e, mais importante, há uma maior taxa de abandono das raparigas em decorrência de casamentos e gravidezes precoces ou da necessidade de ajudarem em casa, razões que empurram muitas vezes as raparigas para fora da escola e trazem consequências muito negativas, dada a correlação entre a educação, o nível de rendimento e o padrão intergeracional; violência contra a mulher; a fraca

⁷⁴ Os 8 ODM são: 1. Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2. Alcançar ensino primário universal; 3. Promover igualdade entre homens e mulheres e capacitar as mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças; 7. Garantir a manutenção do meio ambiente; 8. Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento.

capacidade de negociação sobre o uso de preservativo como meio de evitar contrair doenças sexualmente transmissíveis e que por isso estimava-se que em 2001 entre 6% e 11% de mulheres jovens viviam com o VIH/SIDA, comparadamente a 3%-6% de homens jovens.

Para concluir, os adolescentes são particularmente vulneráveis porque lhes falta informação e acesso adequados a serviços na maioria dos países. As mulheres e os homens mais velhos têm questões diferentes sobre saúde sexual e reprodutiva que são muitas vezes incorretamente abordadas. Quanto mais elevado o grau de escolarização das raparigas menor é a probabilidade de terem filhos precocemente, com isso, aumenta-se a hipótese de terem filhos que não morram antes dos cinco anos de idade, como também aumenta a possibilidade dos filhos poderem desenvolver competências académicas⁷⁵.

Este fato é claramente reconhecido na Agenda 2030 no Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (SDG3) para garantir vidas mais saudáveis e promover o bem-estar de todos em todas as idades, e no SDG5 que visa alcançar igualdade do género e o empoderamento das mulheres e raparigas. Além disso, o acesso aos cuidados de aborto seguro é considerado parte de um pacote global de saúde reprodutiva e sexual e das intervenções sobre saúde materna e reprodutiva pelos principais organismos de saúde, incluindo a OMS (Notícias, 8 de Março de 2017: 27).

3.1.2. Cuidados de saúde reprodutiva em Moçambique

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010), a atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias nos cuidados básicos da saúde. Defende “uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência”, devendo ser ofertada observando-se, como princípio, o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

A saúde sexual engloba a questão da saúde reprodutiva, observando o bem-estar de todos os envolvidos no processo, com especial atenção para a saúde materna e infantil. Dessa

⁷⁵ Fonte: Lusa <http://www.sapo.pt/noticias/igualdade-entre-generos-permitiria-diminuir>, Acesso 12/10/2015.

forma, a abordagem da questão da saúde sexual deve entrar no âmbito do bem-estar dos indivíduos, inclusive no que diz respeito à sexualidade, indo além da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e mortes relacionadas direta ou indiretamente ao comportamento sexual e reprodutivo.

A definição de saúde reprodutiva adotada por instituições de referência como a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), OMS/MISAU é a que resultou da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994. Na Conferência definiu-se saúde reprodutiva como sendo:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo (OMS, 1994).

A saúde reprodutiva⁷⁶ implica ainda “ter o direito a aceder a serviços e cuidados de saúde adequados que garantam à mulher condições de segurança durante a gravidez e o parto, proporcionado aos pais maiores possibilidades de terem filhos saudáveis” (OMS, 2010). Dos estudos levados a cabo por antropólogos relacionados com as questões de género, sexualidade, e saúde reprodutiva da mulher em Moçambique, destaca-se a célebre obra de Luiz Henrique Passador (2009), *Tradição, Pessoa, Género e DST/HIV/AIDS no Sul de Moçambique*, também a obra de Brigitte Bagnol e Esmeralda Mariano (2008-201), *Género Cuidados Consigo Mesma: Sexualidade e Erotismo na Província de Tete, Moçambique, Sexualidade e Práticas Vaginais*; além do trabalho de Rachel Chapman (2010) *Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique*, em que a autora conclui que o problema da mortalidade materna e infantil é evitável através da deteção precoce da gravidez, e da realização de exames pré-natais no início da

⁷⁶ Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres à informação, ao acesso, aos métodos de contraceção e planeamento familiar eficazes, seguros e financeiramente compatíveis com a sua condição, assim como a outros métodos de regulação da fertilidade que estejam dentro do quadro legal.

gestação que podem detetar complicações obstétricas, e de centros de saúde devidamente equipados para dar à luz.

No que diz respeito à construção da sexualidade, Bagnol e Mariano (2008-2011) concluem que ela não é monolítica e imposta ao indivíduo, mas está sujeita à negociações e mudanças durante o ciclo da vida. As metáforas e as noções muitas vezes usadas informam que as práticas sexuais são simbolismo de género ligados à higiene, à saúde, ao bem-estar, ao erotismo, à reprodução e à conceção estética de “fechado/aberto, seco/húmido, quente/frio, pesado/leve, riqueza/pobreza, doce/não-doce” (Bagnol e Mariano 2011: 47). Na questão dos cuidados com higienização, as autoras constataram que, por diferentes razões, as mulheres utilizam diferentes produtos naturais e sintéticos, tradicionais e modernos, por inserção na vagina ou ingestão. As razões incidem no tratamento de doenças, na modificação da maneira de sentir o seu corpo e no preparo para o ato sexual. Um aspeto deveras interessante, igualmente trabalhado, tem a ver com a questão das práticas vaginais, que consiste no alongamento dos pequenos lábios vaginais, iniciado ainda na infância, período em que geralmente as meninas são ensinadas durante os ritos de iniciação, embora esses ensinamentos não se circunscrevam meramente nessas ocasiões. Essas práticas “inserem-se, num processo de socialização das mulheres que integra componentes de estética, saúde, reprodução e da vida em geral” (Bagnol e Mariano, 2008-2011). Nota-se que, no contexto internacional, essas práticas integram um conjunto de quatro tipos de mutilação genital feminina⁷⁷, sendo consideradas nefastas à saúde sexual e reprodutiva da mulher, por envolverem procedimentos que provocam lesões por razões não médicas designadas de Mutilação Genital Feminina (MGF) (OMS, 2014). A prática de alongar os lábios vaginais não

⁷⁷ Tipo I: remoção parcial ou total do clítoris;

Tipo II: remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, podendo haver um corte dos grandes lábios (também chamado ‘excisão’);

Tipo III: estreitamento do orifício vaginal com uma membrana selante, pelo corte e suturação dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (também chamado infibulação);

Tipo IV: outras intervenções sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo, práticas como punção/picar, a perfuração, a escarificação (cicatrizes) ou a cauterização (queimaduras), incisão ou cortes, estiramento/alongamento dos lábios vaginais e introdução de substâncias nocivas na vagina.

é de uso frequente entre os grupos sociais do Sul de Moçambique, todavia, este tipo de procedimento é comum entre os povos localizados nas regiões Centro e Norte de país.

Sendo a sexualidade uma construção social que assume características diferenciadas de acordo com as distintas culturas, o corpo e os significados que se lhes dão têm que ser entendidos como uma parte da formação da identidade individual e colectiva (Zapata, 2004 *apud* Osório *et al*, 2008:135). Mesmo não sendo a sexualidade a única dimensão da identidade, ela espelha, no entanto, as múltiplas e diferentes socializações a que um indivíduo está exposto. Muito cedo, meninos e meninas em Maputo são esperados para ocupar posições de sujeito em relação à reprodução biológica e social do agregado familiar. As meninas aprendem as tarefas de suas mães e são envolvidas em tarefas domésticas, tais como cuidar de outras crianças, actividades agrícolas e lidas domésticas, logo que a sua condição física lhes permite desempenhar tais funções. Desde cedo desempenham tarefas tais como comprar e vender no mercado, triturar os cereais para alimentação da família, acender fogueira para cozinhar, ir buscar água ou cortar e transportar lenha, lavar a roupa e louça, oferecer água para os homens ou convidados para lavarem as mãos ou para beber, transportar e dar de comer aos bebés, dentre outras actividades. Às meninas são ensinadas a prática de andar e transportar pequenos objetos em suas cabeças e, habilmente, embrulhar pano em torno de si para levar bonecas nas suas costas, em imitação de suas mães e outras mulheres. Chapman (2010) ilustra a forma como os papéis sexuais são construídos e moldados dentro duma esfera social, referindo-se ao momento em que meninos e meninas estão juntos a brincar, onde geralmente os adultos vão se referir às meninas para parar a brincadeira e irem ajudar nas tarefas domésticas. Deste modo, a autora conclui que: *“As in any culture, a gendered and age division of labor is part of play, and parents positively reinforce even the youngest children’s effort at gender role-play”* (Chapman, 2010:110).

Os sinais do início da puberdade conduzem a que as meninas devem ser seguidas mais de perto como refere Chapman (2010:110). A partir desse momento, espera-se que a jovem mulher assuma cada vez mais as responsabilidades em relação a seu corpo, sua sexualidade, e para com o seu agregado familiar. O aparecimento da primeira menstruação significa a passagem da rapariga à vida adulta e a reafirmação da sua capacidade de poder vir a ser mãe, razão pela

qual este período não só é marcado pelos aspetos de aconselhamento⁷⁸ sobre os riscos de engravidar, mas, não raro, sobre as medidas de prevenção contra a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, em algumas tradições, esse rito de passagem é celebrado com festas ou cerimónias. Como mostra Osório *et al* (2008) num estudo sobre género e sexualidade entre jovens estudantes do ensino secundário em Moçambique.

Com o aparecimento das primeiras regras, as meninas são informadas sobre os cuidados de higiene que devem ter durante este período, tomam conhecimento sobre a possibilidade da gravidez e das suas consequências para a família e sociedade, havendo variações em relação ao grau de profundidade dos ensinamentos. [...] O período após a primeira menstruação acaba sendo, [...] extremamente repressivo e carregado de uma vigilância sobre o seu comportamento, ou seja, o controlo do seu corpo atinge em alguns casos formas extremamente violentas de confirmação da virgindade (Osório *et al*, 2008:165-146).

É interessante verificar que, em Cabo Delgado⁷⁹ (região norte do país), ao contrário das situações reportadas no Sul e no Centro do país, são poucos os registos sobre casos de discursos violentos à primeira menstruação acima mencionados, ou ainda referências a testes de virgindade, apesar de estarmos perante uma sociedade islamizada, onde a virgindade feminina é muito valorizada (Bagnol e Mariano, 2011). Desenvolver esse tipo de trabalho não é tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspetos sociais, económicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes no acesso às informações e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em conclusão, os conhecimentos relativos à sexualidade transmitidos no âmbito da família, não sendo objeto direto da educação, aparecem simbolicamente profusos nos vários espaços da convivência quotidiana. Estão presentes a partir dos ensinamentos que estruturam as masculinidades e feminilidades, mais especificamente, na forma como se faz a divisão do trabalho, nas proibições, nos tabus, nos medos e nos silêncios que permeiam essa mesma convivência.

⁷⁸ Papel geralmente desempenhado por pessoas mais velhas anciãs (tias, avós, ou mulheres mais velhas ou respeitadas da família ou da comunidade).

⁷⁹ Local com existência de comunidades onde se realizam ritos de iniciação.

Moçambique tem vindo a fazer progressos significativos na promoção do papel social da mulher, face às metas traçadas pela comunidade internacional em 2000, quando foram estabelecidos e acordados os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) até 2015, em domínios que tocam aspetos essenciais da vida das mulheres de todas as idades e culturas, das famílias e do seu bem-estar⁸⁰.

As referidas metas apontavam para uma redução da pobreza extrema e fome; da mortalidade materna e infantil; das gravidezes indesejadas e de alto risco; da propagação do HIV/SIDA e de outras infeções sexualmente transmissíveis, e promoviam o acesso à educação e formação profissional como mostra os quadros 3.3 e 3.4:

Nível		2004		2007		2011		Cres- ci- men- to 2004/ 2011
		HM	%M	HM	%M	HM	%M	
Ensino Primário	EP1	3.138.576	45,9%	3.932.006	47,0%	4.442.260	47,7%	42%
	EP2	491.402	41,3%	712.370	43,6%	871.733	46,3%	77%
	Total	3.629.978	45,3%	4.644.376	46,4%	5.313.993	47,5%	46%
Ensino Secundário	ESG1	286.185	40,9%	519.236	43,2%	761.589	47,3%	166%
	ESG2	45.685	39,2%	95.779	40,7%	191.320	45,7%	319%
	Total	331.870	40,7%	615.015	42,8%	952.909	47,0%	187%
Ensino Técnico Profissional*	Elem. Básico	27.609	30,4%	33.709	31,1%	30.021	32,6%	9%
	Médio	4.616	28,9%	6.505	22,9%	14.655	36,4%	217%
	Total	32.225	30,2%	40.214	29,8%	44.676	33,9%	39%
Ensino Superior**	Público	15.113		51.001		72.636		381%
	Privado	7.143		12.475		28.726		302%
	Total	22.256	31,6%	63.476	38,1%	101.362	38,3%	355%

Quadro 3.3⁸¹. Número de alunos e percentagem de raparigas por nível de ensino, 2004, 2007 e 2011.

⁸⁰ O bem-estar social engloba, portanto, as coisas que incidem de forma positiva na qualidade de vida: um emprego digno, recursos económicos para satisfazer as necessidades, um lar para viver, acesso à educação e a saúde, tempo para o lazer, etc. Apesar de a noção de bem-estar ser subjetiva (aquilo que é bom/favorável para uma pessoa pode não o ser para outra), o bem-estar social está associado a fatores económicos objetivos.

⁸¹ HM: Total de alunos (ambos os sexos). %M: Percentagem de alunos do sexo feminino. (*) para o Ensino Técnico-Profissional a informação dada restringe-se à informação disponível na base de dados do MINED, que não reflete todos os institutos que oferecem este tipo de formação. (**) os dados referem-se ao ano 2010.

	1990	2013	MDG Target 2015	AARR
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	1,300.00	480.00	325.00	4.30

Quadro 3.4. ODM – melhoria na saúde materna e redução em 3/4 da taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015, em Moçambique.

Durante o terceiro Fórum Global sobre os Recursos Humanos da Saúde (2013), a OMS apresentou os perfis de 36 países, incluindo Moçambique, onde apontava que o problema da mortalidade materna era agravado pela imensa deficiência em cuidados de saúde. Segundo dados disponíveis, o país teria 548 médicos, 6215 enfermeiros e 917 parteiras, o que resulta num total de 7.679 profissionais de saúde para uma população de quase 24 milhões, ou seja, um rácio de 3,2 profissionais de saúde por 10 mil habitantes. O documento alerta para a necessidade que o país tem de aumentar o número de profissionais para mais de 1000% de modo a atingir, até 2035, a meta mínima da Organização Mundial de Saúde⁸². Isso significa que Moçambique teria de aumentar o número de profissionais de saúde em 1.198%, ou 54% ao ano, se quisesse atingir a meta definida pelo Relatório Mundial de Saúde de 2006, que prevê 22,8 profissionais de saúde qualificados por cada 10.000 habitantes⁸³.

Apesar das melhorias registadas no país, a mortalidade materna e infantil continua elevada, com 490 mulheres mortas em cada 100 mil nados-vivos e 103 crianças com menos de cinco anos mortas em cada mil (OMS, 2013). As principais causas de morte materna em Moçambique continuam sendo a hemorragia pós-parto, malária, sida, sepsis puerperal⁸⁴, trabalho

⁸² A conclusão é do estudo "Uma verdade universal: Não há saúde sem profissionais", divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) durante o terceiro Fórum Global sobre os Recursos Humanos da Saúde, que reúne mais de 1.300 participantes de 85 países, incluindo 40 ministros da Saúde, no Recife, Brasil, em novembro 2013.

⁸³ *Idem.*

⁸⁴ A infecção puerperal é aquela que afeta o aparelho genital feminino no período pós-parto. Estima-se que entre 1% a 7,2% das gestantes apresentam esta afecção nesse período. Dentre as causas e os fatores de risco envolvidos na infecção puerperal estão: Infecção da ferida pós-operatória, tanto no caso de cesariana quanto de episiotomia; Presença de celulite perineal; Retenção de restos de membranas gestacionais no útero; Infecção do trato urinário; Sepsis da flebite pélvica; Mastite; Deficiência nutricional; Diabetes; Obesidade. Esta infeção é muito comum em partos hospitalares em meados do século XIX, devido à falta de higiene pessoal que participa. Cf. Meldau, Debora Carvalho <http://www.infoescola.com/doencas/infeccao-puerperal/>, Acesso 08/05/2014.

de parto arrastado e eclâmpsia⁸⁵. A grande maioria das mortes maternas (75%) ocorre em consequência de complicações diretas da gravidez e do parto, sendo os períodos mais críticos o período intraparto e a primeira semana após o parto, tanto para as mulheres como para os recém-nascidos. Uma atenção adequada durante a gravidez e o parto pode prevenir a maior parte destas complicações. Causas indiretas, particularmente o HIV/SIDA e a malária, são responsáveis pelo restante 25% das mortes maternas, embora este padrão varie nas diferentes partes do mundo, dependendo em grande parte da prevalência dessas doenças nos países.

Dados publicados na Avaliação Nacional das Necessidades para a Saúde Materna e Neonatal, realizada em 2007, confirmam os fatos acima referidos. Segundo essa avaliação, as causas obstétricas diretas são responsáveis por cerca de 76% das mortes maternas em Moçambique; com a rutura uterina a contribuir com 28.7% dessas mortes; as hemorragias obstétricas, com 24%; a infeção puerperal, com 17,2%; a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, com 9.2%; o aborto, com 6.7%; causas indiretas relacionadas com o SIDA aparecem em 53.7% dos casos e a malária, com 36.6% (MISAU, 2011).

Apenas muito recentemente em 2011 o MISAU adotou estratégias a nível local ao empregar “normas e fluxogramas de orientação clínica” sobre o Manejo Integrado da Gravidez e Parto (IMPAC) e a Casa da Mãe-de-Espera⁸⁶ para a redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal, sob o prisma de uma ação pautada pelos princípios e práticas da atenção humanizada dos serviços de saúde (MISAU, 2014). Se, por um lado, o MISAU ao definir as suas políticas públicas de saúde acaba por criar mecanismos de fiscalização e controlo das taxas de natalidade e mortalidade, de maneira a evitar o risco de descontrolo dos indicadores de desenvolvimento humano do país, por outro lado, tais políticas continuam a perpetuar a visão ocidental da

⁸⁵ Eclâmpsia são convulsões em uma mulher grávida que não estão relacionadas a doenças cerebrais preexistentes. A eclâmpsia ocorre depois da pré-eclâmpsia, uma complicação séria da gravidez que inclui alta da pressão arterial e ganho de peso excessivo e rápido. <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/eclampsia>. Acesso em 8 de Maio de 2014.

⁸⁶ A Casa-de-Espera é uma casa localizada próximo de uma US com maternidade para hospedar mulheres grávidas com risco obstétrico aumentado ou mulheres com dificuldades no acesso aos serviços de saúde. A casa tem por finalidade facilitar o acesso a um número maior de mulheres grávidas a cuidados obstétricos essenciais e de emergência, através da acomodação e permanência destas durante as últimas semanas da gravidez, reduzindo assim o número de mortes maternas e perinatais (MISAU, Estratégia de Casas de Espera para Mulheres Grávidas).

necessidade do olhar clínico (medicalização) e institucional (hospitalização) durante a gravidez e no parto, procedendo deste modo com o desencorajamento à utilização do recurso aos modelos tradicionais (saber local) existentes naquele contexto sociocultural.

A adoção de tais orientações nos leva a questionar até que ponto estas “novas práticas de abordagem” podem ser consideradas de facto eficazes na redução dos casos de complicações obstétricas, perinatais e neonatais, uma vez constado que a sua implementação continua a ser do desconhecimento por parte dos muitos profissionais da área da saúde materno-infantil (médicos, parteiras, técnicos de enfermagem, etc.) e das próprias parturientes?

Apesar dos esforços para reduzir a mortalidade materna ainda se está longe de alcançar a meta “250 por 100.000 NV em 2015 (ODM5)”, que depende da continuidade da execução de ações relevantes nesta área. O quadro 3.5 mostra a estimativa dos dados a partir de 2004 até ao último IDS 2011 realizado no país.

Idade	Percentagem de óbitos femininos maternos	Óbitos maternos	Anos de exposição	Taxa de mortalidade materna ¹
15-19	24.2	14	24,933	0.58
20-24	21.4	29	27,963	1.03
25-29	16.4	27	25,577	1.05
30-34	9.0	14	21,208	0.64
35-39	8.5	10	15,714	0.63
40-44	8.5	5	10,067	0.46
45-49	8.0	5	5,325	0.85
15-49	13.9	103	130,964	0.76
Taxa de fecundidade geral (TFG) ²			187	
Rácio da mortalidade materna (RMM) ³			408	
Risco de toda vida da morte materna ⁴			0.024	
IC: Intervalo de confiança ¹ Expresso por 1,000 mulheres-anos de exposição ² Expresso por 1,000 mulheres de 15-49 anos de idade ³ Expresso por 100,000 nascidos vivos; foi calculado a partir de ajuste das taxas de mortalidade materna por idade, vezes 100 dividido por taxas gerais de fecundidade ajustadas por idade. ⁴ Calculado através da fórmula: $1 - (1 - RMM)^{TTGF}$ onde TGF representa, a taxa de fecundidade global para o período de sete anos antes do inquérito ^a Taxas por idade ajustadas				

Quadro 3.5. Estimativas diretas das taxas de mortalidade materna para o período de sete anos precedentes ao inquérito, segundo grupos de idades quinquenais, Moçambique, 2011

Torna-se pertinente destacar que 43% das mortes maternas ocorrem nas primeiras 24hs após o parto e 62%, dentro da primeira semana após o parto. É importante que se preste uma assistência cuidadosa à mulher e ao recém-nascido durante o parto e o pós-parto, de forma a

prevenir e tratar corretamente as possíveis complicações decorrentes nestes períodos. E para responder a essa deficiência, o MISAU, através da Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e parceiros de desenvolvimento, criam em 2008 um Grupo Técnico (GT) que funciona como um órgão nacional de assessoria e apoio técnico ao MISAU para os cuidados com a Saúde Materna Neonatal Infantil (SMNI) e Nutrição; Saúde da Mulher, Recém-nascido, Criança e Adolescente; Programa Nacional de Vacinação (PAV); em matéria de Informação, Educação e Comunicação (IEC); e em 2011, põem em prática as novas Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. O quadro 3.6 a seguir permite visualizar uma ligeira redução da mortalidade materna num período de intervalo mais alargado de 1990 a 2013.

Ano	Taxa de mortalidade materna (TMM)	As mortes maternas	Nº de mortes maternas indirectas relacionadas com a SIDA	Nascidos vivos	Proporção de mortes entre mulheres em idade reprodutiva que são devido a causas maternas (PM)
	Por 100 000 nados vivos (nv)	Números	Números	Milhares	Por cento
2013	480[300-480]	4,800	620	1,006	8.2
2005	680[410-1100]	6,200	640	920	10.8
2000	870[510-1500]	7,000	320	813	16.4
1995	1100[640-1900]	7,700	59	688	25.2
1990	1300[740-2300]	8,000	3	609	32.0
Mudança Anual %					
1990-2000	-3.9				
2000-2013	-4.5				
1990-2013	-3.2				

Quadro 3.6. A mortalidade materna em 1990-2013- OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, e Mortalidade Materna População Divisão das Nações Unidas Grupo Estimativa Inter-Agency Moçambique

O número de crianças que morrem em seu primeiro mês de vida foi reduzido em cerca de 4 milhões de mortes por ano, em 2005, para cerca de 3 milhões em 2012. Apesar da redução significativa no número de mortes de recém-nascidos, a taxa anual de redução da mortalidade (pelo 1,8%) é muito mais lento em comparação com a redução da razão de mortalidade materna (em 4,2%) e de mortalidade de crianças de idade 1-59 meses (em 2,5%). Globalmente, a

mortalidade neonatal representa cerca de 43% de toda a mortalidade entre crianças de cinco anos ou menos⁸⁷.

A UNICEF publicou dados sobre o Estudo Nacional sobre a Mortalidade Infantil 2009⁸⁸, que indicava as três principais causas de mortalidade neonatal⁸⁹, a saber: a prematuridade (35%), a asfixia perinatal (24%) e sepsis do recém-nascido⁹⁰ (17%), representando um total de 76% da mortalidade nesse grupo etário. As restantes mortes são causadas por doenças infecciosas (12%) e por outras causas não infecciosas (12%).

No período pós-neonatal⁹¹, a maior causa de morte é a malária (33%), seguida por infeção respiratória aguda (IRA) (19%), HIV e SIDA (11%), doenças infecciosas gastrointestinais (10%), meningite (3%) e outras doenças infecciosas (10%). As doenças não infecciosas são responsáveis por 14% das mortes.

Para as crianças de um a quatro anos de idade⁹², a malária é responsável por quase metade (46%) das mortes. Outras causas são a SIDA (13%), doenças infecciosas gastrointestinais (8%), infeção respiratória aguda e desnutrição (6% cada), outras doenças infecciosas (4%, incluindo a meningite) e 16% para outras doenças não infecciosas.

A figura 3.1 mostra a tendência da mortalidade infantil segundo os três inquéritos IDS (1997, 2003, 2011) realizados em Moçambique e *Multiple Indicators Cluster Survey* (MICS)

⁸⁷ <http://www.mchip.net/Newborn Health>. Acesso, 14/10/2014.

⁸⁸ Fonte: http://www.unicef.org/mozambique/pt/child_survival_5141.html, Acesso 09/05/2014.

⁸⁹ *Mortalidade neonatal (MN)*: probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida, (de 0 a 30 dias);

⁹⁰ A sepsé é uma condição médica grave caracterizada por estado inflamatório de todo o organismo e presença de infeção. O corpo pode desenvolver essa resposta inflamatória a micróbios no sangue, urina, pulmões, pele ou outros tecidos. A sepsé neonatal ou do recém-nascido é difícil excluir clinicamente em recém-nascidos com menos de 90 dias que tem febre. Exceto em casos óbvios de bronquiolite viral aguda, a prática para recém-nascidos com menos de 30 dias é fazer exame médico geral incluindo contagem completa de sangue, cultura de sangue, urinálise, cultura de urina, estudos e cultura do fluido cérebrospinal. Além disso, em casos de suspeita de sepsé neonatal o bebé deve ser hospitalizado e tratado para infeções bacterianas graves por pelo menos 48 horas até que as culturas não demonstrem crescimento. <http://www.copacabanarunners.net/sepsé.html>, Acesso 12 de Maio 2014.

⁹¹ *Mortalidade pós-neonatal*: probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar o primeiro aniversário (1-11 meses);

⁹² *Mortalidade infantil (4q0)*: probabilidade de morrer antes de completar quatro anos de vida (0-47) meses.

(UNICEF 2008). Nota-se uma grande coerência nas taxas obtidas nos três inquéritos, que revelam uma queda contínua das taxas de mortalidade, ao redor de 140 por 1000 nos primeiros anos da década de 1980 até 64 por mil nos fins da primeira década do 2000, fazendo deste modo com que Moçambique alcançasse o objetivo de milénio quanto à redução da mortalidade em menores de 5 anos.

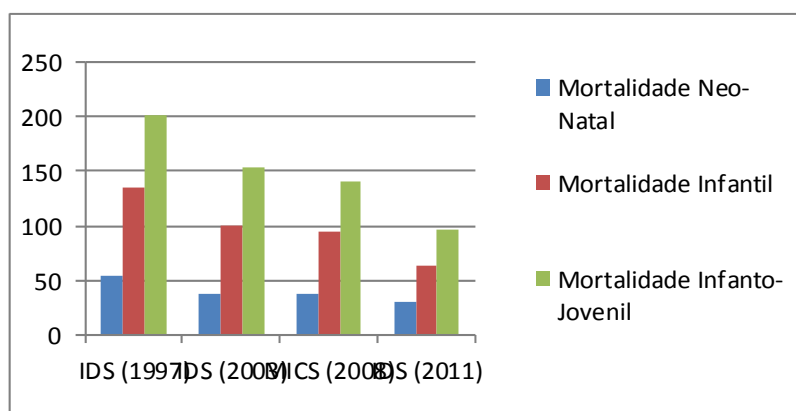


Figura 3.1. Níveis e tendência da mortalidade neonatal infantil e infantojuvenil nos cinco anos anteriores aos inquéritos IDS-1997, 2003, 2011 e MICS-2008 por 1000 NV

Ainda segundo o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS 2011), mais da metade de nascimentos (55%) ocorridos nos cinco anos antecedentes teve lugar nas unidades sanitárias. A percentagem é mais elevada nas áreas urbanas, cerca de 82%, contra 45% nas zonas rurais. Mais de 43% dos partos ocorreram em casa e a percentagem é mais elevada entre os partos realizados nas áreas rurais, cerca de 54%. Os dados mostram ainda que a percentagem de nascimentos ocorridos nas unidades sanitárias tende a aumentar com o número de visitas de cuidados pré-natais, registando 17% sem nenhuma visita e 70% para cuidados pré-natais com mais de quatro (4) visitas.

Há indícios que apontam que, na cidade, as mulheres que possuem maior poder económico tendem a procurar cada vez mais cuidados médicos privados durante o período gestacional, como também optam pelo parto por via de cesariana ou epidural, por eles serem considerados menos cansativos e indolores. Será que esta tendência pode ser traduzida como o

reflexo de uma sociedade cada vez mais globalizada e envolvida com as inovações tecnológicas do mundo moderno ocidental?

Pese embora as demandas internacionais e as orientações políticas para a melhoria do atendimento e da acessibilidade à saúde, quase um terço da população de Moçambique continua sem ter acesso a serviços de saúde e apenas 50% tem acesso a cuidados de qualidade.

A OMS reconhece que existe, em Moçambique, a vontade política de fazer dos recursos humanos uma prioridade na saúde, e como tal, enaltece a criação do Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (2008-2015), mas sublinha que o país precisa de ser financiado adequadamente⁹³, e, de preferência, que dê maior visibilidade à dinâmica sócio comportamental situacional.

Na ótica deste pressuposto, importa explorar, investigar e interpretar os modelos cognitivos (valores, atitudes e crenças) usados pelas mulheres nos diferentes contextos sociais, os quais poderão revelar um problema de compreensão da maneira como estas se percebem a si mesmas e ao seu estado de saúde durante o período de gestação, e ao modo como se relacionam com os diversos sistemas de solução terapêutica disponíveis. O que para nós se torna evidente é que o quadro referencial simbólico de cada mulher pode ter efeitos múltiplos de interpretação e variados mecanismos para a busca de cuidados individuais.

3.1.3. A cidade de Maputo: composição administrativa, sociodemográfica e cobertura sanitária

A cidade de Maputo onde foi realizado estudo de caso, é a capital de Moçambique, e está localizada no sul do país, a oeste da [Baía de Maputo](#), no [Estuário do Espírito Santo](#), onde desaguam os rios [Tembe](#), o [Umbeluzi](#), o [Matola](#) e o [Infulene](#). O município de Maputo possui área de 346,77 km², é limitado pelo distrito de [Marracuene](#), a norte; o município da [Matola](#), a noroeste e oeste; o distrito de [Boane](#), a oeste, e o distrito de [Matutuíne](#), ao sul, todos pertencentes à [província de Maputo](#).

A cidade está situada a 120 km da fronteira com a [África do Sul](#) e a 80 km da fronteira com a [Suazilândia](#) e é dividida administrativamente em sete municípios, a saber: KaMbukwana,

⁹³

Fonte: OMS, 2013.

KaMavota, KaMaxakeni, Lhamankulo, KaMpfumo, Kanyaka, KaTembe. A população é de aproximadamente 1.194.121 habitantes, sendo 576.464 homens e 617.657 mulheres, em 2012⁹⁴.

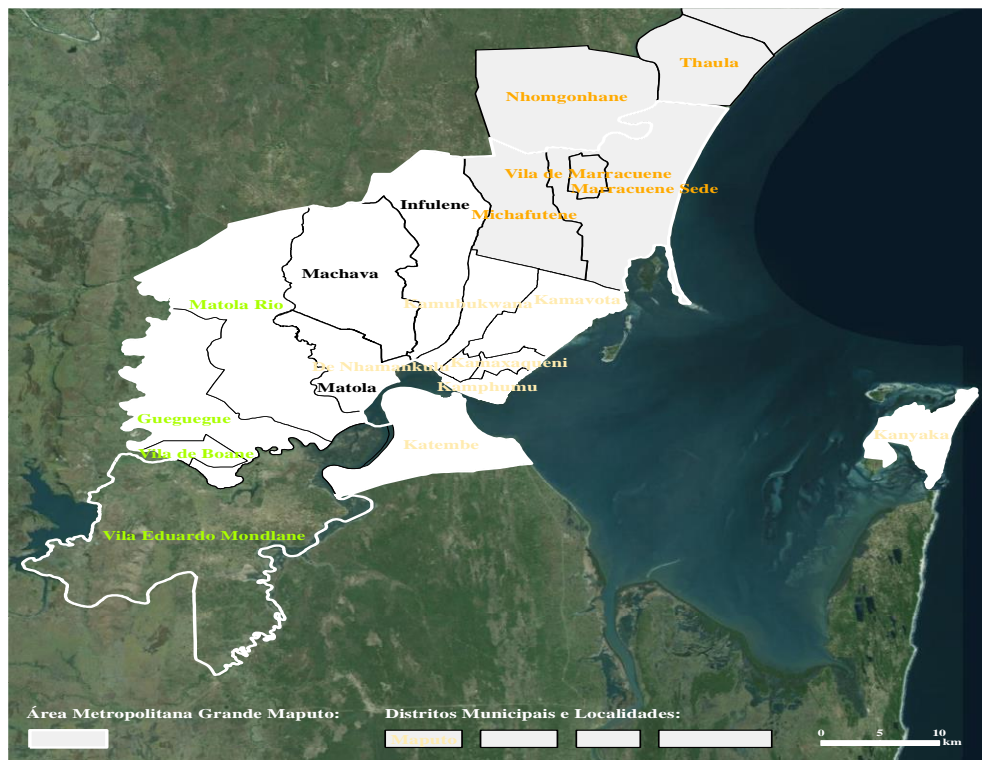


Figura 3.2. Entidades Administrativas (Distritos Municipais e Localidades) da Área Metropolitana de Maputo.

Na antiga toponímia, a cidade encontrava-se organizada por 5 (cinco) distritos urbanos (DU) exceptuando as localidades urbanas da Cembe e da Inhaca⁹⁵. A partir de 2012 passou a vigorar uma nova toponímia de classificação administrativa a saber: Distrito Municipal Urbano 1 - Distrito Municipal KaMpfumo; Distrito Municipal Urbano 2 - Distrito Municipal de Nhamankulo; Distrito Municipal Urbano 3 - Distrito Municipal KaMaxakeni; Distrito Municipal Urbano 4 - Distrito Municipal KaMavota; Distrito Municipal Urbano 5 - Distrito Municipal KaMabukwana; Distrito Municipal da Catembe - Distrito Municipal KaTembe; Distrito Municipal de Inhaca - Distrito Municipal KaNyaka.

⁹⁴ Fonte: www.ine.gov.mz

⁹⁵ Em 2005, por decisão do Conselho Municipal, estas duas localidades urbanas passaram a constituir um distrito urbano.

A cidade de Maputo é composta por um centro urbanizado, que ocupa aproximadamente 8% do território, e por uma área, aqui globalmente designada por peri-urbana, dependente deste núcleo central e diferente do mesmo em aspetos como: a qualidade e quantidade de infraestruturas, de equipamentos básicos e de transportes públicos, a diversidade de usos do solo, principalmente de serviços e actividades económicas, as características habitacionais, a capacidade económica e o estilo de vida dos seus habitantes (DINAPOT, 2006).

O núcleo mais antigo e urbanizado da cidade corresponde ao Distrito Municipal KaMpfumo (DU1). Composto por onze bairros, este ocupa uma área de 12.3 Km² (3.5%) e representa a zona mais elitista da cidade com menos densidade populacional mas com maior concentração de rendimentos, serviços públicos e privados. Residem aqui as elites locais e estrangeiras ligadas à cooperação diplomática fruto da herança da estrutura da “cidade de cimento” que anteriormente serviram a administração e habitação colonial. Pelo contrário, os Distritos Municipais de KaMavota e KaMabukwana em conjunto com os Distritos KaTembe e KaNyaka, são os que apresentam maior densidade populacional e se localizam nas áreas menos urbanizadas e periféricas da cidade, sendo resultado do crescimento urbano dos anos pós-independência. Estes bairros têm uma história local antiga de aglomeração e confinamento habitacional da população constituída por trabalhadores menos favorecidos ou por classes médias baixas, devido às políticas da segregação racial, social e espacial seguidas durante o período colonial. Alguns dos bairros de KaMavota e KaMabukwana, assim como os de KaTembe e KaNyaka, eram, até 1986, espaços rurais pertencentes ao distrito de Marracuene e de Matutuine.

Desde os finais da década 1990 que o governo através da Direcção Nacional de Planeamento e Ordenamento Territorial, vem implementando um processo de reestruturação dos órgãos locais de governação e controle da apropriação e uso dos espaços municipais. Anteriormente este sistema esteve centrados no papel dos secretários dos bairros, chefes de quarteirões e chefes de 10 famílias/10 casas. Atualmente este sistema está descentralizado e compreende uma estrutura composta pelo presidente do conselho municipal, presidente da assembleia municipal, administrador do distrito, chefe do posto administrativos e os chefes de localidades. Estes, por sua vez, não possuem autonomia quer administrativa, quer financeira, pois tais competências estão atribuídas ao governadore provincial.

Na verdade, o que se reconhece é que, pelo mundo inteiro, as grandes cidades têm-se revelado territórios de cada vez maiores desigualdades (Frias, 2006:65). Atualmente, as

referências à pobreza continuam a figurar em vários discursos: *media*, na música, nos debates académicos. No entanto, o conceito parece ganhar novos conteúdos e, por isso, abarca não só a exclusão, mas a desigualdade, injustiça e a segregação. Os dados mais recentes sobre a população urbana mostram que Moçambique está numa posição intermédia na África Subsaariana, com 31% estimados para 2010 e 36% para 2025, mas o país tem uma das taxas de pobreza urbana mais alta (50%), quando comparada com a rural (57%) (INE, 2007).

No que concerne à evolução da estrutura social, Oppenheimer e Raposo (2002) indicam que a aceleração do crescimento da população na cidade de Maputo antes da independência deve-se, em primeiro lugar, ao aumento da migração da população rural africana, situação que se intensifica a partir dos anos 70, com tendência de uma população mais feminina e mais jovem, que vai aumentar no pós-independência, por estar ligada à coabitação matrimonial, à procura de emprego, de melhor educação para os filhos e, mais tarde, em resultado da guerra civil. A emigração para os países vizinhos, por sua vez, terá sido predominantemente masculina, reforçada pela guerra e pela crise económica (Macucule, 2015:21-22).

Na cidade de Maputo, as alterações na estrutura demográfica (crescimento da população e transformações dos agregados), as dinâmicas migratórias pendulares (quotidianas) e de imigração (cidade campo, pequena cidade, grande cidade, internacionais do tipo sul - sul e norte-sul) e o fluxo de capitais, estão a colocar a prova a estrutura urbana atual, ao mesmo tempo que sugerem novas plataformas de acessibilidade para suportar aquelas mobilidades e uma logística capaz de responder à procura que se cria (Macucule, 2015:204).

Tal como o Inquérito aos Agregados Familiares-IAF 2002/03, o Inquérito ao Orçamento Familiar-IOF 2008/09 é uma pesquisa por amostragem junto aos agregados familiares que pretende medir o nível e a estrutura das receitas e despesas e outros dados sobre características demográficas, educação, saúde, emprego, habitação, indicadores de pobreza, entre outro. Os resultados foram publicados no Relatório Final em janeiro de 2004 (INE).

Os indicadores demográficos da Cidade de Maputo mostram que a taxa de crescimento natural da população (%) era de 2.20 em 2006 e 1. 20 em 2007; a taxa bruta de natalidade (por mil) era de 28.40 em 2006 e 27.60 em 2007; a taxa bruta de mortalidade (por mil) era de 8.60 em 2006 e 10.50 em 2007; a taxa de mortalidade infantil total (por mil) era de 56.60 em 2006 e

72.30 2007; a esperança de vida (em anos) era de 58.70 em 2006 e 55.00 em 2007; e a taxa global de fecundidade (nº filhos) era de 3.10 2006 e 2.90 2007⁹⁶.

O quadro abaixo, apresenta a composição da distribuição da população na cidade de Maputo por sexo e distrito municipal de residência respetivamente.

Distritos	Total	Homens	Mulheres	Índice de Masculinidade
Distrito Municipal Kapfumo	110285	53607	56678	94.6
Distrito Municipal Nlhamankulu	158323	77375	80949	95.6
Distrito Municipal KaMaxaquene	230751	112929	117822	95.8
Distrito Municipal KaMavota	323394	155270	168124	92.4
Distrito Municipal KaMubukwana	328913	157659	171254	92.1
Distrito Municipal KaTembe	20975	10090	10885	92.7
Distrito Municipal KaNyaka	5473	2616	2857	91.6

Quadro 3.7. Distribuição da População da Cidade de Maputo por Sexo e Distrito Municipal em 2012

A distribuição de agregados familiares, segundo o número de membros por área de residência, apresenta pequenas diferenças. Assim, na KaTembe 32.6% de agregados familiares são compostos por 3 a 4 membros, contra 30.1% KaMpfumo. Contudo, KaMpfumo supera a KaTembe no que diz respeito à percentagem de agregados compostos por 7 ou mais membros, pois esta é de 23.4%, em KaMpfumo contra 18.8% na KaTembe. Respeitante ao número médio de membros por agregado familiar, em KaMpfumo apresenta-se com uma média acima da nacional, 4.9 pessoas por agregado contra 4.6 na KaTembe. Em Maputo Província, predominam agregados familiares compostos por entre 3 a 4 membros (33%, respetivamente). Nota-se que, os agregados familiares chefiados por mulheres são predominantemente compostos por 3-4 pessoas (34.2%) e por 5-6 (21.5%). Nos chefiados pelos homens, predominam agregados compostos por 5-6 pessoas (31.6%) e 3-4 (30.9%) (INE, 2004).

Em relação a Maputo, a taxa de pobreza oficial desceu de 53.6% para 36.2% entre 2002/03 e 2008/09, principalmente devido ao aumento de emprego na construção e nas empresas

⁹⁶

Fonte: Resultados definitivos do III Recenseamento Geral da População e Habitação, 2007.

de segurança, embora isso esteja provavelmente relacionado também com os avanços na economia informal. Ao mesmo tempo, em Maputo, há diferenças substanciais na receita e na despesa entre os que estão em melhor situação e os pobres. O coeficiente de Gini total é de 0.7 e, embora o quintil mais alto tenha um rendimento per capita de 4.315 MZN, o valor equivalente para o quintil mais baixo é de 388 MZN, muito baixo num cenário mercantilizado como Maputo. Os agregados familiares do quintil mais rico gastam 37.6% do seu rendimento com a habitação, 23.6% com ‘outras despesas’ e apenas 17.8% em comida. Por outro lado, os agregados familiares mais pobres gastam aproximadamente 50% do seu rendimento na alimentação necessária e 32.1% com a habitação – sobrando muito pouco para outras despesas e para investirem no futuro. Além disso, estes dados gerais sobre a pobreza e bem-estar em Maputo escondem variações significativas entre as diferentes áreas urbanas, como evidenciado no quadro abaixo, o qual fornece informação sobre os cinco distritos urbanos da cidade.

Distrito Urbano	População Economicamente Activa %	Habitação Pobre %	Esperança de Vida Anos	Educação Secundária %
KaMpfumu	56.1	12.6	67.6	45.6
KaMaxaquene	51.5	84.1	52.2	15.4
Nlhamankulu	53.9	61.5	55.5	17.9
KaMavota	53.5	80.5	54.1	17.5
KaMubukwana	52.2	74.2	56.7	18.0
KaTembe	50.0	68.7	52.0	14.8

Quadro 3.8 - Indicadores socioeconómicos nos distritos de Maputo

A nível da escolaridade, em 2013, a cidade de Maputo possuía uma população em idade escolar (6-12 anos) de 190.804, em que 94.677 eram homens e 96.127 eram mulheres. Analisando o comportamento da taxa de aproveitamento por sexo, segundo província no ensino secundário do 2º grau, Maputo Cidade mostra que tem a maior taxa de aproveitamento com cerca de 80%, e uma taxa de desistência de 5.5 para ESG1⁹⁷ e de 4.4 para o ESG2⁹⁸ (no total para ambos sexos), onde o valor de 5.8 seria somente correspondente ao abandono escolar feminino. Não se tem o número exato de estudantes matriculados e graduados no ensino superior público para a Cidade de Maputo. Os dados estatísticos do país indicam que, de 2010 a 2013, verificou-se

⁹⁷ Ensino Secundário de Primeiro Grau.

⁹⁸ Ensino Secundário de Segundo Grau.

uma grande diferença entre o número de estudantes matriculados e o número de estudantes graduados, com tendência a aumentar, o número de matriculados passou de 72.541 em 2010 para mais de 97.000 em 2013 (INE, 2012).

Maputo alberga o segundo maior porto da costa oriental de África, ao qual confluem três linhas ferroviárias ligando aos vizinhos Suazilândia, África do Sul e Zimbabwe. A rede rodoviária permite a ligação aos dois primeiros países, por meio das Estradas Nacionais Números 4 e 5 – EN4 e EN5 -, e o resto de Moçambique por meio da Estrada Nacional N1.

Em termos de ligações aéreas, Maputo é servida pelo Aeroporto Internacional de Maputo com capacidades de importação e exportação de produtos e bens de serviço, como também concentra inúmeras instituições públicas e privadas, tais como: hospitais, bancos, sedes de organismos estrangeiros (embaixadas e consulados), escolas, universidades, e onde se localiza as sedes tanto de televisão como da rádio. Possui grande fluxo de mercadorias vendidas nos estabelecimentos particulares ou nos mercados públicos, como também de pessoas que vão e vêm pelos mais diversos motivos.

A expansão do território da Área Metropolitana de Maputo é caracterizada pelo seu sistema de fluxos de difícil delimitação, correndo-se o risco do reducionismo da sua real dinâmica que se configura nos processos de mudança no meio urbano por estarem diretamente relacionados com os sistemas político, económico e social. A cidade expande-se em escala metropolitana, muitas vezes sem o respectivo acompanhamento na infraestruturação, quadro técnico, administrativo e legal de gestão urbana, porque a questão da mobilidade urbana envolve sua relação com o planeamento do espaço urbano.

Os constrangimentos causados pelo congestionamento do tráfego rodoviário, as condições oferecidas pelos transportadores colectivos aos cidadãos, a qualidade dos serviços de acessibilidade ao sistema de transporte e serviços no geral, são problemas actuais da cidade de Maputo, condicionando os mais pobres a gastarem acima de 30% do seu orçamento somente para suprir tais necessidades (para mais detalhes ver o estudo de caso elaborado pelo Fundo para o Desenvolvimento da Comunidade, 2009).

Por outro lado, cada vez mais os cidadãos têm tido maior poder de mobilidade por possuírem automóveis particulares, importados maioritariamente da África do Sul, Japão, Inglaterra, Alemanha, USA, Dubai, dentre outros. Sem esquecer a área de lazer, a cidade comparte inúmeras casas noturnas, além de bares, quatro salas de cinema, clubes, *shoppings*,

campos destinados às atividades desportivas, como também apresentações artísticas (*shows*). O acesso a esses lugares é, muitas vezes, facultado pelo poder aquisitivo das pessoas residentes nesse local e pela circulação de divisas, como é o caso do dólar americano (\$), do Euro (€) e o Rand (moeda da África do Sul), sem esquecer de mencionar a proximidade geográfica das residências aos centros comerciais.

A Rede Sanitária pública da cidade de Maputo é constituída por trinta e quatro (34) Unidades Sanitárias, sendo três (3) Hospitais Gerais, um (1) especializado em Saúde Mental, quatro (4) Centros de Saúde Urbano C, cinco (5) Centros de Saúde Urbano B, quinze (15) Centros de Saúde Urbano A, dois (2) Centro de Saúde Rural do tipo I, quatro (4) Centro de Saúde Rural Tipo II, doze (12) Maternidades e seis (6) Bancos de Socorro.

A rede privada reconhecida pela Direção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM) é constituída por cento e cinquenta e cinco (155) Unidades Sanitárias, sendo quinze (15) Clínicas, setenta e três (73) Consultórios Médicos, trinta e dois (32) Centros de Saúde e trinta e quatro (34) Postos de Saúde. Também inclui dezesseis (16) Laboratórios de Análises Clínicas, oito (8) ambulâncias e cento e quarenta e sete (147) Farmácias Comerciais das quais vinte (20) são estatais.

Não estando sob a jurisdição da DSCM, estão em funcionamento: um (1) Hospital Central, um (1) Hospital Militar e um (1) Instituto do Coração⁹⁹. No quadros 3.9 abaixo, apresentamos os distrito municipal de acordo com a cobertura das Unidades Sanitária sem descurar do número de Maternidades e Bancos de Socorros.

Distritos Municipais/ U.S 2012	Numero de Maternidades e Banco de Socorros por Distritos Municipais		Total
	Maternidade	Banco de Socorros	
KaMpumo			
Polana cimento		1	
KaNlhamankulu			
H.G. Chamanculo	1	1	2
H.G. J. Macamo	1	1	2
CS de Xipamanine	1	1	

⁹⁹ Fonte: Direção de Saúde da Cidade de Maputo.

KaMaxakeni			
CS. 1 de Maio	1		1
KaMavhota			
H.G. Mavalane	1	1	2
CS. 1 de Junho	1		1
CS. Pescadores	1		
CS. Albazine	1		1
KaMubikwane			
CS Bagamoyo	1	1	2
CS. Zimpeto	1		
KaTembe			
CS. Catembe	1		1
KaNyaka			
CS Inhaca	1		1
	12	6	18

Quadro 3.9¹⁰⁰. Número de Maternidades e Banco de Socorros por Distritos Municipais

Um dos grandes desafios encontrados na contextualização da cidade deveu-se à fraca riqueza dos dados estatísticos que dão conta das diferentes dimensões de análise que consideramos ser de precisão objetiva para a abordagem do presente trabalho. Em contrapartida, julgamos como ponto favorável à realização do estudo na Cidade Maputo o facto de esta concentrar um aglomerado populacional heterogéneo, oriundo dos mais diferentes pontos do país.

3.1.4. Evolução do estado de saúde materno-infantil em Maputo

Nas maternidades da Cidade de Maputo nasceram em 2013 35.249 nados vivos contra 31.625 nados vivos no igual período de 2012 e destes 2.926 registaram baixo peso contra 2.326 de 2012, o que corresponde a 8.3% contra 7.4% de 2012. Foram atendidas 274.308 crianças contrariamente 272.523 crianças em 2012, das quais 8.684 desfavoravelmente 10.216 de 2012 registaram crescimento insuficiente que corresponde a 3.2% contra 3.7% de igual período de 2012. A situação de mau crescimento é moderada, uma vez que está abaixo da zona de alarme (16%). Continuam em curso várias atividades para melhorar este indicador como:

¹⁰⁰

Fonte: DSCM, 2011.

As variáveis
<ul style="list-style-type: none"> • Intensificação de educação nutricional nas consultas da criança sadia e pré-natal;
<ul style="list-style-type: none"> • Suplementação com Sal Ferroso e Ácido Fólico à mulher grávida;
<ul style="list-style-type: none"> • Desparasitação da mulher grávida e da criança;
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento preventivo de Malária da mulher grávida;
<ul style="list-style-type: none"> • Triagem nutricional nas consultas da criança sadia;
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de crianças com desnutrição usando o <i>Plumpy nut</i>, Farinha de soja (CSB) e atribuição da cesta básica aos doentes;
<ul style="list-style-type: none"> • Educação nutricional na comunidade.

Quadro 3.10. Indicadores da evolução do estado de saúde da população em Maputo

Ao nível de cobertura saúde materna e infantil, foram realizados 36.277 (89%) partos institucionais contrariamente a 32.905 (82%) em 2012, o que representa uma evolução positiva de 10%. Este aumento deve-se ao trabalho de sensibilização que se tem levado a cabo nas comunidades.

Em relação às consultas pré-natais e pós-parto, nota-se um decréscimo das atividades de 6% e 7% respetivamente. No que toca à Prevenção de Transmissão Vertical (PTV), foram realizadas 34.697 consultas contra 36.400 em 2012, foram testadas 27.943 (81%) mulheres grávidas contra 28.143 (77%) em 2012, e foram diagnosticadas 4.972 grávidas positivas contra 5.957 em 2012. 4.288 mulheres fizeram a profilaxia para a prevenção da transmissão vertical contra 7.545 mulheres grávidas, e 2.695 iniciaram a terapia antirretroviral (TARV) contra 1.067 mulheres grávidas de 2012¹⁰¹.

Indicadores	Realização		
	2012	2013	Plano
Consultas Pré-Natais	37.019 (82%)	34.697 (77%)	100%
Partos Institucionais	32.905 (82%)	36.277 (89%)	100/%
Consultas Pós-Parto	23. 843 (61%)	22.462 (55%)	100%
Novas Utentes de Planeamento Familiar	27.131 (15%)	33.409 (19%)	50%
1ª Consulta 0-11 meses	25.265 (71%)	25.061 (69%)	90%
1ª Consulta 1-4 Anos	27.270 (23%)	23.134 (20%)	60%

¹⁰¹

Idem.

Quadro 3.11. Cobertura Saúde Materno Infantil (SMI)

3.2. Políticas e programas levados a cabo pelo MISAU e seus parceiros, com foco na saúde materna e infantil

O Governo de Moçambique, através das suas ações, tem demonstrado um grande compromisso em atingir os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), sobretudo no que respeita à redução da pobreza e mortalidade materno-infantil. Neste âmbito, têm sido elaboradas e levadas a cabo várias políticas, planos e legislações cujo esteio é a erradicação da pobreza extrema e a melhoria das condições de saúde da população.

No âmbito de implementação do Plano Económico e Social (PES), o MISAU tem vindo a ser apoiado pelos seguintes parceiros: Irlanda, DFID (Grã-Bretanha), da Fundação Clinton, CIDA (Canadá), Comissão Europeia, DANID (Dinamarca), Itália, Espanha, Holanda, Flanders, Organização Mundial de Saúde (OMS), *Save The Children*, Gabinete da Primeira Dama, ICAP, USAID, UNICEF, dentre outros parceiros a trabalhar juntos em grupos de técnicos, liderados pelo próprio MISAU.

Os documentos que materializam as políticas de saúde incluem o Programa Quinquenal do Governo (PQG) 2010-2014, Plano de Ação para a Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014, Plano Operacional Anual (POA), Adenda ao Plano Operacional Anual, Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2007-2012, Diretivas do Governo (DG) para o Sector Saúde, Plano Económico e Social (PES) 2011, Plano de Investimento em Saúde (PIS) 2008-2013, Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRHS) 2008-2015, Programa Trienal de Investimento Público (PTIP) e as estratégias dos diversos programas do MISAU (República de Moçambique, 2006; Ferrinho *et al*, 2008)¹⁰².

No quadro abaixo, apresentamos de uma forma simplificada a materialização dos planos e programas estratégicos de maior visibilidade, no que toca aos principais objetivos do ODM para a área da saúde.

Planos e Programas	Objetivos
--------------------	-----------

¹⁰² Amaral (2011:26).

Programa Quinquenal do Governo (PQG) para 2010-2014	<p>Este programa centra a ação governativa no combate à pobreza, com vista à melhoria das condições de vida do povo moçambicano. O Programa integra objetivos alcançáveis a curto e médio prazos, consubstanciados nas políticas e estratégias nacionais, bem como, nos programas de âmbito regional, continental e internacional. Para a área da saúde, o objetivo central do Governo consiste em promover a melhoria do estado de saúde do povo moçambicano, garantindo cuidados de saúde de qualidade aceitável, gratuitos ou a um preço comportável, a um cada vez maior número de moçambicanos (República de Moçambique, 2010).</p>
Plano de Ação para a Redução da Pobreza (PARP) para 2011-2014	<p>Este plano é a estratégia de médio prazo do Governo de Moçambique que operacionaliza o Programa Quinquenal do Governo (2010-2014), no que concerne ao objetivo do combate à pobreza e promoção de uma cultura de trabalho, com vista ao alcance do crescimento económico inclusivo e a redução da pobreza e vulnerabilidade no País. Entre as prioridades deste plano estão as condições de acesso da população aos serviços de saúde (República de Moçambique, 2011).</p>
Plano Económico e Social (PES) para 2011	<p>Este plano constitui um instrumento de operacionalização dos objetivos de política económica e social, definidos no Programa Quinquenal do Governo 2010- 2014. Os objetivos para o sector saúde integram as prioridades do desenvolvimento humano e social (República de Moçambique, 2010).</p>
Plano de Investimento em Saúde (PIS) para 2008-2013	<p>O PIS tem como objetivos o desenvolvimento da política dos investimentos sanitários e a sistematização da planificação dos projetos de investimento. O objetivo último deste exercício de planificação é atingir uma prestação equitativa de serviços de qualidade, de uma forma eficiente (República de Moçambique, 2003).</p>
Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) para 2007-2012	<p>O PESS baseia-se nas diretivas do Governo para a área de saúde. O PESS procura determinar as abordagens a adotar para a melhoria do estado de saúde do povo moçambicano e visa essencialmente reduzir as iniquidades entre a zona rural e urbana, bem como, as injustiças ligadas ao género, educação e nível socioeconómico. O PESS é um</p>

	guia para todos os intervenientes do sector saúde e constitui o quadro referencial a partir do qual os planos distritais e provinciais, incluindo os planos intersectoriais, devem ser desenvolvidos (MISAU, 2007).
Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRHS) para 2008-2015	Este plano contempla as prioridades nacionais identificadas na Política Nacional de Saúde e no atual Plano Estratégico para o Sector da Saúde e os resultados que dele se esperam são uma contribuição do MISAU para o Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (MISAU, 2008).

Quadro 3.12. Planos, programas e objetivos

Na Cimeira do Milénio que decorreu em 2000, foram definidas as metas de Desenvolvimento do Milénio, onde as áreas relativas à saúde materna e infantil foram consideradas prioritárias¹⁰³. Como resposta às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade materna e infantil, Moçambique aderiu àquela iniciativa com o objetivo de acelerar os esforços para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil.

Nesta conjuntura, a Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), sediada no MISAU, criou em 2008 um Grupo Técnico (GT) de Saúde Materna Neonatal Infantil (SMNI) e Nutrição, que integra gestores de programas relevantes da DNSP e parceiros de desenvolvimento visando juntar os esforços na implementação de prioridades definidas pelos programas de SMNI e Nutrição e a expansão/ fortalecimento de intervenções de saúde prioritárias definidas pelo MISAU.

O GT atua na área da Saúde da Mulher, Recém-nascido, Criança, e Adolescente. Funciona como um órgão nacional de assessoria e apoio técnico ao MISAU nos aspetos relacionados com a implementação dos programas de saúde sexual, reprodutiva, infantil, do adolescente, nutrição e

¹⁰³ Objetivo 4: Reduzir a mortalidade em crianças menores de 5 anos. Meta entre 1990 e 2015, reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos. Em 2007 a taxa de mortalidade em Moçambique era de 201/1000 nados-vivos (nv); em 2003 era de 153e em 2008 era de 138/1000 nv. A meta de 2015 é de chegar aos 108/1000 nv. O Objetivo 5: Melhorar a saúde materna. Meta: Entre1990 a 2015, reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartas partes. A taxa de mortalidade materna em Moçambique em 1990 era de 1000/100.000 nv; em 1997 de 692/100.000nv e em 2003 de 408/100.000nv. A meta para 2015 e de chegar aos 250/100.000nv. (MISAU e AECID - Estratégia da cooperação espanhola para a saúde em Moçambique 2010-2013).

Programa Nacional de Vacinação (PAV), visando o acesso “universal” aos cuidados de saúde contínuos.

Os objetivos do GT são dirigidos a reforçar a capacidade do MISAU a todos os níveis na implementação de intervenções da SMNI com qualidade através do desenvolvimento/atualização de estratégias, normas e guiões em matérias de Informação Educação e Comunicação (IEC), formação, pesquisa, monitoria e avaliação, divulgação e partilha de conhecimento baseado em evidências e advocacia a todos os níveis de sua implementação. Nessa ordem de ideias, as obrigações do GT cingem-se às seguintes tarefas: liderança e governação; reforço dos sistemas de informação de saúde, acompanhamento e avaliação; financiamento à saúde; potenciar os recursos humanos e tecnológicos para a saúde; prestação de serviços às áreas SMNI.

Nas páginas que se seguem, apresentar-se-ão algumas das inúmeras atividades encabeçadas pelo MISAU e seus parceiros (OMS, EGPAF, ICAP, MCHIP, UNICEF, USAID, a Fundação Bill e Melinda Gates, *Save the Children*), na luta contra a mortalidade materna, neonatal, e infantil, com o objetivo de aumentar eficazmente a cobertura de intervenções para salvar vidas.

Com essa abordagem, pretende-se demonstrar a maneira como estas entidades têm levado a cabo as suas políticas de funcionamento num país onde o acesso à saúde se encontra ainda bastante condicionado pela desigualdade (a nível socioeconómico, populacional, territorial), pelo local de residência (campo/cidade), pela falta de recursos (quer da população como das próprias instituições), pelo analfabetismo, sem, no entanto, postergar das diferenças linguísticas, religiosas, culturais, etc.,

Províncias apoiadas pelo EGPAF	Tipo de Apoio	Objetivos
Cabo Delgado	Técnico, sob acordos e financiamento baseado em desempenho (PBF)	Eliminação de transmissão vertical e melhorar sobrevivência de mãe e a criança Tutoria Clínica de SMI/PTV
Gaza		
Nampula	Sob acordos/PBF	Iniciativa da Maternidade Modelo Prevenção do Cancro do Colo Uterino
Maputo	Técnico para Fundação Ariel	SR: integração PF e HIV

Atividades prioritárias de SMI apoiadas através SA	Diagnóstico precoce
Formações:	Iniciativa Hospital amigo de criança
Formação PCR para US da expansão	
Formação em PRN (avaliação e suplementação nutricional para MG e crianças)	Outras atividades planificadas
Formação em TARV para ESMI	Implementação dum sistema SMS para melhorar seguimento dos doentes em cuidados e TARV, incl. MG/MG HIV+ & RN HIV exposta (<i>colaboração com ARK</i>)
Formação CCS/CCR	Fortalecer TARV no SAAJ (Gaza)
US com SAAJ: formações EdP adolescentes	Iniciativa de envolvimento da comunidade na melhoria de qualidade da prestação dos serviços
Formação Maternidade Modelo	Recrutamento TA M&A PTV (nível central)
Formação PF/HIV (<i>em colaboração com Pathfinder</i>)	Recrutamento TA PTV (nível central).
Formação em VBG	
Formação pré-serviço, incl. Enf SMI.	

Quadro 3.13. Programas e atividades apoiadas no âmbito SMI - Elizabeth Glaser Pediatric Foundation (EGPAF)

O MCHIP¹⁰⁴ (Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil) foi implementado em 38 países do mundo com metas globais de reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil; melhorar a cobertura de intervenções de alto impacto; desenvolver e divulgar ferramentas, abordagens, e lições aprendidas. No caso de Moçambique, o MCHIP tem como parceiros a *Save the Children* e a Jhpiego¹⁰⁵, que é a organização líder. A sua primeira fase de implementação foi em maio de 2009 a novembro de 2010, e a segunda fase (*Associate Award*) foi em abril de 2011 a setembro de 2014¹⁰⁶.

O Programa de Saúde Materna MCHIP concentra-se em três áreas principais para melhorar a saúde materna: a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP); prevenção e tratamento

¹⁰⁴ *Maternal and Child Health Integrated Program.*

¹⁰⁵ A Jhpiego, afiliada ao John Hopkins University, é uma organização não-governamental internacional sem fins lucrativos, especializada no desenvolvimento de projetos de assistência técnica na área de saúde.

¹⁰⁶ Fonte: MISAU 2014.

de pré-eclampsia/eclampsia (PE/E); e ampliação do acesso e melhoria da capacidade de parteiras qualificadas (*Skilled birth attendan system* - SBAS) através de liderança global, defesa e integração.

Este organismo doravante parece oferecer uma vantagem de implementação e organização de assistência técnica para os padrões globais. O MCHIP ajudou a desenvolver e disseminar diretrizes essenciais da OMS sobre a prevenção da HPP, prevenção e tratamento de PE/E, e tarefa-*shifting*¹⁰⁷. O Programa também tem sido um líder mundial no apoio a atividades que aumentem a cobertura e o uso de serviços de prevenção da HPP, tais como a gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto (*Active management of the third stage of labor* - AMTSL) na unidade de saúde.

Evidências desses programas têm ajudado o MCHIP a reportar e ser um dos principais contribuintes na luta pela redução da mortalidade materno-infantil, seguindo as orientações e recomendações da OMS que aprovam distribuição antecipada de misoprostol para a autoadministração para evitar HPP. O MCHIP também trabalha para melhorar a qualidade do atendimento do Quadro Orçamental Comum (QOC), através da formação baseada em competências, supervisão de apoio, pesquisas QOC, uma abordagem contínua de melhoria de desempenho orientado para metas e desenvolvimento de recursos de fácil utilização (como o PE/E kit de ferramentas)¹⁰⁸. Não obstante, o Programa de Saúde Materna MCHIP trabalha com

¹⁰⁷ Revezamento de tarefas é o nome dado a um processo de delegação em que as tarefas são movidos, se for caso disso, para os trabalhadores de saúde menos especializados. Ao reorganizar a força de trabalho, desta forma, o revezamento de tarefas apresenta uma solução viável para melhorar a cobertura de cuidados de saúde, fazendo uso mais eficiente dos recursos humanos já disponíveis e por aumento da capacidade rapidamente, enquanto programas de treinamento e retenção são expandidas. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/task_shifting/en/, Acesso 14/10/2015.

¹⁰⁸ Foi desenvolvido pela USAID-financiado Saúde Materna e Infantil Programa Integrado (MCHIP) como um recurso de evidências atuais, materiais e experiências de todo o mundo. Ele reflete as contribuições de muitos doadores, agências, associações, instituições acadêmicas e organizações que identificaram eclâmpsia como uma prioridade e contribuem de diferentes formas para abordá-lo. O objetivo deste e de outros *toolkits MChip* é coletar e recursos que são úteis para os programas nacionais para o desenvolvimento, implementação, monitorização e intensificação das intervenções relacionadas à saúde materna em vários níveis pacote.

outros programas MChip para garantir uma abordagem integrada no sentido de melhorar a saúde materna e neonatal¹⁰⁹.

Província	31-12-2011	30-06-2012	31-12-2012	31-12-2013
Niassa	3	4	6	8
Cabo Delgado	3	4	6	8
Nampula	4	6	9	12
Zambézia	3	6	9	10
Tete	3	5	7	9
Manica	3	5	7	9
Sofala	3	6	8	11
Inhambane	3	5	7	9
Gaza	3	5	6	8
Maputo Província	3	5	7	9
Maputo Cidade	4	5	7	8
Total	35	56	79	101

Quadro 3.14. Cobertura Saúde Materno Infantil (SMI)

O quadro acima ilustra o número cada vez mais crescente de Unidades de Saúde por província que vêm sendo abrangidas pelo apoio do programa MCHIP nos anos de 2011 e 2013. A razão pela qual se fez menção a estes planos, programas e organizações, se deveu fundamentalmente pelo seu carácter, compromisso e impacto, a médio ou longo prazo, em alcançar os ODM. Todavia, o rol das entidades anteriormente citadas não corresponde à totalidade dos demais organismos que, junto com o MISAU, seus parceiros internacionais e a sociedade civil, tem levado a cabo programas de ação teóricos e práticos, com propósito direcionado à melhoria da condição de assistência à saúde materno-infantil ao longo de todo o território nacional.

¹⁰⁹

Fonte: <http://www.mchip.net/Maternal Health>. Acesso 14/10/2014.

Apesar dos esforços realizados para melhorar a saúde materna e infantil, Moçambique ainda possui altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal. É sabido que perto da metade das mortes maternas e neonatais ocorre na esfera doméstica. Tendo em conta que 40 por cento da população moçambicana ainda não é abrangida pela rede sanitária, a margem de mulheres que continua a dar à luz fora das unidades sanitárias é ainda muito grande. Estes partos são considerados de grande risco porque acontecem fora da maternidade em ambientes considerados inadequados por possuírem débeis condições de higienização e atendimento qualificado. Esta situação fez com que fosse necessária a adoção de estratégias de abordagem multisectorial de modo a envolver líderes e provedores de cuidados de saúde nas comunidades, em especial as parteiras tradicionais (PTs) em ações de promoção e prevenção de doenças, a apoiarem no encaminhamento das mulheres grávidas para as consultas pré-natais, a incentivarem as parturientes a terem parto na maternidade e as puérperas a frequentar a consulta pós-parto e do recém-nascido.

A parteira tradicional é uma mulher muito respeitada na comunidade que basicamente conhece seus hábitos, as tradições, crenças culturais, em especial as relacionadas com a gravidez, o parto e com o recém-nascido. Elas são consideradas agentes comunitárias de saúde (ACS), porque promovem e implementam atividades de envolvimento comunitário nesta área de cuidados de saúde e no apoio às mulheres grávidas, recém-nascidos, parturientes e seus familiares presta cuidados de apoio à saúde na comunidade. Com vista a operacionalização da estratégia para o fortalecimento das intervenções das PTs, o MISAU aprova em Abril de 2009 o Programa de Formação de Parteiras Tradicionais e, em 2011, publica o Manual do Participante que é dirigido especialmente às competências das parteiras tradicionais em cuidados básicos perinatais.

Neste âmbito, foi desenvolvido o manual que fornece informações básicas sobre os procedimentos a seguir no atendimento durante a gravidez, parto e recuperação no pós-parto, com uma ênfase na identificação de perigos em cada uma das etapas, por forma a encaminhar as parturientes para as unidades sanitárias de maneira atempada. O mesmo manual de formação ainda explica o tratamento que deve ser dado aos recém-nascidos, os vários métodos de contraceção disponíveis ou a prevenção de infeções de transmissão sexual e HIV/SIDA.

No passado, a abordagem das PTs preconizavam o parto higiénico na comunidade, incluindo a entrega de um kit de parto com pinças, tesouras, etc. Como forma de delimitar a abrangência das suas atividade, o MISAU pretende que elas se concentram nas seguintes

atividades: a) Divulgar informações básicas da saúde materna e neonatal: planeamento familiar, prevenção de ITS/HIV, cuidados na gravidez, PTV, plano de parto, parto institucional, cuidados no pós-parto e do recém-nascido; b) Promover a utilização dos serviços de planeamento familiar, atenção pré-natal, parto institucional, consulta pós-parto/pós-natal; c) Reconhecer os sinais de perigo na mulher grávida, ou em trabalho de parto e puerpério, e encaminhá-la atempadamente ou acompanhá-la a uma US; d) Prestar cuidados básicos de saúde à mulher na comunidade, como distribuir preservativos ou assistir a um parto com higiene; e) Prestar cuidados essenciais ao recém-nascido: higiene do cordão umbilical, manter o recém-nascido aquecido, promover o método mãe-canguru para bebés com baixo peso, amamentar logo após o parto, reconhecer os sinais de perigo e referir à US atempadamente; f) Divulgar e promover a utilização da casa de espera para a mulher grávida; g) Registrar e providenciar informações sobre as atividades que desenvolve¹¹⁰.

Entretanto, não se pode deixar de referir que a atual abordagem adotada pela MISAU e seus parceiros continua a fomentar cada vez mais a afluência na utilização das US e a participação qualificada do parto institucional, ao definir e delimitar a abrangência das competências das PTs por considerá-las apenas agentes paliativos e curativos que colaboram junto das instituições biomédicas. Ignora-se, em certa medida, as suas aptidões e habilidades adquiridas na arte de efetuar partos. Levando em conta todos estes condicionantes, pode-se afirmar que as ações levadas a cabo pelos programas de redução da mortalidade materna e infantil passaram a incluir a participação comunitária na promoção dos cuidados primários de saúde, no sentido de que também reconhecem a fragilidade da qualidade dos serviços institucionais oferecidos à mulher e à criança.

¹¹⁰

Fonte: MISAU (2011: 25).

PARTE III: O ESTUDO DE CASO

Capítulo IV. Aspetos Metodológicos

4.1 Métodos, técnicas e constrangimentos

Método etnográfico

A escolha de Maputo para o estudo proporcionou-se por três ordens de motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de delimitar o espaço da pesquisa; segundo, por poder contar com importantes apoios a nível de organização logística, um elemento fundamental para quem não dispõe de recursos financeiros suficientes para suportar o avultado montante de encargos que as frequentes idas ao terreno implicam (sobretudo quando não se possui subsídio ou ajuda de custos que incluam a componente da pesquisa no campo, como aconteceu neste caso); e pelo fato de esta cidade concentrar bairros com características urbanas, periurbanas e rurais com alta densidade e heterogeneidade populacional. Esta escolha possibilitou, mesmo com baixos recursos monetários, a permanência no terreno e a flexibilidade de chegar aos diferentes locais onde decorreram as atividades da observação participante.

Ao partir para o trabalho de campo, procurámos responder a três questões centrais do projeto de investigação, inter-relacionadas entre si, que nos conduziram a fomentar diferentes perguntas de modo a refletirmos sobre as respostas dadas para compreendermos, em primeiro lugar, como se configura a saúde reprodutiva em Maputo na atualidade; como se configura a relação da mulher/mãe com os sistemas de saúde biomédico e tradicional; e, por último, quais as expectativas que a sociedade constrói em torno da condição da maternidade. Em conversas com conterrâneos do sexo masculino, ao longo do período da investigação, ficou evidente que a mulher-mãe goza de um estatuto privilegiado em detrimento das que ainda não vivenciaram a experiência da maternidade, e esse é um fator estruturante nas relações sociais destas na sociedade moçambicana.

A primeira incursão ao terreno foi realizada em 2012, tendo sido recolhidos diversos dados junto das instituições públicas estatais (MISAU, DSCM, INE, CMCM), nas representações de organizações internacionais (WHO/OMS, UNESCO, USAID, UNICEF, PNUD), entre as

demais, para analisar as ações desencadeadas no âmbito dos programas a nível nacional relacionados com a promoção da saúde materna e infantil.

Em abril de 2013, demos início aos primeiros contactos junto dos interlocutores, de modo a nos sensibilizarmos para um conjunto de problemas recorrentes da gravidez e do parto, bem como para a teia de relações que necessariamente ocorrem, num universo composto maioritariamente por mulheres em idade reprodutiva. Ainda nesse ano foi realizado um estudo exploratório, com o objetivo de caracterizar inicialmente o problema e de permitir um melhor conhecimento do terreno¹¹¹. Numa fase posterior foi aplicado o questionário exploratório, que serviu de base à definição e elaboração dos guiões de entrevistas semiestruturadas e abertas, dos temas abordados nas conversas informais e na escolha dos locais onde decorreram as observações diretas, no caso em questão, os dois Centros de Saúde (Polana Cimento e Campwane), e a banca do mercado público do Xipamanine onde são vendidos os medicamentos tradicionais.

Para Manzini (1990/1991:154), a entrevista semiestruturada está focalizada num determinado assunto em torno do qual é elaborado um roteiro com perguntas principais, acrescentadas por questões inerentes à circunstância da entrevista. Para o autor, este tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização. Ao fazer referência às diferentes modalidades de perguntas na entrevista semiestruturada, Triviños (1987:150) argumenta que existe uma diferenciação de modelos teóricos, que podem ser de orientação fenomenológica ou histórico-estrutural (dialética). De acordo com a linha teórica fenomenológica, o objetivo seria atingir o máximo de clareza nas descrições dos fenômenos sociais pois, de certo modo, as perguntas descritivas teriam grande importância para a descoberta dos significados dos comportamentos dos indivíduos em determinados contextos socioculturais. Seguindo a linha histórico-cultural (dialética), as perguntas poderiam ser designadas como explicativas ou causais.

Dado o propósito da investigação, foi adotada uma abordagem de investigação no formato de um estudo de caso etnográfico, sem ignorar, porém, o recurso aos dados quantitativos pela sua pertinência e relevância para o estudo em questão. Este tipo de abordagem (qualitativa) não só permite obter respostas em profundidade sobre o que as pessoas pensam e sentem, como também trata dos aspetos contextuais e emocionais destas respostas (Debus, s.d. *apud* Amaral,

¹¹¹ Rodrigues, W (2007:5).

2011:17). Esta abordagem qualitativa corresponde a vários modelos teóricos que ligam “o raciocínio sociológico” ao seu contexto (Passeron, 2006). Os antropólogos privilegiam a “descrição densa”, que tem como objetivo descrever e analisar conexões das ações e as significações que os seus autores atribuem a elas (Geertz, 1998), ou micro-histórias, comprometidas com a identificação de estruturas invisíveis de acordo com as quais as experiências dos atores são articuladas (G. Levi 1989). No quadro desta investigação, a observação direta das interações *in situ*, entre as parturientes, as suas famílias e os profissionais de saúde, permitiu-nos aderir ao “curso normal das coisas” (Farge 1994 *apud* Jaffré, 2012).

Segundo Hammersley e Atkinson (1983), o termo “etnografia” refere-se, em termos metodológicos, à investigação social que comporte a generalidade das seguintes funções: a) o comportamento das pessoas é estudado no seu contexto habitual e não em condições artificiais criadas pelo investigador; b) os dados são recolhidos através de fontes diversas, sendo a observação e a conversação informal as mais importantes; c) a recolha de dados não é estruturada, no sentido em que não decorre da execução de um plano detalhado e anterior ao seu início, nem são pré-estabelecidas as categorias que serão posteriormente usadas para interpretar o comportamento das pessoas (o que não significa que a investigação não seja sistemática, mas apenas que os dados são recolhidos em bruto, segundo um critério tão inclusivo quanto possível); d) o foco do estudo é um grupo não muito grande de pessoas, mas, na investigação de percursos biográficos, o foco pode ser uma única pessoa; e) a análise dos dados envolve interpretação de significado e de função de acções humanas e assume uma forma descritiva e interpretativa, tendo a quantificação e análise estatística incluída, um papel meramente acessório.

De acordo com George Marcus (1995), a etnografia move-se da convencional localização e consiste em uma parte simples, contextualizado através da construção macro de uma ampla ordem social, tal como o sistema mundial capitalista para múltiplos locais de participação e observação que rompe com dicotomias tais como o “local” e o “global”, “experiências universais” e o “sistema”. Segundo Beaud e Weber (2007), a etnografia está subordinada à relação quotidiana do conhecimento íntimo, construído face a face entre o pesquisador e o seu/s informantes (comunidades ou grupos). Esta expõe às claras a complexidade das práticas sociais mais comuns dos pesquisados, aquelas que acabam passando despercebidas, que acreditam serem “naturais”. A imersão do pesquisador no meio pesquisado reconstitui as visões de base mais variadas do que se imagina; permite o cruzamento de diversos pontos de

vista sobre o objeto, torna mais clara a complexidade das práticas e revela a sua densidade. Neste sentido, a escolha pelo trabalho etnográfico, neste estudo, tem especial virtude para responder à questão do ato da observação dado o seu “tradicional ecletismo tecnológico e fuga do teoricíssimo” (Caria, 1999:9), e possibilitar uma variedade de métodos e modos de participação “adequados” para cada local.

O argumento de Davies (1999) é que os métodos etnográficos podem produzir conhecimento válido sem a participação completa e total de aquisição do conhecimento local pelo etnógrafo, desde que este “honestamente examine, e torne visível na sua análise, a base da sua afirmação de conhecimento na experiência reflexiva” (Davies, 1999:92). Um dos caminhos a ser adoptado para orientar o projeto etnográfico é seguir os “autores” (nas ações quotidianas) e as “metáforas”, quando a coisa é rastreada dentro da esfera do discurso e dos modos de pensamento, em seguida, a circulação dos signos, símbolos e metáforas. Este modo envolve localizar os relatos sociais e fundamentos de associações que são claramente vivos no uso da linguagem e por meios de comunicação visual. Assim, o trabalho de campo, como afirma Michael Genzuck (1993), é uma experiência pessoal, sendo a interligação dos procedimentos de campo com as capacidades individuais (do investigador) e com a variação situacional que fazem do trabalho de campo uma experiência tão personalizada.

A recolha de dados exigiu a conjugação de diferentes recursos metodológicos. A utilização destes procedimentos combinados permitiu abarcar numa mesma análise a ação dos profissionais do SNS, do sistema tradicional, e as narrativas das trajetórias de vida dos entrevistados. Ao agrupar diferentes técnicas para recolha de dados, pensamos ter sido mais objetivos e conseguir obter um maior aprofundamento da problemática tratada.

Englobamos no primeiro grupo de informantes os profissionais provedores de cuidados de saúde, distinguindo os profissionais do sistema convencional (o médico ginecologista obstetra, enfermeira SMI, enfermeira parteira), e os do sistema tradicional (a curandeira, a parteira tradicional e o vendedor de medicamentos tradicionais). O segundo grupo, a que tratamos por informantes-chave ou privilegiados, é composto pelas mulheres-mães, uma vez que neste caso escolhemos trabalhar apenas com mulheres. E no terceiro grupo entrevistámos os seus companheiros ou maridos, alguns dos quais nos facultaram testemunhos da sua experiência pessoal neste campo, o que nos permitiu aceder a dados importantes para o estudo.

O terreno

A pesquisa de campo teve início no dia 28 de setembro de 2012 e decorreu até 29 de agosto de 2015. O estudo etnográfico foi realizado em dois Municípios da Cidade de Maputo: um na zona urbana, denominado distrito KaMpfumo, e outro numa zona periurbana ainda com características rurais de nome KaTembe.

A análise incide sobre o discurso, comportamento e trajetórias individuais das mulheres (ainda em idade reprodutiva, dos 15-49 anos de idade) que tiveram nascimentos vivos nos últimos cinco anos. Os informantes foram selecionados a partir do prévio mapeamento de existência dos sistemas de saúde de apoio às grávidas no terreno que nos permitiu definir as principais categorias de análise por parte das mulheres-mães, dos seus companheiros e dos profissionais provedores de cuidados de saúde, sendo estes compostos por um total de trinta e seis entrevistados. Relembrando que o número dos informantes-chave na pesquisa é composto de vinte (20) mulheres-mães (dez de KaMpfumo e dez KaTembe) que já viveram a experiência da maternidade e aquelas que, na ocasião, estavam a passar pelo período de gestação. Ao estudo foram incluídos dez (10) informantes do sexo masculino (sendo estes companheiros das mulheres participantes na pesquisa); uma (1) praticante de medicina tradicional (curandeira); um (1) médico ginecologista/obstetra; uma (1) enfermeira de saúde materna infantil; uma (1) parteira elementar; uma (1) parteira tradicional; e um (1) vendedor de medicamentos tradicionais em atividade, em Maputo.

Todo o rigor exigido pela preservação do anonimato dos informantes foi aqui levado em consideração. No caso dos profissionais do SNS e tradicional, estes foram identificados pela categoria e função exercida no seu campo da atividade. Para os demais entrevistados, a identificação é feita pelo uso de nomes fictícios de modo a tornar reconhecível a sua personificação diante da retórica apresentada.

Para além das entrevistas, foi privilegiada a observação participante no formato que abaixo descrevo, que permitiu desencadear uma série de situações de inserção e vivência “no campo” em diferentes níveis e graus de interação entre o sujeito da investigação e o investigador. Desta maneira, foi possível englobar a teia relacional e as redes de sociabilidade em que os sujeitos deste estudo estão inseridos. Por outro lado, as entrevistas aprofundadas e a observação

participante permitiram circunscrever a especificidade dos modelos de interpretação de tabus, mitos e estereótipos sociais sobre gravidez/parto, como também, as escolhas individuais e coletivas que estão intrinsecamente relacionadas com a utilização de serviços de saúde materno-infantil.

4.1.2. Método de recolha dos dados

Para a recolha indireta de dados, foram utilizados os censos (INE) e outras informações estatísticas relevantes (MISAU, USAID, PNUD, WHO/OMS, UNICEF, UNESCO, entre outros), que me proporcionaram uma aproximação quantitativa ao universo da população a residir na área em estudo. Também foram consultadas outras fontes secundárias disponíveis para a exploração de reflexões autobiográficas plasmadas em livro, revistas, jornais, relatórios, seminários, conferências, colóquios, atas, fotografias, panfletos de campanhas publicitárias, vídeos e outros suportes.

Neste contexto, foi deveras importante analisar as ações institucionais desencadeadas no âmbito dos planos de desenvolvimento e promoção da saúde materno-infantil, com o enquadramento institucional do Programa Nacional de Planeamento Familiar, mas também a literatura cinzenta relevante e as monografias disponíveis.

A abordagem inicial aos entrevistados foi estabelecida a partir do uso das redes sociais (de familiares e amigos) do investigador. Ao contactar com alguns sujeitos previamente identificados como elementos do grupo que se pretendia estudar, estes sujeitos puseram o investigador em contacto com outros membros desse grupo e assim sucessivamente, segundo o método conhecido como “bola de neve”. A interação com os informantes foi feita através de convívios formais e informais (alguns detes não agendados) uma vez que nestas conversas dizemos muito sobre nós mesmos, o que nos permitiram ir ampliando o diálogo que se revelaram ser de grande valia na recolha das informações. O conjunto dos entrevistados (36) representa o limiar que considerámos indispensável para o aprofundamento das preocupações da temática em apreço, devido à saturação das respostas encontradas.

A escolha das interlocutoras (mulher-mãe) obedeceu a cinco critérios de inclusão, a saber: 1) ter entre 15-49 anos de idades; 2) residir dentro da área geográfica em estudo; 3) para

além de outros idiomas, ser também falante do português¹¹²; 4) ter passado pela experiência da maternidade num período de tempo não superior a 5 anos ou estar grávida (durante o período em que decorreu a pesquisa); 5) aceitar conviver com o pesquisador durante o trabalho de campo.

Para o caso dos informantes do sexo masculino, a sua participação e inclusão na pesquisa estava condicionada ao prévio envolvimento da sua parceira. A abordagem aos demais informantes (profissionais da área de saúde, curandeiro e vendedor de medicamentos) só foi possível pela complacência de alguns intervenientes que, sensibilizados com as nossas preocupações e apelos, se prontificaram a ajudar e, desse modo, contribuíram para o desenrolar e progresso da pesquisa¹¹³.

No início da investigação foi aplicado um questionário exploratório¹¹⁴, com perguntas semiabertas e fechadas, de modo a descrever essa população em termos de características psicossociodemográficas, buscando sempre dados que retratam sobre cuidados pré-natais e parto. Definimos o *acompanhamento pré-natal* como sendo o número de visitas pré-natais que a mulher grávida efetuou na unidade sanitária, o número de meses da gravidez, quando a mulher fez a primeira visita, e o número de doses da vacina antitetânica que a mulher recebeu. Por sua vez, *assistência ao parto* está definido segundo o tipo de profissional de saúde que assistiu ao parto e o local onde este ocorreu.¹¹⁵ Acreditamos que estes dois serviços de saúde (pré-natal, assistência ao parto) destinados às mulheres em idade reprodutiva, em especial, às que atualmente participam do processo reprodutivo, são mecanismos importantes para identificar subgrupos de mulheres que estão em risco devido ao fraco ou não uso desses e outros serviços de saúde, importantes para a planificação da ampliação da cobertura de serviços de saúde.

Para o itinerário de entrevistas mais aprofundadas foi usado o esquema de perguntas semiestruturadas e abertas¹¹⁶ sem postergar as abordagens às trajetórias de vida, seguindo um

¹¹² Havendo situações onde este critério teve que ser reconsiderado devido ao fraco domínio da língua portuguesa por parte de alguns entrevistados.

¹¹³ Guiões de entrevistas dos provedores de cuidados de saúde convencional e tradicional, ver anexo H

¹¹⁴ Cf. anexo C.

¹¹⁵ Fonte: IDS Moçambique 2011.

¹¹⁶ As histórias de vida tornaram-se das técnicas de recolha de dados mais caros aos antropólogos. Enquadram-se na categoria das entrevistas livres e têm por isso um carater muito alargado (Cannell e

roteiro com principais tópicos adotados a partir das temáticas em discussão¹¹⁷. De acordo com Frias (2006:45):

Esta técnica de entrevista, ao permitir ao entrevistado um discurso livre e autónomo acerca do tema em análise, devolve-nos um conjunto de informações de onde ressaltam não apenas as experiências e as emoções desses mesmos entrevistados - que Ghiglione e Mtlon (1993) distinguem em conhecimentos de teor cognitivo e de teor afectivo, mas onde também se podem reconhecer os momentos dessa experiência mais e menos valorizados pela própria personagem da história.

A observação e a participação no campo não seguiram um roteiro previamente definido pelo pesquisador, ela foi-se adequando às situações de acordo com a exigência e circunstâncias apresentadas, de maneira que os participantes do estudo foram sendo acompanhados em diferentes espaços da esfera pública e privada, nomeadamente, na casa dos próprios entrevistados, nas casas dos vizinhos, em locais de lazer (parques, restaurantes, bares, festas), no local de trabalho (mercado), em dois dos Centros de Saúde (Polana Cimento - Tipo A¹¹⁸ e Campwane - Tipo I¹¹⁹), onde algumas entrevistadas fazem as suas consultas pré-natal, pós-parto, recebem tratamento e, em algumas situações, realizam partos.

A observação participante realizada nos dois Centro de Saúde foi o ponto alto da investigação pelo fato de ter sido possível assistir ao parto-biomédico (institucional) o que contribuiu tangivelmente e materialmente na percepção das lógicas subjacentes àquele universo.

Antes de se iniciarem as entrevistas gravadas, todos os participantes foram informados para qual fim se destinava o estudo em curso por via de atribuição de uma folha contendo todas

Kahn 1968). Permitem que o entrevistado encaminhe o discurso segundo o seu próprio raciocínio, e que o organize segundo o seu quadro de referências, sem a interferência do entrevistador (Frias, 2006:45).

¹¹⁷ Roteiros das entrevistas ver anexos C e D.

¹¹⁸ **O CS Urbano Tipo A** destinasse a servir populações da Zona urbana de influência direta (de 1 a 4km de raio), compreendidas entre 40 00 e 100 000 habitantes. Localiza-se nas Cidades ou em Bairros destas, sempre que a densidade populacional o justificar.

¹¹⁹ **O CS Rural Tipo I** destina-se s servir populações, da sua zona de influência direta, compreendidas entre 16 000 e 35 000 habitantes. Localiza-se em sedes de distritos com pouca população e em sedes de Postos Administrativos ou de Localidade ou em qualquer outro lugar onde a população o justifique.

as informações sobre as modalidades de estudo¹²⁰, a cada um foi facultado um termo de consentimento informado¹²¹, que, depois de lido e devidamente assinado, foi-nos devolvido.

Em média, as entrevistas duravam entre 40 e 60 minutos. A faixa etária dos trinta e seis (36) entrevistados vai dos 19 aos 63 anos de idade, foram escolhidos informantes de ambos sexos (24 mulheres e 12 homens). A recolha das informações não se limitou apenas aos eventos e ocasiões onde eram aplicadas as entrevistas, mas também, esta foi possível de se medrar em diferentes contextos e situações diversas, onde as conversas eram dirigidas de forma intencional com vista a explorar alguns aspetos das dimensões cognitivas de representações simbólicas intrinsecamente relacionadas com a gravidez e o parto. E todas as palavras pronunciadas durante o trabalho de parto, ou entrevistas com atores diversos, foram gravadas, traduzidas e escritas por extenso.

Método Etnográfico	Técnicas
Recolha de dados combinada	Pesquisa documental Pesquisa de dados estatísticos Observação participante Pesquisa exploratória Questionário Entrevistas Semiestruturadas e Abertas Percurso biográficos Conversas informais Diário de campo Registos fotográficos
Análise e tratamento das entrevistas	Grelhas de análise
Seleção de informantes	Mapeamento de sistemas de saúde de apoio às grávidas no terreno
Critério inclusão	(compreende) 5 Prerogativas
Rigor	Anonimato Consentimento informado

¹²⁰ Vide anexo F.

¹²¹ Vide anexo G.

Quadro 4.1. Técnicas usadas para a recolha de dados da pesquisa

Participantes - Total 36	KaMpfumo	KaTembe
Mulheres-Mães / informantes –chave	10 urbana	10 rural = 20
Homens-Pais	5 urbana	5 rural = 10
Profissionais SNS Médico ginecologista/obstetra; Enfermeira SMI Parteira convencional	3	
Profissionais Tradicionais Parteira tradicional Curandeira Vendedor de medicamentos	3	

Quadro 4.2. Caracterização dos participantes na pesquisa

Depois de feita a apresentação e descrição dos dados, segue-se a interpretação e discussão com base na análise do discurso¹²². Os dados são apresentados em formato textual consubstanciado por quadros, tabelas e gráficos, que ilustram os perfis dos entrevistados, dos agentes e provedores de cuidados de saúde convencional e tradicional, os percursos e experiências das mulheres durante o período em que estão grávidas, durante o parto e pós-parto.

4.1.3. Constrangimentos

Ao longo da pesquisa, deparei-me com dificuldades de ordem financeira devido ao atraso (durante cinco meses) do pagamento do subsídio referente à bolsa de estudos, o que conduziu a mudança dos locais (Chockwè – zona Sul e Ribaúe – zona Norte) previamente escolhidos para a realização do trabalho de investigação. Na impossibilidade de me deslocar para outros territórios do país, a solução partiu por direcionar o local de realização do trabalho de

¹²² Vide grelhas de tratamento das entrevistas anexo I.

campo e eleger a província de Maputo, mais especificamente, os distritos municipais de KaMpfumo (área urbana) e KaTembe (área rural). Todavia, o novo panorama condicionou a alteração da palavra Moçambique do título anterior, passando o presente trabalho a se chamar “*A Mulher em Maputo: Dimensões Antropológicas de Género e Reprodução*”.

O outro obstáculo difícil de ultrapassar foi a denegação do protocolo de pesquisa submetido junto ao Comité Nacional de Bioética para a Saúde em Moçambique, apesar de o estudo ter sido autorizado pela Direção de Saúde da Cidade de Maputo¹²³. Esse fato regulou e influenciou a maneira que tivemos o acesso aos dados dentro e fora das instituições públicas e privadas que prestam serviços de atendimento à mulher e à criança. A privação de uma credencial a autorizar a realização da investigação pelo Comité dificultou ainda mais a participação dos profissionais da saúde no ato da realização das entrevistas, no fornecimento de dados e na observação participante das suas atividades, por razões ético-profissionais assentes numa estrutura “burocrático institucional” enraizada no país.

Na tentativa de contornar esse obstáculo, foi submetido um pedido de afiliação junto ao Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) em Moçambique, de modo a conseguir uma credencial que me pudesse conferir legitimidade e elegibilidade perante as demais instituições e figuras singulares, fato que acabou por culminar com uma rejeição pouco plausível na sua justificação, uma vez que havia cumprido com todas as exigências da instituição, incluindo uma apresentação pública no Ciclo de Seminários Interdisciplinares organizada pelo DAA, em 6 de Agosto de 2013.

Na tentativa de reverter este cenário desfavorável e até desmotivador, procurei sensibilizar o maior número possível de pessoas (familiares, amigos, ex-colegas de trabalho, e conhecidos) da importância de participação e/ou indicação de possíveis colaboradores dentro do perfil pretendido. A ajuda das mulheres-mães revelou ser uma mais-valia na sensibilização da participação masculina (dos seus parceiros), de igual modo contribuiu na indicação de outros informantes (curandeira, parteira tradicional).

Durante a realização das entrevistas tive que lidar com situações adversas que me levaram a interromper vezes sem conta as gravações, pelo fato do (a) entrevistado(a) estar a realizar as tarefas domésticas; pelo choro de criança; pela visita de algum vizinho ou familiar;

¹²³

Ver anexo J.

pelo som alto da chamada telefónica; ou por este (a) estar a realizar algum tipo de atividade. Não obstante, a falta de interesse ao responder as perguntas foi algo que ficou claramente evidente pela maneira simplificada que muitas respostas eram proferidas. Para o caso das entrevistas à parteira tradicional e à curandeira, foi necessário a utilização de um intérprete (de Xichangana para o Português e vice-versa) pela falta de domínio do Xichangana.

O presente trabalho apresenta uma fraqueza que reside no fato de não ter sido possível assistir ao parto realizado dentro da esfera doméstica (em casa), o que impossibilitou que se fizesse uma descrição mais densa e pormenorizada do evento de maneira a indicar quais os aspetos mais positivos e/ou negativos a nível de comparação com o parto realizado dentro das instituições públicas de saúde.

É importante frisar que o estudo realizado está diretamente relacionado com o exercício de compreensão e interpretação de modelos cognitivos (valores, atitudes, mitos, estereótipos e crenças) ligadas à conceção (gravidez/parto) usados pelas mulheres dos dois municípios. O desafio está em abordar a realidade emocional de nós como indivíduos porque todos temos opiniões sobre tudo, e ainda mais sobre nós mesmos (Gutman, 2011:9).

Capítulo V. Apresentação e discussão dos resultados

O presente capítulo tem por objetivo analisar e comparar os discursos e percursos das mulheres-mães na busca de cuidados relativos à assistência pré-natal e ao parto, tanto no SNS como no sistema tradicional. Pretende-se identificar os fatores que inibem e/ ou propiciam as trajetórias individuais na busca de cuidados de saúde maternos, comparando dois bairros da cidade de Maputo (KaMpfumo e KaTembe). Procurou-se avaliar os diversos fatores que enformam a decisão das mães, tais como: incómodos; benefícios; percepção sobre o desfecho do tipo de intervenção ligado ao parto. Foram comparados diversos espaços onde os cuidados ligados ao parto são providenciados, incluindo as Unidades de Saúde, as casas das parturientes, os espaços privados dos curandeiros, ou ainda as igrejas, e identificaram-se os aspetos mais relevantes dos cuidados e tratamento prestados que orientam as decisões das parturientes.

5.1. Os agentes convencionais (SNS) e tradicionais, enquanto provedores de cuidados de saúde reprodutiva feminina

5.1.1. Profissionais do SNS

No contexto estudado (Maputo), constatamos a existência de vários agentes que disponibilizam uma variedade de abordagens e alternativas de atendimento à mulher grávida, independentemente do seu estado de saúde, nomeadamente hospitais, centros de saúde, farmácias biomédicas, farmácias tradicionais, curandeiros e igrejas. Tratamos por agentes provedores de cuidados de saúde o conjunto de instituições e profissionais compostos, primeiramente, pelo sistema convencional - centros de saúde, médicos (as), enfermeiros (as), parteiras. O segundo grupo inclui o sistema tradicional, curandeiros (as), parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos tradicionais e profetas/pastores da igreja (Zione).

Começamos pela descrição daquele que é a primeira referência na estrutura organizacional do SNS como base nas competências e no trabalho prestado pelos Centros de

Saúde¹²⁴ que atuam, prestando cuidados de saúde biomédicos institucionalmente regulamentados. Tendo o estatuto de unidades de saúde de primeira referência, os Centros de Saúde da Polana Cimento e o de Campwane-Boane oferecem à população circunvizinha cuidados curativos, de reabilitação e preventivos, tais como a vacinação, o TARV (tratamento antirretroviral), os cuidados pré-natais, o parto, os cuidados com o pós-parto, o planeamento familiar, o acompanhamento e a monitorização do crescimento da criança. No entanto, os serviços de assistência prestados pelos CS aos cuidados de saúde materno-infantil nem sempre agem em conformidade com base em critérios de qualidade e equidade. Uma das razões pelas quais existem disparidades na forma de atendimento deve-se à prévia definição do perfil das competências de atuação designadas para a funcionalidade de cada CS. Tomamos como exemplo o caso do CS da Polana Cimento, que está apenas habilitado a realizar o acompanhamento pré e pós-natal, mas não a efetuar o parto institucional, situação que já é diferente no segundo CS (Campwane-Boane), onde é possível encontrar a modalidade do parto assistido, mas que ainda não está capacitado para realização do parto cirúrgico por cesariana.

Refira-se que os principais serviços nos CS funcionam normalmente durante o dia, num período que vai das 07:30 às 15:30, como ocorre no CS da Polana Cimento. No caso do CS de Campwane-Boane, os serviços mantêm-se em funcionamento vinte quatro horas por dia. Pela manhã, variados tipos de serviços são prestados ao público em geral (homens, mulheres e crianças), e, no período da noite, somente são oferecidos os serviços referentes à maternidade. Para manter o funcionamento noturno, o Centro conta com serviços de plantão (em turnos de 24 horas) de uma enfermeira/parteira e uma servente que auxilia nos cuidados das pacientes e encarrega-se da higienização do local.

Um dos aspetos que observamos foi que os dois CSs ainda não possuem aparelhos para o exame de ecografia e os laboratórios dispõem de poucos equipamentos para diagnóstico e análise de determinadas patologias. Normalmente, quando há necessidade de realizar análises clínicas mais elaboradas, os próprios profissionais dos Centros fazem a coleta do material a ser analisado em laboratórios melhor equipados e, outras vezes, instruem os utentes sobre os

¹²⁴ O Centro de Saúde, tendo sob a sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde.

procedimentos da coleta do material em casa, para só de seguida se dirigirem a uma US circunvizinha que possua um laboratório capaz de fornecer tais resultados. Constatou-se também que, nos Centros, não existem salas de espera onde os utentes e seus acompanhantes possam aguardar pelo atendimento, a alternativa encontrada foi acomodar os usuários em bancos dispostos nos corredores e varandas das instalações dos Centros.

As instalações do CS de Campwane-Boane possuem uma receção, um gabinete médico, um gabinete para consultas, uma farmácia, um gabinete de PAV (Programa Alargado de Vacinação), uma copa, uma casa de banho e o setor de saúde materno infantil (SMI), onde funciona a maternidade do CS. Por seu turno, a maternidade agrega uma sala de economato; uma sala de pré-natal; uma sala para observação; uma sala de puerpério – onde a mulher fica a aguardar pela hora do parto, servindo também de enfermaria do pós-parto; por último, uma sala de parto – local onde decorrem os exames de toque para verificação do grau da dilatação do canal vaginal e o próprio parto.

A sala do parto está equipada com uma marquesa revestida por um lençol onde é realizado exame de toque; uma cama onde decorre o trabalho do parto; um aspirador vácuo elétrico; uma balança na qual o bebé é pesado assim que nasce; um berço; uma barra de ferro que serve de apoio para o balão do soro; uma estante contendo fichas clínicas, comprimidos, vacinas, balões de soro e álcool; baldes de lixo; um escadote com dois degraus para auxiliar a mãe na subida da marquesa; um urinol; por fim, baldes contendo material esterilizado tais como luvas, gases, compressas, tesouras, etc.



Figura 5.1. CS da Polana Cimento (Tipo A) e sala de parto do CS de Campwane (Tipo I)

O trabalho dos profissionais de saúde convencional (médico ginecologista/obstetra e enfermeiras/parteiras SMI e convencional) está circunscrito à esfera institucional precedentemente determinada de acordo com as competências profissionais de cada especificidade. Passamos a descrever as obrigações e aptidões dos nossos interlocutores de forma a compreender como estes se definem enquanto profissionais.

O médico ginecologista/obstetra vem trabalhando durante os últimos 38 anos no SNS. Há 20 anos, especializou-se no atendimento à saúde reprodutiva da mulher no sector de rastreamento do cancro do colo uterino, da mama, do endométrio e do ovário. Por longos anos, desenvolveu a sua atividade profissional na maternidade e na clínica do HCM, onde realizou consultas pré-natais, consultas de alto risco obstétrico (ARO), assistência ao parto puerpério do início ao fim, como também prestava assistência à mulher depois do parto num período de até 45 dias. Segundo o próprio médico, desde que se reformou, em 2011, passou a encabeçar o grupo de pesquisa do rastreio do cancro uterino e da mama (CANCUM) numa instituição não-governamental denominada ICAP.

A enfermeira de saúde materno-infantil encontra-se no exercício da sua atividade profissional há 32 anos. As suas responsabilidades dentro do CS da Polana Cimento englobam várias modalidades, que vão desde o atendimento do pré-natal, observação das mulheres grávidas – seguindo-as mais de perto caso se diagnosticasse alguma patologia – até o acompanhamento das

mulheres e da criança após o parto, complementa-se com o serviço de aconselhamento no quadro do planeamento familiar.

A norma que saiu há muito pouco tempo [2011] diz que a mulher deve comparecer na unidade sanitária logo que suspeite da gravidez. Durante a consulta abrimos uma ficha onde colocamos todas as informações da paciente e depois damos o cartão que contém a data da próxima consulta. Uma semana depois do parto, instruímos a mãe que ela deve vir com a criança para as duas poderem ser observadas de modo a se verificar se existe alguma patologia ou não, porque durante o parto pode ser que algo não tenha corrido bem e com este tempo pode-se logo detetar. No planeamento familiar aconselhamos que as mães façam o espaçamento temporal entre as gravidezes e para isso oferecemos a elas uma vasta opção de pílulas para ver se ela se adequa ao método anticoncetivo ou não! Na consulta do mês a seguir perguntamos se a pessoa não teve problemas para se adaptar ao método, caso não ocorra uma boa reação ao método então nós mudamos e induzimos um outro mecanismo (Enfermeira SMI, 50 anos, 32 anos de profissão).

A enfermeira e parteira convencional encabeçou o trabalho no SMI há 32 anos, para além de desempenhar todas as atividades das competências acima descritas, esta ainda executa o parto natural dentro da instituição em que trabalha (CS de Campwane), porém, não está habilitada e não possui recursos para realizar o parto por cesariana no caso de uma eventual complicação obstétrica.

Aqui só fazemos partos normais! Quando nos aparece uma mulher que na gestação anterior teve uma cesariana, nós vamos fazendo o acompanhamento do pré-natal, mas, quando chega a altura do parto, temos de encaminhar essa mulher para uma US com melhores condições de atendimento para evitar que ocorra alguma complicação. [No entanto] se ela chega aqui com dilatação de 8cm nós mesmo fazemos o parto porque já não dá para a transferir. Porém, depois do parto nós controlamos cautelosamente o estado dela, se não ocorrer hemorragia ou qualquer outro problema, ela vai para casa depois de passadas as 24 horas. Ainda assim, se nos chega aqui uma mulher com 1cm ou 2cm de dilatação que não tenhamos feito o seu acompanhamento inicial, nós logo a transferimos

para evitar complicações. Este Centro ainda não reúne condições materiais e humanas para realizar cirurgias, veja só que quando precisamos fazer ecografia mandamos a mulher para Boane (Enfermeira e parteira SMI, 55 anos, 32 anos de profissão).

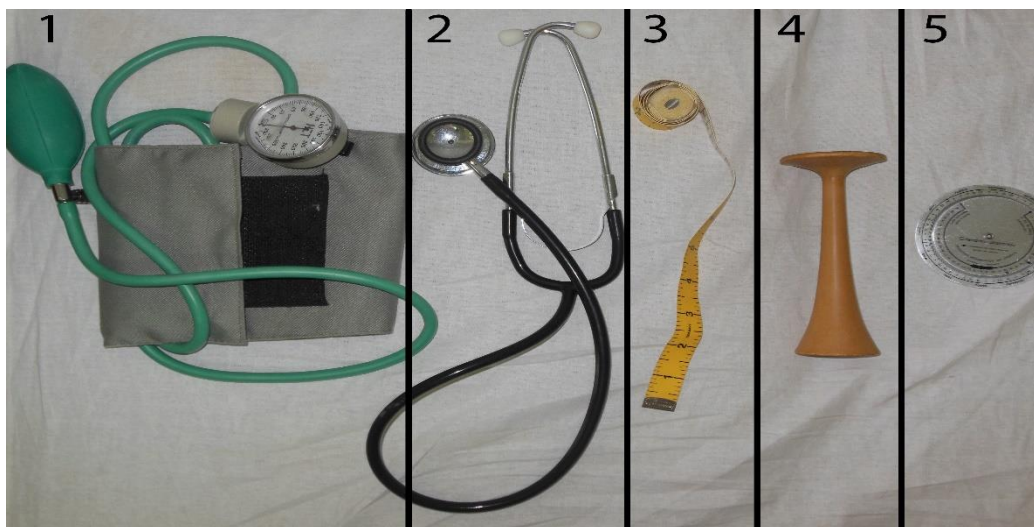


Figura 5.2. Utensílios médicos utilizados pelas enfermeiras de SMI
Legenda: 1) Esfigmomanómetro; 2) Estetoscópio; 3) Fita Métrica; 4) Estetoscópio de Binardes; 5) Calendário Obstétrico

O Serviço Nacional de Saúde presta cuidados de atendimento gratuito aos utentes. O Estado comparticipa no preço do material utilizado para teste e diagnósticos nas US e nos medicamentos comercializados nas farmácias das US, razão pela qual os medicamentos receitados aos utilizadores de forma geral têm um custo afixado de cinco meticais¹²⁵, independentemente da quantidade ou especificidade do medicamento prescrito. No caso de rotura do *stock* do material para testes e dos medicamentos dentro dos US, os utentes podem sempre recorrer aos laboratórios e farmácias extra-hospitalares (público/privadas), onde o preço dos medicamentos é relativamente mais alto.

Segundo as normas nacionais de saúde, em regra, as mulheres grávidas devem ser submetidas a exames clínicos para se atestar a presença ou ausência do HIV/SIDA e da sífilis, devido à sua prevalência no país (MISAU, 2012). O regulamento no atendimento institucional reitera a relevância de um comportamento preventivo que vai desde a ingestão de um variado

¹²⁵

Cinco meticais (MZN) correspondem a vinte e oito centavos. Base: 1€ = 49 MZN.

cocktail de medicamentos, com diferentes reações físico-orgânicas, a depender do estado de saúde da mulher. A distribuição gratuita da rede mosquiteira impregnada é utilizada como reforço no combate da malária, por ainda ser uma das principais causas da morte materna e perinatal no país.



Figura 5.3. Kit de testes rápidos. Legenda: 1) Teste de Sífilis; 2) Teste HIV/SIDA; 3) Teste de certificação de HIV.



Figura 5.4. Alguns dos medicamentos utilizados durante o pré-natal e o parto. Legenda: 1) Sal Ferroso com ácido fólico; 2) Mebendazole; 3) Seringas de Ocitocina; 4) Vacina antitetânica; 5) Cotrimoxazol; 6) Tenofvir Disoproxil; 7) Rede Mosquiteira Impregnada

5.1.2. Medicina tradicional

O segundo grupo é composto por profissionais praticantes da medicina tradicional autônomos (os curandeiros, parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos tradicionais e pastores/profetos de igrejas), que participam ativamente na atividade da prestação de cuidados de saúde ligados à reprodução feminina. O reconhecimento da ação prática destes enquanto profissionais, não procura reivindicar um direito particular, mas, pelo contrário, visa à afirmação da multiplicidade de poderes e valências situacionais a nível social, tendo assim estes o privilégio de poder agir sobre a ação maléfica de outros, o que lhes confere um poder místico.

As suas performances profissionais são desempenhadas em diferentes espaços físicos que incluem a própria casa (da curandeira ou do cliente), os locais públicos (mercados), a casa das pacientes e as igrejas. Tanto a curandeira como o vendedor de medicamentos tradicionais estão reconhecidos e certificados, competindo para ela à AMETRAMO e a este último ao MISAU, como sendo agentes capazes de manipular a sua farmacopeia. A estes é conferido uma aura de respeitabilidade pelos processos clínicos que dominam, faculdades divinatórias e recursos para resolver várias dificuldades da vida. Possuem ainda o segredo de algumas plantas medicinais

e de outras específicas para determinados problemas, além de uma longa prática que lhes dá, por vezes, bom sucesso na cura de certas enfermidades.

O processo de cura (e aqui há que distinguir tratamento – meios de resolver o problema, e a cura em si) é duplo, quer pela ajuda para voltar a restabelecer o equilíbrio físico, quer no lado psicológico e emocional, visando a ultrapassar as sanções que caíram sobre o indivíduo, fruto da não observância das normas estabelecidas (Meneses, 2000:16).

Para adquirir e manipular os medicamentos tradicionais, a curandeira, tal como o vendedor formal de remédios tradicionais, precisam de realizar três rituais que têm como objetivo garantir a eficácia das plantas, proteção no percurso e o acesso das mesmas. É por essa razão que estes profissionais nunca nos revelaram em que consiste o ritual, simplesmente esclareceram que o mesmo é realizado à saída de casa, à chegada na mata e outro ainda no regresso à casa. A explicação para este comportamento foi contextualizada por Fialho (2003:128), no sentido de haver atividades mágicas que só podem ser eficazes se não forem reveladas (conhecidas, explicadas) a ninguém.

Os medicamentos são na sua maioria provenientes da flora e fauna do país e das vizinhas África do Sul e Tanzânia. A maior parte desses elementos é constituída por raízes, cascas, vegetais, plantas, sumos, flores, folhas (extraídas na mata, são cortadas ou esmagadas e, nalgumas vezes, misturadas com outros medicamentos) e árvores ligadas à terra ou à água do mar ou doce (fervida, ou aquecida)¹²⁶. Também é possível encontrar à venda produtos de origem animal com implicações e significações simbólicas que se acredita possuírem poderes curativos, como é o caso da gordura da jiboia e a *matximba ya ndlopfu* (fezes de elefante) que não possuem efeitos físico-químicos.

O vendedor de medicamentos tradicionais particulariza que não possui nenhum método de diagnóstico para saber as causas da enfermidade da cliente que busca os seus serviços, e, como artifício, este precisa que a paciente descreva os sintomas do mal-estar. Só a partir daí, ele

¹²⁶ Muitos cuidados implicam ação com a referida água, que deve ser bebida ou inalada, normalmente ou por fumigação, em contos de transpiração total por «sauna», com o doente aspirando o fumo e o vapor de água fervente num lume aceso, sob uma coberta gerando um fluxo de líquidos que são expulsos pelo suor e outros absorvidos. Essa água pode ser ainda utilizada para lavar ou esfregar o corpo do doente. Por vezes esses medicamentos podem ser comidos em papa de cereal ou ainda utilizados por vacina, por inoculação subcutânea (Fialho, 2003:128).

poderá, através dos seus domínios de conhecimento, decidir sobre os medicamentos indicados para aquela determinada situação. A venda do medicamento é acompanhada da explicação do procedimento e modo correto da toma do mesmo, tendo em conta as regras a serem seguidas, como o comprimento dos horários, os locais da casa indicados para a realização do ritual, as restrições e proibições (sexuais, alimentares, comportamentais). O preço do medicamento varia de acordo com o valor atribuído às propriedades do remédio, pela sua escassez, como também na quantidade adquirida durante o tempo em que irá decorrer o tratamento. Porém, de acordo com o vendedor, os custos para aquisição dos medicamentos varia de 150 a 300¹²⁷ MZN, mas este alerta para o fato destes valores por vezes serem mais levados.

A *curandeira* usa o método de adivinhação ao consultar o *tihlolo* (conjunto de ossos, pedras, moedas, conchas, sementes) para saber a natureza das causas da doença e assim escolher a melhor medicação a prescrever para sua paciente. O valor da consulta não ultrapassa os 200 MZN (o equivalente a 4 €). De um modo geral não é possível determinar o preço dos medicamentos pelo fato de este ser acrescido no somatório do valor total a pagar no final do tratamento¹²⁸. Por outras palavras, o curandeiro nunca vende o medicamento em separado, este é sim incluído ao *pack* integral de todo o tratamento.

Para além dos métodos diferenciados do diagnóstico da doença, o outro aspeto que distingue estes dois provedores farmacológicos em termos de atendimento na prestação de serviços tem a ver com as disparidades das composições dos *cocktails* de medicamentos (quantidades e variedades) e a duração da ingestão dos medicamentos. A aquisição dos diversos medicamentos comercializados nos espaços públicos do mercado farmacológico tradicional não obedece a critérios de proibição de quem pode ou não os adquirir, desde que a pessoa possa custear o valor do produto pretendido, ele pode ser vendido a qualquer um.

¹²⁷ O equivalente em euros em Portugal a 150 MZN = 3.61 cêntimos e 300 MZN= 6.12 cêntimos. Base: 1€ = 49 MZN

¹²⁸ Os valores da consulta, os medicamentos e o tratamento podem variar de 1500 a 4000 MZN (o equivalente em € = 30,61cent. e 81, 63 cent.) de acordo com a gravidade e profundidade do problema. Havendo situações em que a curandeira precisa fazer várias intervenções na mesma pessoa em dias diferentes.



Figura 5.5. Locais de aquisição de medicamentos tradicionais, a banca (quiosque) do vendedor e a casa da curandeira (KaTembe).

A parteira tradicional entrevistada tem vinte anos de atividade tendo, no seu historial, pelo menos vinte e seis partos feitos, os quais, segundo a mesma, foram bem-sucedidos e caracterizaram-se pela ausência de ocorrências de perturbações que poderiam terminar em óbito, quer da mulher-mãe a quem ela prestou assistência, ou das crianças a quem ajudou a trazer ao mundo. Os seus serviços muitas vezes são solicitados quando o trabalho de parto já está em curso; no entanto, ela assegura que, se notar que a parturiente ainda está no estágio inicial do trabalho de parto e possuir as condições favoráveis para sua deslocação até à US mais próxima, ela própria se encarrega de escoltá-la até à maternidade local. Apesar da segurança e confiança nos seus métodos, ela é movida pela convicção que a mãe e o filho terão o atendimento hospitalar necessário e o apoio caso ocorra uma emergência devido à demora do trabalho de parto ou decorrente de hemorragia do pós-parto.

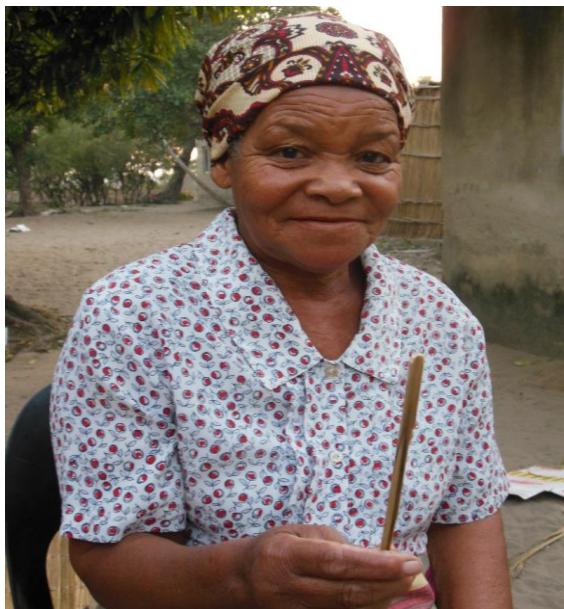


Figura 5.6. Parteira tradicional explicando como executa os partos na esfera doméstica

5.2. Da gravidez ao parto: experiências, práticas e representações

Neste tópico, pretende-se, através do material recolhido, analisar os discursos das mulheres, de modo a construir a galeria de retratos e molduras que orientam o olhar holístico e diferenciador sobre alguns temas relacionados às questões de saúde reprodutiva. Seleccionamos, por um lado, experiências práticas relativas à gravidez e ao parto; por outro, representações ou ideias que se constroem sobre a maternidade. É por isso que, neste capítulo, a atenção conferida às mães é bastante superior àquela dada aos pais, para mostrar a variedade de práticas sociais de reprodução.

5.2.1. Caraterização das mulheres-mães e homens-pais

Foram vinte mulheres-mães entrevistadas, na sua faixa etária, varia entre 19 e 47 anos de idade. O maior contingente destas mulheres é proveniente da província de Maputo (16 mulheres - 80%), seguido das províncias de Inhambane, Beira, Tete e Niassa, cada uma destas com 5% de representatividade, o equivalente ao total de 20%. As restantes províncias (Gaza, Manica, Nampula, Zambézia e Cabo Delgado) não apresentam aqui nenhuma expressão diante das

restantes. Verifica-se uma maior incidência de mulheres-mães oriundas da província de Maputo e a explicação para tal tendência está no fato de o trabalho de investigação ter sido realizado em dois distritos municipais da cidade (Maputo).

Este grupo heterogéneo de mulheres encontra-se distribuído pelos diferentes bairros dos Distritos Municipais de KaMpfumo (área urbana e periurbana) e da KaTembe - Catembe (área rural). Esta dualidade (campo/cidade, urbano/rural) é integrada na vivência quotidiana na cidade Maputo, palco onde constantemente circulam pessoas que se encaixam de forma dicotómica entre os dois espaços (geográficos, culturais, sociais e económicos) do mundo rural e urbano. A grande maioria das pessoas e famílias operam em ambas as esferas, e a oposição dicotómica entre os dois mundos será pertinente para compreender a forma como estas famílias organizam as suas estratégias de sobrevivência, de reprodução social (Oppenheimer e Raposo, 2002; Loforte, 2003; Frias, 2006; Costa, 2007), e as práticas concretas que as biografias reprodutivas singulares evidenciam.

No que concerne à situação das relações conjugais entre as mulheres-mães, pudemos verificar a existência de diferentes categorias de definição para o estado civil. Em primeiro lugar, figuram-se as mulheres que vivem em regime de união marital (55%), seguido das solteiras (40%) e por fim as mulheres que admitem serem legalmente casadas (5%). É interessante notar que a ausência ou a presença do laço matrimonial não influencia nas representações que se constroem sobre a família e muito menos são considerados obstáculos para o projeto procriativo e maternal. A maternidade não é encarada como uma decisão, mas como uma escolha, talvez porque a associam a um universo de compromissos definitivos, independente da estabilidade relativa ao matrimónio, ao casal, a certas condições de vida ou à família.

Em termos de composição da estrutura familiar, em média, oito (40%) residem em casa dos pais, compartilhada com outros membros do agregado familiar (com um número de 3 a 9 pessoas); seis (30%) moram em casa própria; três (15%) residem na casa dos sogros; duas (10%) vivem em casa arrendada, e as restantes (5%) vivem em casa dos avós. O modelo e o tipo de habitação¹²⁹ variam de acordo com o poder económico e com o local de residência (área urbana, periurbana ou rural). Na totalidade, as casas das informantes que residem na cidade de Maputo é de alvenaria, possuem todas fontes de abastecimento de energia elétrica, de água (torneiras), casa

¹²⁹ Tipo de habitação: a) Alvenaria; b) Madeira e zinco; c) Pau-a-pique; d) Caniço.

de banho dentro da habitação, e ainda usufruem de serviços públicos do saneamento do meio, como por exemplo, a recolha do lixo. Por seu turno, das dez mulheres entrevistadas em KaTembe – zona rural – nove afirmam ter energia elétrica em casa, e apenas uma (1) declarou usar velas como fonte de iluminação. Todas referiram que o abastecimento de água é feito através de poços e fontanários comunitários, porque a rede pública de distribuição e abastecimento de água ainda não tem capacidade de cobertura efetiva no distrito. Quanto às infraestruturas de saneamento, verificamos que, na totalidade, as casas não possuem casa de banho interna devido à débil estrutura do sistema de esgoto; confirmou-se ainda que não existe serviço de recolha e tratamento do lixo.

Também verificamos que todas as mulheres são bilingues. Para além de serem falantes do Português, ainda falam as suas línguas maternas (Xirhonga, Xichangana, Gitonga, Citshuwa, Cinyungwe, Echuwabu dentre outras). Não obstante, os resultados apontam para um nível de escolaridade relativamente baixo para uma grande parte das mulheres entrevistadas, sendo que em KaTembe 40% dos informantes nem chegaram a ingressar ao ensino secundário, ao contrário das moradoras de KaMpfumo, em que 100% das informantes são escolarizadas. Contudo, cerca de 55% do total declararam ter frequentado o ensino secundário, contra 20% que frequentaram o ensino primário; o ensino superior aparece com 15%, e apenas 10% fez formação técnica, comercial e industrial¹³⁰.

É importante relembrar que a abordagem aos informantes foi seguindo o método bola de neve, e que apesar das diferenças óbvias entre os bairros que já foram identificadas anteriormente, é natural que, de um lado, tenha entrevistado um grupo de mulheres-mães com uma elevada formação académica por estar inserida no mesmo círculo de contactos e, por outro

130

Em Moçambique, o sistema de ensino tem três níveis, sendo o primário o primeiro nível com dois graus, EP1 (ensino primário do primeiro grau) e EP2 (ensino primário do segundo grau). O ensino primário é frequentado por alunos de 6-12 anos, o EP1 vai da primeira à quinta classe, e o EP2 vai da sexta à sétima classe. O segundo nível, o secundário, comporta dois ciclos, onde frequenta estudantes com idade de 13-17 anos, sendo o primeiro o ESG1 (ensino secundário geral do primeiro grau) e ESG2 (ensino secundário geral do segundo grau), e varia de oitava a décima segunda classe. O último nível é o superior, que se dedica na preparação de especialistas e profissionais a vários níveis da vida socioeconómica do país. Neste nível entram estudantes que tenham completado o nível secundário do segundo grau.

lado, pessoas com baixa formação, o que não significa que os dados apresentados não sejam exemplificativos e que retratem as características da população estudada.

No que se refere ao ramo de atividade profissional e laboral, identificamos quatro grupos de atividade, a saber: o trabalho doméstico não-remunerado¹³¹, com 50% do total do conjunto das entrevistadas; o trabalho institucional remunerado¹³², com 20%; o trabalho por conta própria¹³³, com 20%; por fim, a atividade estudantil¹³⁴, com 10% de expressão. É importante frisar que a maioria dessas mulheres é proveniente de famílias com débeis condições socioeconómicas. Constatámos, todavia, que grande parte delas, principalmente as da zona da KaTembe, estão inseridas em famílias alargadas patrilocais, desenvolvem pequenos negócios comerciais nos mercados ou junto da casa para poderem velar pelas suas crianças, ou aceitam tarefas temporárias, de curta duração, sem necessidade de cumprir com horários rígidos, como o transporte de água para outras famílias a troco de dinheiro; tais tarefas tendem a ser compatíveis com a maternidade. As mulheres em KaMpfumo tendem a possuir melhores condições de emprego, por terem mais anos de escolaridade e, conseqüentemente, mais possibilidades de poderem administrar economicamente as necessidades de uma casa, independentemente da composição estrutural da família.

Na dimensão das crenças religiosas, o catolicismo aparece como a expressão religiosa com mais praticantes (9 – 45%), seguido pelo protestantismo (8 – 40%), o islamismo (2 – 10%), e por fim, uma (5%) sem pertença religiosa. No rol das expressões religiosas protestantes, constatamos que as igrejas ziones (e outras igrejas que se incluem no grupo das chamadas Igrejas Africanas Independentes/*African Independent Churches*) têm uma importância incontornável na periferia da cidade de Maputo, e as razões desse sucesso se deve essencialmente ao fato de

¹³¹ Todo e qualquer atividade desempenhada dentro da esfera doméstica (lavar, cozinhar, limpar, cuidados com os outros, etc.) que não seja assalariado.

¹³² O trabalho institucional remunerado – é toda aquela atividade que é desempenhada com o propósito de fins lucrativos possível de ser avaliada e reconhecida como tal pelo órgão ou instituição empregadora, como por exemplo: jurista, assistente pessoal, contabilista, etc.,.

¹³³ Trabalho por conta própria – é toda aquela atividade que a pessoa desempenha em benefício próprio sem se reger pelas normas ou regras de outrem, como acontece no caso dos comerciantes, empresários, vendedores ambulantes, negociantes, etc.,.

¹³⁴ Atividade estudantil – é vinculada a toda ação de aprendizagem, formação e capacitação, qualquer que seja o nível e ciclo de escolarização.

“efetuarem curas de doenças e de constituírem por isso uma alternativa aos curandeiros” (Costa, 2007:100).

A heterogeneidade do meio social de origem acima observada também se verifica na análise das condições e frequência do processo reprodutivo destas mulheres, apresentado pelo número total de gravidez x número total de filhos vivos. Segue o quadro com a descrição das principais características das mulheres-mães entrevistadas.

Dimensões Antropológicas de Género e Reprodução

Mãe	Local de Nascimento e de Residência	E. Civil	Nível Escolar	Profissão	Renda	Religião	Nº total de gravidezes	Nº total de filhos vivos
Paula 47 Anos	Beira KaMpumo	Solteira	Secundário	Comerciante	Comércio gastronómico	Católica	4	3
Toia 41 Anos	Tete KaMpumo	União marital	Secundário	Doméstica	Salário do marido (tendente de balcão)	Protestante 12 Apóstolos	6	3
Marly 20 Anos	Maputo KaMpumo	União marital	Secundário	Doméstica	Negócio do marido	Católica	3	2
Bela 23 Anos	Maputo KaMpumo	União marital	Secundário	Estudante	Salário do marido e comércio domiciliar	Católica	2	1
Capitú 31 Anos	Maputo KaMpumo	Casada	Superior	Jurista	Salário do casal	Católica	5	1
Lola 39 Anos	Maputo KaMpumo	Solteira	Ens. Técnico	Doméstica	Salário do Cunhado	Católica	2	1
Telinha 31 Anos	Maputo KaMpumo	União marital	Superior	Linguista	Salário do marido (bancário)	Católica	2	1
Nely 29 Anos	Maputo KaMpumo	União marital	Secundário	Contabilista	Salário do marido (assistente administrativo)	Católica	2	1
Lily 33 Anos	Niassa KaMpumo	Solteira	Superior	Assistente Pessoal	Seu próprio salário	Nenhuma	3	1
Ângela 27 Anos	Maputo KaMpumo	Solteira	Primária	Doméstica	Negócio do pai (pescador)	Protestante Velhos Apóstolos	5	4
Joana 27 Anos	Maputo KaTembe	União marital	Secundário	Comerciante	Salário do marido e comércio próprio	Muçulmana	2	2
Titia 35 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Primária	Doméstica	Salário da Irmã (protocolo dos tribunais)	Católica	4	3
Luiza 22 Anos	Maputo KaTembe	União marital	Secundário	Doméstica	Biscatos do marido e negócio do pai	Protestante Velhos Apóstolos	2	1
Flora 25 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Ens. Técnico	Estudante	Salário do pai (mineiro na RSA) e biscatos	Católica	2	2

Mimi 25 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Secundário	Negociante	Negócio de venda de produtos alimentares e de roupas	Protestante Assembleia de Deus	3	3
Elisa 40 Anos	Inhambane KaTembe	Solteira	Primária	Comerciante	Comércio de produtos pesqueiros	Protestante Velhos Apóstolos	5	4
Maria 21 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Primária	Vendedora Ambulante	Salário do pai e venda de diversos produtos	Protestante Zione	2	2
Gilda 19 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Secundário	Doméstica	Salário do pai e namorado (técnico de enfermagem)	Protestante Zione	1	0
Noemy 21 Anos	Maputo KaTembe	Solteira	Secundário	Doméstica	Salário do pai	Protestante Velhos Apóstolos	2	2
Sónia 41 Anos	Maputo KaTembe	União marital	Secundário	Doméstica	Salário do marido (operador de máquinas)	Muçulmana	4	2
Total	----	----	----	----	----	----	44	40

Quadro 5.1. Perfil das mulheres-mães entrevistadas (N=20)

A faixa etária dos dez homens entrevistados varia entre os 25 e 47 anos de idade. Semelhante ao que ocorre com as mulheres, a maior parte destes 60% é oriunda da província de Maputo, seguida da província da Zambézia, com 20%, de maneira que Tete e Nampula aparecem cada uma com 10% de representatividade.

Detetámos a persistência de relações conjugais constituídas sem que para tal haja necessariamente a legalização do matrimónio. No âmbito da formação académica, metade dos entrevistados (50%) declarou ter concluído o ensino superior, contra apenas 15% das mulheres. Notória é a situação de discrepância quando olhamos para a condição desvantajosa das mulheres em relação aos homens. Podemos deduzir que tal fato está intrinsecamente relacionado ao contexto sócio-cultural e à matriz tradicional que veicula uma ideologia masculina de poder, onde são forjadas as identidades de género e a estratificação sexual no acesso à escolarização, ao trabalho e aos recursos. No ramo profissional, todos os homens aparecem a exercer diferentes ramos de atividade económica e figuram como responsáveis pela subsistência do agregado familiar, reiteirando, deste modo, o estereótipo popular da figura masculina como sendo o

provedor primordial sobre quem diretamente recai a obrigação moral de ganha-pão da família (para mais detalhes, ver anexos E e K).

5.2.2. As complicações e soluções terapêuticas mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva e grávidas

De acordo com a análise documental da OMS, MISAU e IDS (2011), as causas diretas de complicações durante a gravidez decorrem do HIV/SIDA e da malária, mas a análise também salienta os problemas obstétricos decorrentes da rutura uterina, das hemorragias obstétricas, da infeção puerperal, a pré-eclampsia/eclampsia, e o aborto, os quais contribuem grandemente para a ocorrência de óbitos.

Nós concentramos tudo aqui no atendimento do pré-natal, fazemos toda a área da conduta de testagem do HIV/SIDA logo que a mulher vem pela primeira vez ao CS para abrir a ficha. Se a paciente estiver infetada com HIV/SIDA, fazemos o teste do CD4 para ver o nível da gravidade da doença através da contagem das células, e de seguida a paciente começa já a fazer o TARV [tratamento antirretroviral] como manda a norma que saiu agora. Antigamente o procedimento era transferir para a Doutora aqui mesmo do Centro ou ao técnico de medicina, mas agora nós de SMI já estamos capacitadas para fazer a medicação toda e o acompanhamento dessas pacientes. Quando a paciente está em um estado avançado da doença com o CD4 muito baixo, apresentando sintomas como desidratação, diarreia, vômitos, febres e etc., aí não temos escolha, transferimos para HGM ou para o HCM, dependendo da área geográfica de onde ela estiver a residir
(Enfermeira SMI, 50 anos, 32 anos de profissão)

Doença	Causas	Efeitos	Terapêutica
<p>HIV/SIDA</p> <p>HIV é um retrovírus que destrói as células do sistema imunológico.</p> <p>Num estado mais avançado transforma-se em SIDA.</p>	<p>Transmissão de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.</p> <p>Transusão de sangue. Partilha de material cirúrgico injetado.</p>	<p>Carga viral elevada, CD4 baixo, rutura de membranas por > 4h, episiotomia e técnicas invasivas durante o trabalho de parto, ITS durante a gravidez ou parto, entre outros.</p>	<p>Os esquemas terapêuticos TARV¹ utilizados nas mulheres grávidas para PTV² são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AZT + 3TC+ NVP ou 2. d4T + 3TC + NVP: para os casos de anemia* (Hgb ≤ 8 g/dl) ou 3. Se intolerância a NVP Grau 1 ou 2: monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP por ABC. 4. AZT+ 3TC+ABC: para os casos de tratamento para TB ou intolerância a NVP Grau 3 ou 4
<p>Malária</p> <p>Doença parasitária</p>	<p>Picada de mosquito <i>plasmodium falciparum, malariae e ovale</i>).</p>	<p>Febres altas;</p> <p>Infeção da Placenta;</p> <p>Sepsis puerperal;</p> <p>Malária grave: Anemia grave, Malária cerebral, Hipoglicemia, Edema pulmonar, Falha renal aguda.</p> <p>Aumento da mortalidade materna</p>	<p>A sulfadoxina-pirimetamina (SP) é atualmente considerada o medicamento mais eficaz para o TIP³.</p> <p>O SP é uma combinação de dois medicamentos diferentes e cada comprimido do SP contém: 500mg de sulfadoxina e 25mg de pirimetamina.</p> <p>Uma única dose consiste em três comprimidos tomados simultaneamente;</p> <p>O Fansidar é a marca mais comum, os outros incluem Falcidim, Laridox, Maladox, Orodar, Maloxine.</p> <p>A SP é geralmente mais eficaz do que a cloroquina que já não é usada em países devido a resistência do parasita.</p> <p>Distribuição de Rede Mosquiteira Impregnada</p>

Quadro 5.2. Principais doenças em mulheres grávidas na ótica da OMS e MISA

Em conformidade com os dados recolhidos junto dos profissionais de saúde convencional, existem condicionalismos que podem influenciar de forma negativa o processo gestacional, esses casos se aplicam para as mulheres grávidas que tenham tido cesariana no parto

anterior, para as portadoras de diabetes, as hipertensas, as anémicas, para as menores de 16 anos de idade, as que possuem baixa estatura física com menos de um metro e cinquenta centímetros de altura como elucidou o médico:

Consideramos gravidezes de alto risco obstétrico (ARO) por exemplo: aquelas mulheres que por qualquer razão já tenham tido parto por cesariana, as diabéticas, as hipertensas, as com altura não superior a 1,50m [um metro e meio de altura], mulheres muito jovens abaixo de 20 anos de idade que engravidam precocemente, e as anémicas. Todas estas devem ser assistidas como sujeitos com possibilidade de serem ARO. A nível destas complicações é difícil dizer qual é a mais grave ou menos grave porque cada caso é um caso, por causa disso é que todas elas devem ser assistidas no ARO (Médico ginecologista/obstetra, 58 anos, 38 anos de profissão).

5.2.3. Práticas tradicionais no diagnóstico e tratamento de perturbações em mulheres com idade reprodutiva

Os provedores da cura tradicional (curandeira e o vendedor de medicamentos tradicionais) identificaram a existência de três tipos de doenças que mais causam perturbações na mulher durante a sua vida reprodutiva, a saber: as cólicas menstruais, o surgimento do corrimento vaginal e a presença da verruga genital (HPV)¹³⁵. Para estes profissionais, o pressuposto de uma futura gravidez bem-sucedida passa pelo tratamento da cólica menstrual (*Xilume*), do corrimento (*Makanuka*), e da remoção completa da verruga genital (*Xitsamiua*), considerados por estes como sendo fatores impeditivos à concretização do sucesso da concepção.

O quadro sobre a perceção das doenças relacionadas ao órgão reprodutor feminino é ilustrativo da linguagem e prática dos profissionais tradicionais como resultado da produção

135

O papiloma vírus humano (HPV) é um vírus que infecta exclusivamente os seres humanos e ataca as células do epitélio da pele e da mucosa. A ação do vírus sobre as células da pele favorece a formação de tumores, a maioria deles pequenos e benignos, tais como as verrugas comuns de pele ou as verrugas genitais. Porém, quando área infetada é a mucosa do colo do útero, da vagina, do pênis ou do ânus, o vírus pode induzir a formação de tumores malignos, gerando, por exemplo, o câncer do colo do útero e o câncer anal, e o HPV genital é transmitido através do contato sexual. <http://www.mdsaude.com/2015/04/hpv.html>

etnográfica. Com recurso às técnicas do método qualitativo, foi possível encontrar as explicações preferentemente citadas correspondentes às principais doenças, sintomas e terapêutica, visto que a aparecimento destas está associada a causas naturalistas.

O fato do HIV/SIDA não ter sido diretamente citado como a doença que mais provoca complicações no estado de saúde da mãe e da criança se explica pela natureza da interpretação casual da doença, que é totalmente dominada pela justificação e ação biomédica enraizada naquele contexto.

Sempre que recebo aqui uma mulher grávida que precisa de tratamento, eu pergunto se já passou no hospital para fazer o teste de HIV/SIDA, porque nós aqui não sabemos tratar essa doença, e foi assim que nos disseram para fazer quando recebemos a palestra dos trabalhadores da saúde aqui no bairro (Curandeira, 47 anos, 28 anos de profissão).

Doença	Causas	Sintomas	Terapêuticas
<i>Xilume</i> (Cólica menstrual) Dificuldade para engravidar e provocam o aborto.	Usar ou trocar roupa com pessoas que sofram da mesma doença. Causas naturais.	Mal-estar causado pelas fortes dores abdominais, vômitos, febres, desmaios, falta de apetite, forte pressão sanguínea e por vezes acampanado da presença coágulos.	1. <i>Xitsimbu</i> (<i>cocktail</i> de vários medicamentos) Modo de usar: ferver e tomar ½ 3x ao dia, e a cada toma deixar um bocado do remédio cair sobre a barriga. 2. <i>Xilovekelo</i> Modo de usar: colocar em água fria e tomar 2x ao dia (manhã e noite). Se a doença estiver em estado avançado a toma deve ser feita até ao dia do parto.
<i>Makunuka</i> (Corrimento vaginal) Dificuldade para engravidar e provocam o aborto.	Compartilha de roupa íntima com outras pessoas e falta de higiene pessoal.	Contrações na zona pélvica e libertação de um líquido esbranquiçado ou amarelado saído do canal vaginal que por vezes exala mau odor.	<i>Nchongoma Xitsimbu</i> (<i>cocktail</i> de vários medicamentos) Modo de usar: ferver e tomar 1 chávena 3x ao dia até ao 6º mês da gestação.
<i>Xitsamiua</i> (Verruga Genital HPV) Impedem a fecundação.	Causas naturais, pode acontecer a qualquer pessoa.	Na maioria dos casos os sintomas não são percebidos.	<i>Xilhango</i> (é um pó misturado a um óleo) Modo de usar: esfregar no corpo todo, depois é feito a retirada da verruga usando uma lâmina nova e no local é aplicado um outro pó de nome <i>Tetenha</i> .

Quadro 5.3. Principais doenças em mulheres grávidas na ótica da curandeira

A composição dos medicamentos tradicionais varia de acordo com os conhecimentos de cada terapeuta. O conjunto destes *cocktails* de medicamentos desempenha uma dupla função terapêutica, num primeiro momento, serve para tratar as enfermidades que impossibilitam a mulher de engravidar, num segundo momento, eles operam como técnicas terapêuticas que integram dimensões simbólicas, sobrenaturais, físico-químico e sociais com finalidade antiabortiva – popularmente conhecida pelo termo “*amarrar a barriga*” que irão impedir que a mulher venha perder o ser que carrega no ventre.



Figura 5.7. Cocktails de medicamentos tradicionais para tratamento de cólicas, corrimento e ameaça de aborto – casa da curandeira

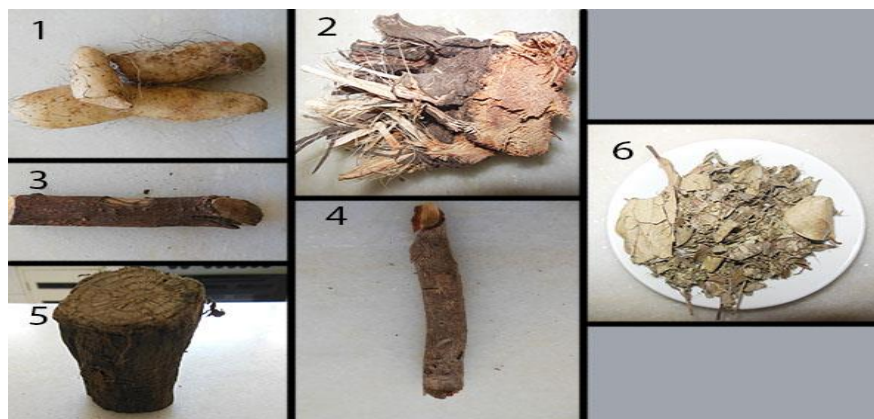


Figura 5.8. Conjunto de medicamentos que formam o cocktail para o tratamento de cólicas e corrimento – mercado farmacológico. Legenda: 1) Xioyana; 2)Rangalankyndzo; 3) Ximafane; 4) Tunduluka; 5) Xiwizily; 6) Rompfa

O *cocktail* desse medicamento deve ser fervido e tomado três vezes ao dia, até que a mulher finalmente consiga engravidar se este for o objetivo a alcançar. Não obstante, ainda podemos encontrar, na vasta oferta de medicamentos, a *Xiagrafuma*, que é uma raiz proveniente do tronco de uma árvore típica da região Sul do país. Acredita-se que este medicamento possui grandes poderes antiabortivos. “*A mulher quando sabe que está grávida e logo vê o sangue a sair é sinal que algo está a correr mal, eu dou esta Xiagrafuma para ela misturar com água fria e beber duas vezes por dia até dar parto. Mas quem quer pode parar assim que o sangue parar*” (Vendedor de medicamentos tradicionais, 32 anos, 15 anos de profissão).



Figura 5.9. Tronco de *Xiagrafuma* - serve para “amarrar barriga” (mercado farmacológico)

E ainda, no que concerne à oferta terapêutica tradicional, deparamo-nos com três elementos de origens distintas, mas complementares, que desempenham funções práticas e simbólicas quando a finalidade é fazer do parto um ato bem-sucedido.

Quando o parto está a demorar muito, você pega nas fezes do elefante (matximba ndlopfu) e queima com lenha de carvão perto do local onde a mulher está a dar o parto [fazendo efeito de incenso], de seguida pega-se nesta banha da Jiboia e se aquece só um pouco, quando ela começar a derreter até fazer óleo a pessoas deve esfregar nas duas mãos e depois deve-se passar pela barriga dessa mulher que vai nascer a criança, isso ajuda para o bebé sair logo” (Vendedor de medicamentos tradicionais, 32 anos, 15 anos de profissão).

Depois que a criança vem para fora, temos que esperar uns tempos até sair o saco dela, mas quando isso está a demorar muito, nós pegamos aquela (kukulo) [vassoura feita à base da palha da palmeira] que costuma varrer dentro de casa e varre assim [gesticula mostrando os movimentos] a barriga da mulher, não demora nada o saco com o sujo da criança vem logo para fora (Parteira tradicional, 63 anos, 38 anos de profissão).



Figura 5.10. Medicamentos usados no trabalho de parto

Observemos que estas práticas, para além de integrarem as dimensões de significação simbólica, também agregam as crenças religiosas geridas e preformada na figura dos pastores/profetis, como veremos mais adiante quando formos falar sobre a prática de amarrar a barriga. Por tanto, podemos concluir que a busca pelos cuidados de saúde e bem-estar passa pelas disposições de soluções terapêuticas plurais onde se cruzam as ações e técnicas do uso dos fármacos biomédicos, fármacos tradicionais e orações/rezas – “aqui evocadas não como substância médica, sim como forma de expulsar os males do âmbito espiritual que podem estar associados à causa da doença” (Fulane, 2012:62).

5.2.4. A experiência da primeira gravidez e a relação da mulher com o corpo

A maternidade é importante na vida de todas as mulheres, quer desejem ou não serem mães, porque as mulheres definem-se em termos da sua relação com a maternidade (Ann Woollett *apud* Schouten, 2011:53).

A experiência da primeira gravidez revela alguns traços comuns à maioria das mulheres-mães entrevistadas. Não havendo uma semelhança total entre estas quanto à idade em que ocorreu a primeira gestação, a maioria delas, referiu ter tido a sua primeira gravidez no quadro de um namoro – e não no de um casamento, a predominância de um padrão na resposta das entrevistadas pode estar associado aos projetos pessoais destas, na conclusão dos estudos, na realização profissional, na inserção ao mercado de trabalho e na constituição da família pela via do laço matrimonial, compreendidos como sendo pressupostos tipicamente ideais a serem alcançados ainda antes da concretização da maternidade.

Pelo menos 45% das mulheres entrevistadas afirmam ter experimentado a primeira gravidez quando ainda estavam na idade compreendida dos 15 aos 19 anos, sendo que 35% destas gestações foram interrompidas por motivos voluntários, e 20%, por razões involuntárias. A grande maioria destas mulheres (60%) engravidou e decidiu levar a gestação até ao final, dando à luz o primeiro filho, quando a sua faixa etária rondava dos 16 aos 24 anos de idade.

Para a maioria destas mulheres, a falha ou o desaparecimento da regularidade do ciclo menstrual estão diretamente associados a uma possível gravidez, mas encontramos em escala menor um grupo de mulheres ainda jovens, e com baixo nível de instrução, que desconheciam as razões do desaparecimento do período menstrual. Na prática, não souberam explicar o porquê disso acontecer, tampouco, associavam a falta da menstruação a uma possível gravidez.

Quando parei de ver o período eu não me preocupei porque era normal ela vir num mês e ficar dois sem parecer. Foi uma vizinha que começou a desconfiar que eu já tinha barriga [estava grávida], porque eu logo comecei a ficar clara e com mamas grandes mesmo antes de a barriga crescer (Noemy, 21 anos, de KaTembe).

Quando procuramos saber destas mulheres sobre o real significado de estar grávida, constatamos que as retóricas acerca da experiência da gravidez sugerem duas dimensões transversais em todos os grupos. Por um lado, a carga de responsabilidade que a gravidez exerce

na construção da identidade e autodefinição do género feminino – ser mulher capaz de “dar filhos”; e por outro, a dimensão da maturidade desta transição estatutária – de adolescente/jovem passa para uma condição de mulher/mãe/adulta, responsável pela criação e educação dos filhos, concomitantemente, pelos cuidados com a família.

Firmemente, a sublinhada generalidade da maternidade está precisamente na importância que se dá ao fato de se ser mãe – independentemente da sua situação familiar, pertença geracional, religiosa, percurso escolar ou profissional:

Fiquei feliz porque era algo que eu já a muito queria, é de se esperar que uma mulher aos 30 anos queira muito engravidar, e eu já estava a ficar desesperada porque não estava a conseguir, quando tal aconteceu foi maravilhoso me senti uma mulher completa e realizada (Capitu, 31 anos, de KaMpfumo).

Me disseram que pelo fato de eu estar grávida já me tornava uma pessoa adulta e que deveria passar a ter mais responsabilidade. A partir daquele momento eu passava a fazer parte de outra família, e por isso o meu comportamento deveria mudar (Joaninha, 27 anos, de KaTembe).

As ideias, reações e atitudes concernentes à confirmação da gravidez são dimensões cruciais que jogam na construção das práticas e dos percursos reprodutivos femininos. Atestamos a existência de três grupos de mulheres com diferentes perspetivas: para umas, este momento é desesperador e incógnito e provoca reações de medo, pânico e tristeza; para outras, uma ocasião de satisfação e realização associada à afirmação da maturidade e à feminilidade; e para algumas, a surpresa face ao desconhecido media as diferentes reações ao ponto de «não saber descrever» ou desconhecer as emoções.

Em relação ao primeiro conjunto, o das mulheres que tiveram uma reação negativa (de medo, tristeza e pânico), ao saberem que serão mães, associam tais sentimentos aos condicionalismos da pouca idade; da inexperiência; da escolarização incompleta; da dependência económica e afetiva; da indefinição do tipo de relação que mantêm, ou não, com o parceiro; e também, aos sintomas físicos em decorrência do próprio processo gestacional.

Na primeira gravidez eu era uma criança, só tinha 16 anos, foi terrível porque eu não estava apaixonada pelo pai da criança com que eu casei e estive casada durante 14 anos. No início eu mal podia colocar algo para dentro do estômago que vinha tudo cá para fora (Paula, 47, de KaMpfumo).

Primeiro eu não queria a barriga porque eu ainda tinha 19 anos, estava a estudar e morria de medo que os meus pais e tios pudessem zangar-se comigo. Entrei em pânico sem saber ao certo o que fazer, a primeira coisa que me apareceu na cabeça foi: vou interromper a gravidez! Mas eu já havia dito antes para mim mesma que se algum dia eu ficasse grávida, jamais faria um aborto e que iria até ao fim (Bela, 23 anos, de KaMpfumo).

Foi um bocadinho chato, porque eu não estava preparada, eu queria ter o meu primeiro filho com 25 anos, mas tive com 20 por aí. Outros aspetos também pesaram, nesse momento: o fato de ainda morar na casa dos meus pais e não ter terminado os estudos (Sónia, 41 anos, de KaMpfumo).

Na primeira gravidez tive muito medo pela minha inexperiência, me lembro de ter ficado muito doente com uma forte malária nos primeiros três meses ao ponto de a minha família já não saber mais o que fazer, e quando fomos ver nos meses depois aquilo afinal era barriga [gravidez] que se escondia (Mimi, 25 anos, de KaTembe).

Fiquei surpreendida pela negativa porque eu achava que ainda era um bocadinho cedo e não estava preparada para ter filhos. Tudo se complicava devido a falta de condições financeiras, por não ter ainda uma casa “própria” para evitar que acontecesse o que acabou por acontecer que foi eu vir morar para a casa da minha sogra. Mas o pai da criança fez pressão para que eu levasse a gravidez adiante! (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

O segundo grupo de mulheres reconhece que, antes de engravidar, já dominava a maioria dos medos, incertezas e inseguranças relacionados à maternidade. A confirmação da gravidez foi para este grupo um motivo de satisfação e de grande celebração por estas acreditarem possuir

idade e maturidade necessárias para a concretização do sonho da maternidade. Apesar de algumas queixas de mal-estar físico, à concretização da gravidez é atribuído um valor positivo como traço de afirmação de género:

A primeira gravidez foi toda planejada e não foi precoce [19 anos], fiquei muito feliz assim como o pai da criança também. Eu tive muitos enjoos, fiquei bastante sonolenta e ganhei muito peso durante a gravidez, cheguei a atingir 97 kg eu que antes só pesava 69kg, até as enfermeiras chegaram a reclamar do meu peso. O meu peito cresceu muito e ficou muito dolorido, a minha barriga era gigante que até me causava mal-estar (Joaninha, 27 anos, de KaTembe).

A primeira reação foi de felicidade porque tive a minha primeira gravidez aos 21 anos, e as minhas amigas já tinha filhos com 16 e 18 anos. As senhoras vizinhas diziam que eu não nascia [que era estéril] porque epá, eu era a única das meninas da “gang” que ainda não tinha ficado grávida, e isso fazia com que eu me sentisse mal mesmo, eu não era nada! Até outras já haviam feito abortos, então quando aconteceu de eu ficar grávida, epá! Aquilo foi motivo de uma grande alegria, fique muito feliz! (Toai, 41 anos, de KaMpumo).

Eu fiquei feliz porque o meu parceiro aceitou logo e não recusou a barriga [a gravidez]. Eu quando fiquei grávida pela 1ª vez, tinha 18 anos, durante os primeiros meses vomitava e estava a cuspir a todo o momento, a minha cara ficou feia e cheia de borbulhas, e engordei muito (Maria, 21 anos, de KaTembe).

O terceiro e último grupo é composto por um grande número de entrevistadas com menos escolarização que referiram ter vivido a experiência da primeira gravidez com alguma ignorância, incredulidade e incerteza pela surpresa do seu estado e das consequências que aquela situação acarretaria.

Senti-me diferente, não sei bem como explicar, mas era um misto de alegria e tristeza. No primeiro momento tive um susto por não saber como agir, eu me perguntava como iria cuidar de uma gravidez e como iria cuidar de uma criança? (Luiza, 22 anos, de KaTembe).

Eu me senti desorientada porque já não tenho pais vivos e principalmente por não ter a minha mãe, fiquei com receio de não saber como cuidar da criança por ser ainda muito inexperiente, não sabia quem haveria de me dizer que isto se faz assim ou isto se faz de outra forma. [...]. Quanto ao meu corpo não vi muita coisa mudar, continuei magra, simplesmente fiquei muito clara, a barriga cresceu demasiado (Marly, 28 anos, de KaMpfumo).

Na minha primeira gravidez [aos 18 anos] fiquei um pouco assustada ao ponto de não saber o que fazer porque nunca tinha ficado grávida antes, mas o pior problema era não saber como poderia enfrentar a minha família, a situação era de completo desespero (Flora, 25 anos, de KaTembe).

Quando fiquei grávida pela primeira vez eu ainda era muito nova, com apenas 19 anos, as minhas amigas aconselharam-me a fazer o aborto tomando certos tipos de medicamentos tradicionais, mas eu recusei. A minha irmã mais velha pediu a sua filha mais velha para vir falar comigo para saber qual era a minha posição face à real situação, eu disse que queria levar a gravidez adiante e assim foi. Para mim, aquele momento foi de inquietação porque ainda não estava preparada psicologicamente para a maternidade (Titia, 35 anos, de KaTembe).

Constatamos um comportamento padrão presente tanto em KaTembe como em KaMpfumo com relação a permanente prematuridade da primeira gravidez, com base no discurso social e cultural de que a mulher somente ganha o reconhecimento e valor social quando alcança o estatuto de mãe, ao contrario das mulheres que ainda não tenham sido mães.

Apesar da escola, dos livros e das conversas que têm com outras mulheres, as vizinhas, as tias, as madrinhas, ou uma irmã, prima, amiga mais velha, a mãe surge sempre como principal fonte de informação e de orientação, e esta é a pessoa a quem se recorre de imediato quando surge a suspeita ou confirmação da gravidez. As mulheres da família são muitas vezes o mecanismo de harmonização de conflitos dentro da casa quando ocorrem gravidezes não planeadas ou acidentais fora da estrutura convencional do matrimónio. A cooperação feminina é, por sua vez, o alicerce

para que a jovem mãe inexperiente possa trilhar a nova jornada sem que os medos das incertezas engodilhem o processo da sua gestação, o que contribui para que a futura mãe tenha uma experiência agradável e positiva acerca da maternidade.

Primeiro a minha mãe disse que não podia ficar muito nervosa ou ansiosa que me deveria manter calma porque até ao terceiro mês existe um momento de incerteza do ser vir a vingar. [...]. Para evitar as dores durante o trabalho de parto a minha mãe me aconselhou a usar uma de suas meias-saias [peça da roupa interior usada geralmente para evitar o aparecimento da roupa íntima] durante a noite pelos 9 meses, porque isso me ajudaria a ter um parto menos complicado como já outrora ocorrera com ela [risos] (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

Desta forma arriscaremos dizer que o modo como a gravidez é percebida explica, em parte, o significado que se atribui a este evento na construção da “identidade do género de ser feminino” (Almeida, Ana Nunes *et al*, 2004:166), quer a nível da relação consigo própria (com o corpo), como também com os outros (sociedade).

Sendo a gravidez um período de risco para a mulher e a criança, em quase todas as culturas devem ser respeitadas regras, tabus e rituais, mormente na altura do parto, por esta ser considerada como uma fase crítica e potencialmente letal (Schouten, 2011:56). A gravidez representa para muitas das mulheres entrevistadas determinadas alterações corporais, em termos de práticas quotidianas de cuidados consigo própria que vão desde a proibição da ingestão de determinados alimentos, abstinência sexual, em regra, depois do sexto mês de gestação, e interdição na participação de eventos funerários, são alguns dos interditos que pesam durante esse período.

Estas mudanças de comportamento são também acompanhadas de ações que envolvem representações culturais que impigem a mulher a manter a gravidez oculta até que esta seja possível de ser objetivamente observada. Essa prática funciona como um princípio básico comum que “durante a gestação a mulher deve procurar resguardar-se ao máximo possível” de modo a evitar que as pessoas fora do seu ciclo familiar tomem conhecimento das suas ações e aspirações. Segundo Allan Dundes (1981), esse fenómeno está intrinsecamente associado ao sentimento de inveja, feitiçaria, ao mau-olhado “*evil eye*” que somente a mulher seria capaz de transferir para

outra mulher, uma carga de negatividade subjacentes em estereótipos que são vetores orientadores do quotidiano que influenciam e justificam o comportamento do género feminino e servem de suportes na “construção da realidade” (Berger e Luckmann 1971 [1966]): *“During pregnancy there are, however, behavioral prescriptions and food avoidances. Most of these pregnancy restrictions are symbolic and exemplify the principle of “contagious magic”* (Sargent, 1982: 207 *apud* Chapman, 2010:138). A lista dos alimentos considerados inapropriados, a ingestão durante o período gestacional não apresenta um padrão de obrigatoriedade num mesmo universo social e cultural. Isto para dizer que, dentro da mesma área geográfica, podemos encontrar diferentes discursos e práticas acerca da proibição alimentar, variando estas de acordo com o contexto e modelo de célula familiar em que cada mulher-mãe está inserida:

A minha família dizia para eu não comer quiabos porque era alimento dado aos porcos e que, se eu os comesse, o meu bebé nasceria sujo [risos], desde então eu parei de comer quiabos (Marly, 28 anos, de KaMpfumo);

[...] a família do meu marido advertiu-me para não comer piripiri porque senão a criança nasceria com machas vermelhas, mas acho que isso não existe, isso é um mito! Mas também fui aconselhada a não ingerir bebidas alcoólicas (Bela, 23 anos, de KaMpfumo);

Também fui advertida para não comer carne de porco, porque faria mal no processo de formação da criança, quem me disse isso foram as minhas amigas e não os médicos. E por medo de correr riscos eu parei de comer essa carne (Telinha, 31 anos, de KaMpfum);

Me falaram para não comer ovo cozido porque senão a criança haveria de nascer sem cabelo, também disseram para evitar tomar café, chá carregado, cerveja preta porque são alimentos causadores de aborto (Titia, 35 anos, de KaTembe);

[...] me lembro que uma vez a minha irmã com a qual eu vivia me viu a chupar um pedaço de cana-de-açúcar ela logo veio ter comigo e disse que eu não deveria fazer aquilo porque senão eu ficaria sem fôlego durante o trabalho de parto. Não sei se aquilo era um mito ou

verdade, mas o que fiz mesmo foi seguir o seu conselho e o meu parto foi a coisa mais maravilhosa do mundo (Lola, 39 anos, de KaMpfumo);

Em Tete [província localizada no centro do país] nós temos uma regra, quando a mulher está grávida não pode comentar muito, não pode se expor tanto como: ir aos funerais, cerimónias de falecimento, deve evitar ao máximo os ambientes onde há tristeza e coisas negativas (Tóia, 41 anos, de KaMpfumo).

As restrições ao nível da alimentação são, em grande parte, mencionadas sobretudo no seio das mulheres com menos escolaridade. Apesar deste fato, há quem nunca tenha ouvido falar acerca destas proibições, como também encontramos aquelas que já tinham ouvido falar, mas que não se deixaram influenciar pelas retóricas associadas ao fato, por considera-lo como sendo um mito. São principalmente as mulheres mais escolarizadas com conhecimento objetivo, e até científico, sobre a fisiologia do aparelho reprodutor, que contrariaram as orientações das mães, muitas das quais fundamentadas em tradições culturais e receios pessoais.

Parei de comer arroz não por imposição de alguém, mas porque para mim causava fortes náuseas (Lily, 33 anos, de KaMpfumo);

Me aconselharam a não comer piripiri, não dormir de barriga virada para baixo, e não andar de salto alto. A minha família me aconselhou a deixar de comer ovo cozido para evitar que a criança nasça careca, mas eu comi [risos] (Joana, 27 anos, de KaTembe);

Ouvi mil e uma histórias acerca das comidas, mas eu ignorei tudo e me lembro que sempre comi de tudo que me deu vontade, e a única coisa que eu realmente não conseguia fazer era beber outro tipo de líquidos que não fosse água do 1º ao 9º mês (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

As residentes da KaTembe ressaltam que, por advertência de alguns profissionais de saúde em palestras durante o pré-natal ou por observação de pessoas próximas, tiveram que interromper a atividade sexual depois do sexto mês de gestação para evitar que o ato prejudicasse

o feto pressionando a sua fontanela (formação do osso craniano), por medo de aleijar a criança, ou porque *o semen would dirty the fetus* (Chapman, 2011:139).

Eu sempre faço até ao 5º mês, mesmo porquê no hospital nos aconselham a parar de ter relações sexuais porque a criança nasce suja com esperma na cabeça e eu tinha medo disso. Por vezes acontecia de eu ter vontade de fazer amor, mas não podia (Titia, 35 anos, de KaTembe);

Tive que interromper as relações sexuais por medo de aleijar o bebé, o meu parceiro ficou chateado, a princípio, mas depois passou a entender. As pessoas me diziam que era normal manter as relações durante a gravidez, mas alertaram para não prolongar o ato até aos 9 meses mas não me explicaram as razões por detrás disso (Luiza, 22 anos, de KaTembe);

Parei, porque tenho medo de aleijar o bebé, prefiro não fazer até nascer (Gilda, 19 anos, de KaTembe).

Contrariamente a esse posicionamento, temos o grupo de mulheres que referiu manter uma vida sexual «bastante ativa» durante toda a gestação:

Claro [risos], até ao nono mês! (Paula, 47 anos, de KaMpfumo);

Na minha primeira gravidez não [pelo fato de viver na altura ainda na casa dos pais], mas nas seguintes mantive as relações sexuais até ao penúltimo dia do parto (Tóia, 41 anos, de KaMpfumo);

Por causa da ameaça de aborto na primeira gestação, nós nos abstinemos de ter relações sexuais, mas como nesta segunda está tudo a correr lindamente, nós continuamos a ter uma vida sexual bastante ativa (Bela, 23 anos, de KaMpfumo).

E por fim, apresentamos aquelas que, pela diminuição de líbido ou por retaliação ao comportamento do parceiro, decidiram interromper a atividade sexual durante certos períodos da

gestação sem que para isso associassem a sua decisão aos condicionalismos fisiológicos dos corpos:

Não fazia, porque não tinha vontade, mas no fim da gravidez ainda fiz sexo algumas vezes (Nely, 29 anos, de KaMpfumo);

Sim, mantive relações sexuais ocasionais, mas só naqueles momentos que eu achava que já estava a sacrificá-lo [o parceiro], e era mais por ele do que por mim, porque eu não tinha vontade nenhuma e não queria que ele me tocasse nessa altura, e o intervalo entre um contato e outro poderia chegar a 3 semanas (Capitú 31 anos, de KaMpfumo);

Eu assim que engravidei logo parei de ter sexo, não que eu não sentisse vontade, mas a questão era por ver que não existia entendimento com a pessoa [o parceiro], eu pensava comigo mesma: porque me envolver mais?! (Mimi, 25 anos, de KaTembe).

Outras proibições sugerem que ações e gestos específicos da mãe poderiam ter impacto direto na criança ou, mais frequentemente, causar dificuldades no parto, como nos casos da divulgação pública da gravidez, especialmente antes de transcorrer o terceiro mês; da exposição da barriga desnuda; da compra antecipada do enxoval e da escolha do nome da criança antes do seu nascimento. Quando procuramos saber das entrevistadas qual era altura mais apropriada para preparar o enxoval e escolher o nome do bebé, obtivemos diferentes posicionamentos, havendo aquelas que associaram a compra do enxoval a mau-presságio, mas, em contrapartida, ressaltaram que o fato de terem escolhido o nome da criança após o seu nascimento não estava diretamente associado ao medo do infortúnio, considerando-se isso um mito.

Na primeira gravidez fiz o enxoval depois que o bebé nasceu. As pessoas me assustavam do tipo não debes comprar o enxoval sem saber o que vais ter, as tantas [...] vós podes comprar um enxoval, a criança nasce e logo perde a vida, ou as tantas podes dizer que estás carregada de uma criança enquanto não tens nada disso. Também o fato de não termos condições de ir fazer ecografia para ver se as coisas estão a correr bem, havia de me permitir fazer as coisas com mais segurança, porque fazer as coisas às cegas é assim

mesmo, é só rezar para Deus ajudar. Eu já vi uma senhora aqui na KaTembe que apresentava todos os sintomas de uma mulher grávida, mas no dia do parto ela nasceu um embrulho de capulanas. Na gravidez do meu 2º e do 3º filho, comprei o enxoval antes do parto, mesmo com medo. Eu disse para mim mesma “aconteça o que tiver de acontecer”, mas mantive tudo em segredo, ninguém poderia saber que eu estava a preparar o enxoval. Eu tenho escolhido o nome depois do nascimento, todavia se eu pudesse saber o sexo do bebé antes do seu nascimento eu escolheria o nome antes, acho que não há problema nenhum em escolher antes o nome da criança. É verdade que as pessoas te assustam e dizem se tu deres o nome de um familiar de casa isso traz problemas à criança, e há outros que dizem vamos dar qualquer nome desde que todos gostem. Hoje as pessoas começam a fazer o que acham melhor (Mimi, 25 anos, de KaTembe).

Comecei a preparar o enxoval no fim, lá para o 9º mês, por ter medo que algo pudesse correr mal. As pessoas diziam para eu não comprar muitas coisas porque senão dá azar de o bebé não vingar, sabe como são os africanos! E também porque eu não tinha a certeza qual seria o sexo, então comprei umas sete pecinhas de roupa. Eu tive vontade de comprar mais coisas, mas o medo que algo de mal acontecesse me fez recuar nessa ação. [...]. Escolhemos o nome depois do nascimento da criança, mas não tem alguma razão especial para isso (Nely, 29 anos, de KaMpfumo).

Comprei o enxoval depois do nascimento, porque outros dizem que, se compras o enxoval antes, a vida do bebé corre perigo de sofrer de azar. Não sei, mas eu tive que fazer isso! [...] tu escolhes o nome da criança quando ela já está nas tuas mãos, não acho que para este caso haja alguma coisa relacionada com o azar (Luiza, 22 anos, de KaTembe).

Sei que, quando se compra o enxoval antes do nascimento do bebé, a mãe pode vir a sofrer um aborto, a criança pode nascer antes do tempo e até mesmo pode acontecer da criança morrer durante o parto ou logo depois de nascer. Eu pessoalmente acho que isso não vem de causas naturais ou criadas por Deus, eu acho que nós as pessoas é que colocamos isso nas nossas mentes. [...] eu não dizia a ninguém o que estava a fazer para evitar que algo me pudesse acontecer, quando dei parto, a minha família ficou espantada, porque não fazia

ideia da quantidade de coisas que eu tinha preparado. O fato de você falar e mostrar o que estás a preparar para o bebé é que faz com que as pessoas mudem as coisas e façam algo para aquilo correr mal. Eu não acredito que seja uma coisa de Deus nem que haja uma relação direta de causa efeito [Quanto ao período considerado apropriado para a escolha do nome da criança], isso já depende de cada pessoa, há quem quando está grávida ou antes de engravidar diz 'quando eu tiver o meu filho ele vai se chamar X ou, não sei, Y'. Acima de tudo somos africanos, eu posso dizer que quero dar o meu nome à criança enquanto um antepassado ou vovó também quer dar o nome, aí já há problemas (Flora, 25 anos, de KaTembe).

É risco isso aí de comprar enxoval antes de a criança nascer, quando você compra antes pode acontecer do bebé morrer. [O período da escolha do nome] o nome podes dar antes de a criança nascer, mas isso já depende da cada pessoa. Agora o problema grande é aquele de comprar o enxoval antes de nasceres [do nascimento] (Noemy, 21 anos, de KaTembe).

E ainda encontrou-se um segundo grupo que não estabelece nenhuma relação de causalidade entre um acontecimento e o outro. Para estas mulheres, o enxoval pode ser comprado a qualquer altura da gestação, desde que se tenha condições económicas para isso. Este fenómeno igualmente acontece com o momento em que nome da criança é escolhido, no caso de se saber atempadamente o sexo da criança, usando os recursos tecnológicos de ultrassonografia, não haveria impedimentos para a escolha prévia do nome da criança.

Eu comprei o enxoval depois de já ter tido o bebé só porque eu não sabia o sexo da criança. Aqui nós não temos possibilidades de saber o sexo da criança, até mesmo na cidade, se você não tem dinheiro para pagar o exame, nunca vais saber se é menina ou rapaz. Já ouvi falar que não se pode comprar o enxoval antes do bebé nascer porque dá azar, mas aquilo ali só acontece quando você ouve o que as pessoas te dizem e acredita nisso tudo (Ângela, 27 anos, de KaMpfumo).

Comecei a preparar o enxoval quando estava no 7º mês da gravidez. Claro que ouvi histórias sobre o perigo de compra o enxoval antes porque alguma coisa poderia dar

errado, mas preferi não dar tanta importância. Eu e o pai da criança escolhemos o nome dela antes do nascimento, isso também porque já sabíamos que seria uma menina (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

Desde que descobri que estava grávida fui comprando uma coisinha ali, não foi fazer logo um enxoval completo. Na verdade comprei umas pecinhas daquilo que achei que fosse precisar, sempre soube que o bebé cresceria rápido então comprei o básico mesmo. [...] nós escolhemos o nome antes porque eu sempre quis um rapaz e quando eu estava grávida eu acreditava que era um rapaz, mesmo depois do médico me garantir que era uma menina, eu já havia escolhido um nome de menino. Eu queria habituá-lo ao nome chamando-o mesmo ele estando dentro da barriga, para mim isso fazia todo o sentido, ele ter um nome antes do nascimento, mas, como veio uma menina, acabei por lhe dar o nome depois que ela nasceu (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

É interessante recuperar as palavras com que é dita a gravidez. A gravidez é, genericamente, designada como tal, ou então utiliza-se o termo «de estado», já que corresponde a um acontecimento que decorre num período naturalmente não superior aos nove meses. Registamos, porém, que o recurso a outras expressões integra-se a um código de linguagem partilhado em certos meios sociais, fato que revela um vocabulário adequado para aquele propósito, no sentido de que, sobre o assunto, não se fala abertamente, sobretudo diante de pessoas “estranhas” (desconhecidas) e na presença dos mais novos.

Só me dei conta que realmente estava “a espera de bebé” depois que ele começou a mexer (Mimi, 25 anos, de KaTembe);

Aqui em casa, nós dizemos que estou “de estado” (Lily, 33 anos, de KaMpfumo);

Às vezes, podemos dizer “estou de bebé” (Joana, 27 anos, de KaTembe);

Já ouvi pessoas a dizerem eu “estou de barriga” para dizer que estão grávidas (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

O uso mais frequente dos termos acima mencionados aparece mais difundido entre as entrevistadas menos escolarizadas, sendo mais comum o uso do termo técnico «gravidez» entre as mulheres mais escolarizadas e aquelas que têm atividade profissional ativa. Contudo, é notório um elevado conhecimento sobre o comportamento sexual e reprodutivo entre as mulheres pela presença de informações e de serviços designados para atender às suas necessidades específicas, que incluem a sensibilização, a confidencialidade e a privacidade de métodos para a prevenção da gravidez.

No que se refere aos cuidados durante a gravidez, foram analisadas a alimentação, a frequência da prática sexual, os mitos, crenças e tabus. No primeiro caso, foram analisadas as refeições em ocasiões quotidianas, celebrações e cerimónias. Percebemos que, durante a gravidez, certos alimentos ganham significados simbólicos, e a ingestão destes pela futura mãe é suposta conferir ao feto características físicas com conotações negativas. Durante a análise das entrevistas, verificou-se a predominância de narrativas como: “comer ovo cozido faz com que o bebé nasça careca”, “comer quiabos faz com que o bebé nasça porco e imundo”, “a ingestão da carne de porco transmite doenças infecciosas”, como também “ingerir comidas com piri-piri causa manchas avermelhadas na pele e nos olhos do bebé”.

A interdição da prática do sexo em determinados períodos da gestação (a partir do sexto mês) é digna de ser mencionada por funcionar como um tabu que opera como um mecanismo de controlo social dos corpos (Scheper-Hughes & Lock, 1987), na medida que delimita o período considerado apropriado para a realização do ato sem que este venha a ser prejudicial ao bem-estar da criança.

No que respeita às contendas da melhor altura para fazer o enxoval do bebé, surgiram algumas questões de crenças interessantes. Num dos casos, foi mencionada a compra do enxoval do bebé somente após o seu nascimento (entendida como sinal de bom presságio). A compra antecipada dos objetos para a futura criança é vista como um potencial catalisador do mau-olhado, que, por sua vez, é fruto da inveja sentida particularmente por mulheres que sofrem de infertilidade (com dificuldades para conceber), como as estéreis, as que desejam o marido da outra, as que tenham tido algum tipo de desentendimento com a futura mãe, ou aquelas que têm alguma repulsa pela mulher que carrega a criança no ventre.

Quanto à questão do melhor momento para escolher o nome da criança, constatou-se que começa a haver uma inclusão, se quisermos olhar para este aspeto num prisma de tradicionalismo vs. modernidade. Para algumas mulheres, o nome da criança só deve ser escolhido após o seu nascimento, evidentemente que nem sempre cabe aos pais a atribuição do nome, pois em certos casos são os antepassados na figura dos avós, avós, bisavós, geralmente do lado paterno, que decidem qual é o melhor nome a atribuir ao rebento.

A maioria das mulheres entrevistadas que residem na parte urbanizada da cidade de Maputo afirmou ter escolhido o nome da criança antes do seu nascimento. A razão para este comportamento pode estar relacionada com o acesso e ao uso de aparelhos de alta tecnologia que, muito cedo, permitem detetar o sexo do feto. Entretanto, nas áreas periurbanas, como é o caso do município da KaTatembé, as mulheres dizem esperar pelo nascimento da criança para só depois atribuírem-lhe o nome, fato que é justificado pela ausência de meios tecnológicos e financeiros necessários para previsualização do sexo do bebé. Quando perguntamos se esse era o único constrangimento para a escolha tardia do nome da criança, a maioria das informantes respondeu que sim, e elas não viam nenhuma relação direta factual com o mito do infortúnio pela escolha do nome do bebé antes do seu nascimento.

5.2.5. A familiaridade com os métodos e técnicas de contraceção

As mulheres, em relação aos homens, têm mais informações respeitantes à prática de uma saúde sexual segura, pelo conhecimento e uso de produtos e métodos contraceptivos, tais como: pílulas orais (revestidas ou de emergência), preservativo masculino e feminino, dispositivos intrauterinos (DIU), implante hormonal, injeção anticoncepcional, abstinência sexual temporária. Ao contrário, o universo masculino demonstrara ter pouco conhecimento da diversidade dos mecanismos existentes, dominando mais a prática do coito interrompido e o uso de preservativo masculino.

Optei pelo implante cutâneo por aconselhamento do meu ginecologista (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo);

Como a pílula me causa mal-estar, optamos pelo método do coito interrompendo. Às vezes, quando perdemos o controlo da situação, eu recorro à pílula de emergência [popularmente apelidada de pílula do dia seguinte] (Lily, 33 anos, de KaMpfumo);

Decidi que era melhor usar o DIU porque não queríamos mais ter filhos (Sónia, 41 anos, de KaMpfumo);

Utilizo sempre o preservativo porque não tenho uma vida sexual ativa (Lola, 39 anos, de KaMpfumo);

Eu tomei injeções para prevenir as barrigas, mas o meu organismo não aceitou muito bem, e comecei a ter sangramento. Depois passei a tomar pílulas, mas, mesmo assim, engravidei. Não sei explicar como isso foi acontecer (Ângela, 27 anos, de KaMpfumo);

Me previno usando a pílula, porque o meu parceiro diz que estamos num estágio do relacionamento que não podemos mais fazer o uso do preservativo [masculino] aqui dentro de casa (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

Percebemos ao longo dos discursos dos entrevistados que os modelos habituais de contraceção considerados apropriados são a pílula e o DIU. O abandono do uso do preservativo, como mecanismo de contraceção entre o casal, é justificado pelas perceções e representações da existência da instituição da estrutura familiar reconhecida e legitimada, que enquadra a conjugalidade e laços afetivos, separando o privado do público. Por outras palavras, para aquelas mulheres que se encontram a viver numa relação de fato estável (com apenas um parceiro sexual), a utilização do preservativo como meio contracetivo é seriamente recriminada, por essa prática ser, muitas vezes, associada à infidelidade, tanto para ela quanto para ele, ressalvo as situações em que se justifique a sua utilização pela presença de alguma doença sexualmente transmissível.

Todavia, o reducionismo e condicionalismo na escolha dos métodos de controlo das taxas de natalidade pelo casal revelam a ausência de diálogo entre os pares, em razão de os homens conhecerem pouco ou nada das inúmeras possibilidades anticoncetivas, o que nos leva a concluir

que a responsabilidade pela escolha, manutenção e/ou abandono do método contraceptivo recai sobre o encargo e competência da mulher.

O quadro (5.4), que apresentamos a seguir, permite visualizar, em percentagem, o grau de conhecimento e familiaridade dos nossos informantes acerca dos métodos contraceptivos disponíveis a nível do contexto.

Contraceptivos	Mulheres	Homens
Preservativo	100%	100%
Pílula	100%	80%
Pílula de emergência	40%	10%
DIU	90%	50%
Implante hormonal	40%	10%
Coito interrompido	30%	100%
Abstinência temporária	40%	10%
Injeção anticoncepcional	85%	10%

Quadro 5.4. Nível de conhecimento de métodos e técnicas anticoncetivas

A decisão pela escolha do melhor método anticoncetivo é em grande parte decidida entre a paciente e a enfermeira que a segue durante o pré-natal e, posteriormente, no programa de planeamento familiar. São raros os casos em que a utente tem o poder de negociar junto dos profissionais acerca do melhor método, devido à limitação da informação das possibilidades dos dispositivos anticoncetivos disponíveis em cada US. Foi mencionado que, em regra, a mulher é aconselhada a adotar um dos três métodos considerados os mais populares que são: o uso da pílula revestida, o preservativo masculino, e o DIU. O procedimento de laqueação das trompas é somente utilizado em casos extremos, em que a mulher corra risco de perder a vida ou função do desejo manifestado pela própria mulher.

5.3. Saberes e percursos terapêuticos: entre a biomedicina e a medicina tradicional

Com o objetivo de atestar em que medida a compreensão da cura biomédica e/ou tradicional (saber local) se configuram no estatuto de saber legítimo situacional, procuramos dar

voz às entrevistadas para exporem as suas histórias e experiências de vida sobre os percursos terapêuticos durante as gestações. O guião da entrevista¹³⁶ inclui algumas perguntas diretas e objetivas sobre a experiência da gravidez e parto, de modo a caracterizar e compreender percursos de saúde reprodutiva, já que os discursos individuais sugerem a diversidade de quadros de representações e apropriação da realidade (e, portanto, de competências cognitivas individuais com impacto no domínio das escolhas ou comportamentos reprodutivos e, assim, na sua qualidade de vida) associados à linguagem ou falas específicas, a certos canais de socialização ou fontes de informação (mais ou menos formais) sobre esses temas.

5.3.1. O que dizem as mulheres da sua relação com o sistema de saúde convencional?

De acordo com as normas do Ministério da Saúde¹³⁷, os cuidados pré-natais são definidos de acordo com o tipo de serviços de saúde fornecidos às mulheres durante a gestação, tais como, o número de consultas durante a gravidez, o número de meses da gravidez na altura da primeira consulta e o conteúdo dos cuidados pré-natais. Também inclui a informação sobre os sinais de complicações de gravidez, o lugar para receber cuidados pré-natais, informação sobre a vacina contra tétano e o número de doses recebidas. Além do número de consultas de cuidados pré-natais, a época em que a gestante inicia o acompanhamento da gravidez é também importante. Assim sendo, recomenda-se que a primeira consulta seja realizada a partir do terceiro mês da gestação. Ainda de acordo com as normas do Programa de Cuidados Pré-natais, considera-se que a mulher foi completamente assistida quando já tiver comparecido, pelo menos, a cinco consultas pré-natais no decorrer da gravidez.

Um bebé é considerado protegido se a mãe tiver recebido duas doses de vacina contra tétano durante a gravidez, pelo menos, duas semanas antes do parto. Porém, se uma mulher tiver sido vacinada numa gravidez anterior, poderá necessitar apenas de uma dose na gravidez atual. Por sua vez, o atendimento ao parto foi definido segundo o tipo de profissional de saúde que assistiu ao nascimento e o local onde este ocorreu (IDS, 2011:125-126).

¹³⁶ Vide anexo D.

¹³⁷ Vide anexo L, Ficha Pré-Natal no *Caderno de Saúde da Mulher* (2012), Maputo, MISAU.

A relação dessas mulheres com o sistema de saúde convencional (Hospitais, CS, Clínicas privadas), na sua generalidade, começa no momento em que a mulher tem a comprovação que está realmente grávida e inicia-se com as consultas do pré-natal. Portanto, quando estas mulheres procuram pelos cuidados de saúde, é certamente para darem início aos cuidados do pré-natal, e não para buscar o diagnóstico comprobatório que ateste o seu estado de gravidez.

A esmagadora maioria das entrevistadas afirmou nunca ter procurado por ajuda de um especialista em saúde reprodutiva feminina para realizar exames ginecológicos antes de engravidar. Encontramos apenas uma interlocutora que admitiu ter passado por um processo de tratamento com medicamentos farmacológicos para poder conseguir engravidar visto que, esta já havia passado por quatro interrupções gestacionais, sendo que três destas foram voluntárias e uma involuntária.

Os argumentos invocados para justificar o tempo e a frequência das visitas às US para o início do pré-natal são de vária ordem, e estruturam-se em torno de diferentes polos, com visibilidade desigual da importância e pertinência da questão. A prática de esperar até ao terceiro mês para dar início às consultas do pré-natal é muito comum entre as nossas informantes. As razões que levam a maioria das entrevistadas (11-55%) a iniciar o pré-natal a partir do terceiro mês de gestação tem a ver com a crença do “senso comum” de que o período que antecede o primeiro trimestre da gravidez é crítico, porque há uma grande probabilidade «*do feto não vir a vingar e a mulher ter um aborto*» (Marly, 20 anos, de KaMpfumo), como também «*antes dos três meses da gravidez os aparelhos médicos não conseguem detetar a existência do bebé*» (Tóia, 41 anos, de KaMpfumo). Por essas razões, a ida ao CS, antes de transcorridos os 3 primeiros meses, é considerada “desnecessária”.

Todavia, não são todas as mulheres que esperam esse período passar para iniciar o pré-natal. De acordo com os nossos dados, cinco mulheres confirmam a visita ao consultório médico antes de completar o primeiro trimestre da gestação. Reconhecemos que o fato da grande parte destas mulheres que residem em KaMpfumo, serem mais escolarizadas, terem acesso a vários meios de informação (televisão digital, jornais diários, periódicos, revistas, etc.), possuírem meios financeiros, de mobilidade e fácil acesso aos serviços de saúde (num raio não superior a 5km) contribuiu para que estas tivessem iniciado o pré-natal logo no princípio da suspeita de gravidez.

O terceiro grupo, correspondente á quatro mulheres, declararam não ter um período específico para iniciar com o pré-natal, quer por motivos de falta de meios económicos ou por

negligência *«na primeira gestação, iniciei o pré-natal com 1 mês e 2 semanas por ser a minha primeira gravidez, mas já agora nesta segunda comecei no 5º mês por falta de recursos»* (Mimi, 25 anos, de KaTembe). *«Iniciei o pré-natal aos 6 meses de gravidez porque tinha preguiça de ir ao CS, e depois fiquei com medo das enfermeiras zangarem comigo»* (Elisa, 40 anos, de KaTembe).

Mediante a multiplicidade de discursos e experiências encontradas, poderíamos levantar os seguintes questionamentos: uma vez que, nas normas do MISAU, os cuidados pré-natais são definidos de acordo com o tipo de serviços de saúde fornecidos às mulheres durante a gestação, qual teria sido o princípio norteador do MISAU na definição do “terceiro mês” como sendo o período em que a mulher deve iniciar o acompanhamento do pré-natal? Qual é exatamente o período considerado adequado para iniciar o pré-natal? E por fim, quem contextualmente teria influenciado o MISAU na normalização dessa prática, o saber científico (biomédico), a OMS, ou o saber popular (tradição)?

Quando questionadas acerca da sua relação com o SNS convencional, deparamo-nos com discursos que tendem a seguir diferentes padrões de interação e satisfação pessoal, quer pelo maior ou menor grau de confiança que estabelecem com este sistema. Consideramos importantes indicadores desta relação a visão que as mulheres-mães têm dos procedimentos e práticas empregues pelos profissionais biomédicos; o modo como estas são atendidas e tratadas dentro destas instituições; o desfecho positivo ou negativo da interveniência médica; e as limitações económicas que se resume no acesso aos recursos.

As queixas mais firmes se resumem à denúncia de alguns casos de corrupção e clientelismo dentro das US; a fraca qualidade no atendimento pelo incumprimento de horários e longas filas de espera: 17 (85%) permaneceram, nas filas de espera, até 1 hora para serem atendidas e 3 (15%) esperaram até 30 minutos; e as delações de maus-tratos verbais que, em situações extremas, transformam-se em violência física.

Do ponto de vista das utilizadoras destes serviços, 80% afirmaram ter confiança na eficácia da prestação dos cuidados hospitalares, contra 10% que não têm confiança nos próprios hospitais, mas sim nos médicos com os quais mantêm algum laço de amizade: *«apesar de ser bem tratada nos hospitais, tenho mais confiança nos médicos amigos do que nos hospitais, por achar que existem situações de corrupção e clientelismo»* (Paula, 47 anos, de KaMpfumo). As restantes 10% declararam ter confiança nos hospitais privados e não nos públicos: *«sim tenho confiança nos*

hospitais, mas não nos hospitais públicos porque lá nem sempre és bem atendido e há muita corrupção, eu prefiro os hospitais privados» (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

As narrativas que se seguem ilustram algumas das queixas acima referidas pelas entrevistadas que ajudam a elucidar os sentimentos e constrangimentos experienciados.

Quando iniciei o pré-natal no CS, as enfermeiras me deram uma caderneta que disseram que eu deveria levar comigo a todas as consultas até mesmo no dia do parto. Nessa caderneta as enfermeiras põem todas as informações sobre ti e nela colocam a data da tua próxima consulta, mas nunca agendam a hora do atendimento. Assim, no dia marcado, quando você chega lá para a consulta, tem que ir bater a porta da sala de consulta para deixar a sua ficha, e depois esperas do lado de fora que te chamem para entrar. Às vezes você vê que a pessoa que foi chamada para entrar na sala chegou depois de ti ao Centro, mas como ela tem cunha [privilégios] é atendida antes de ti, que chegaste primeiro (Bela, 23 anos, de KaMpfumo).

No dia que tens consulta é melhor contar que não vais fazer mais nada, o dia todo é só no hospital. Já me aconteceu de ir e não ser atendida naquele dia porque a bicha [fila] era muito grande e eu ter de voltar no dia seguinte. Às vezes, essa situação é muito complicada porque a pessoa não têm dinheiro para gastar com o chapa [transportes públicos] e nem para comer enquanto espera pelo atendimento (Noemy, 21 anos, de KaTembe).

Numa das visitas ao Centro de Saúde X, atentamos à situação em que uma utente, fazendo-se acompanhar pela sua filha de dois anos ao colo, chegou àquele Centro para fazer o controlo do peso e do estado de saúde da criança. Por regra, quando se vai à consulta no CS, a mulher-mãe deve levar consigo a sua caderneta e o cartão de saúde da criança. Como esta mãe não trazia consigo o referido cartão, por este alegadamente lhe ter sido furtado junto com a sua carteira, ao pedir a segunda via à profissional de saúde, esta respondeu-lhe com frases depreciativas na frente de outras utentes que, resumidamente, caracterizavam-na como sendo uma mãe negligente. E, proferindo as seguintes palavras, a profissional disse em alto e bom-tom: «sua desmazelada, então não tens vergonha de mentir que te roubaram a carteira junto com o cartão

da criança? Agora só nos vais dar mais trabalho de procurar as informações todas novamente!» (enfermeira SMI, observação realizada no CS X aos 10/10/2013).

Quando questionamos os profissionais de saúde acerca das queixas mais frequentes feitas pelas utentes, estes admitiram a existência de problemas no atendimento ao público no geral com os seguintes argumentos:

Existem situações de maus-tratos [insultos, deixar a mulher dar à luz no chão ou sozinha] sim empregue dentro dos CS e nas maternidades, e isso eu não vou tentar negar e nem defender! Eu sendo enfermeira estou no mesmo grupo, pelas seguintes razões: o governo não se responsabiliza pelo que acontece aqui dentro, eles não veem o que se está a passar no terreno com o pessoal da saúde, entende? Eu não sou contra a verdade, mas é que nós que estamos aqui no terreno não aceitamos as precárias condições de trabalho que enfrentamos e estamos frequentemente sujeitos, é muito trabalho para poucos trabalhadores. Mas não vou dar a desculpa de que não há formação de novo pessoal para engrossar o contingente existente, o que eu penso realmente é que existe uma má gestão dos recursos humanos. Eu há dias fiquei aqui durante três semanas sozinha no atendimento das consultas do planeamento familiar, pós-parto e pré-natal, este último tem muito trabalho. As minhas pacientes grávidas são muitas em média por dia eu atendo de 60 a 80 mulheres, destas, 10 ou 15 vêm para abrir ficha pela primeira vez, e, com essas patologias que andam por aí, você tem que atender bem! Eu sou Tina, mas há quem apanha uma Fátima que não tem paciência. Além disso os maus-tratos nas maternidades vêm da insatisfação salarial e da elevada carga de trabalho (Enfermeira SMI, 50 anos e 32 anos de profissão).

De uma forma geral, na análise que se faz da experiência da observação participante e dos dados ilustrados, podemos afirmar que há, de fato, uma concentração acentuada de utentes nas unidades sanitárias nalguns dias da semana, sobretudo, nas primeiras horas do dia, e menor concentração noutros dias, nomeadamente nos Sábados e Domingos (para os Centros que funcionam 24h por dia). O absentismo do pessoal de saúde, a falta de cumprimento do horário de funcionamento, a falta de meios de reclamações e sugestões e, por vezes, o nepotismo na hora de atendimento, os maus-tratos podem ser considerados como alguns dos pressupostos para esse

cenário de descontentamento e de renúncia por parte das mulheres-mães ao acompanhamento do pré-natal.

5.3.2. Quando a situação exige, é fundamental “amarrar a barriga”

O termo amarrar a barriga se refere à prática cultural tradicionalmente difusa e empregue em quase todo território nacional. O sentido epistemológico do termo tem uma componente preventiva e curativa que se apresenta com uma rica diversidade de intervenções ritualística e farmacológica, com a finalidade de evitar que a mulher venha sofrer de qualquer perturbação durante a gestação que acabe na perda fetal (infortúnio).

Seguindo narrativas em particular, deparamo-nos com situações que levaram a três das nossas informantes a recorrerem à prática localmente conhecida como “amarrar a barriga”, com intuito de evitar a perda fetal. O fato dessas mulheres-mães terem estabelecido o primeiro contacto com o sistema biomédico de saúde, para serem acompanhadas segundo as normas pré-estabelecidas pelo MISAU, não as impediu que fizessem o uso simultâneo de terapias alternativas, alicerçadas nas suas crenças e conhecimentos das práticas ditas tradicionais e religiosas de proteção e cura, com uma certa cautela, porque “*as medicine was understood to have the capacity to harm as well as heal*” (Prince, 2014:12), como passamos a descreve-los de seguida.

Telinha tem 31 anos, é nascida e criada em Maputo, possui o curso superior de Linguística, órfã de pai e mãe, foi criada por três irmãs mais velhas. «*Quando estava na primeira fase da gravidez os médicos me receitaram para tomar ácido fólico, e depois passei a tomar sal ferroso e vitaminas até ao fim da gravidez*». No decorrer da gestação Telinha sente fortes dores debaixo do ventre, em vez de procurar ajuda hospitalar, decide, por intermédio das suas irmãs, procurar pela ajuda «*de uma vovó que conhecia os medicamentos de amarrar a barriga para não perder o bebé*». Quando questionada sobre o motivo de não buscar, em primeira instância, a ajuda médica, esta responde: «*não fui á procura de ajuda médica porque eu já sabia exatamente do que se passava comigo, como também já sabia a quem deveria pedir ajuda. Assim que expliquei o que se passava às minhas irmãs, elas logo trataram de resolver a questão de forma eficaz*». Esta afirmação nos leva a considerar a hipótese de que, como a Telinha, muitas outras mulheres depositam confiança na eficácia da medicina tradicional, pela maneira como experienciam os

sintomas do mal-estar, para depois identificar a melhor opção ou resolução terapêutica a seguir, na perspectiva de solucionar o problema de forma eficaz.

No nosso segundo caso, apresentamos o retrato cronológico das experimentações reprodutivas da Capitú, com 31 anos, natural e residente na cidade de Maputo, com formação superior em Direito, católica e empregada no ramo bancário há 4 anos. Aos 19 anos, Capitú tem a primeira gravidez, decidindo interrompê-la clandestinamente: *«na altura era muito nova e estava a frequentar o 10º ano, não podia deixar que os meus pais descobrissem o que se estava a passar comigo, e foi por isso que eu e o meu namorado na altura procuramos resolver aquele problema secretamente»*. Pelas dificuldades enfrentadas durante a adolescência, esta admitiu ter recorrido a intervenções abortivas como meio para se livrar de gravidezes indesejadas durante um período da sua vida em que se relacionou com indivíduos que com os quais teve sexo desprotegido pelas razões que avança: *«A minha adolescência não foi nada fácil, desde muito cedo tive que começar a trabalhar para ajudar nas despesas de casa, e isso fez com que eu me relacionasse cada vez mais com homens mais velhos e dessas relações acabei por fazer mais dois abortos»*. Depois do seu casamento em 2011, Capitú decide finalmente engravidar e levar adiante a gestação, mas esta acaba por sofrer mais um aborto, agora involuntário. Ao completar 30 anos, Capitú começa a ficar preocupada com a possibilidade de não poder vir a ter mais filhos pelo histórico anterior de interrupções de gravidezes indesejadas: *«Quando finalmente fiquei grávida, fui logo ao médico só para ter mesmo a certeza que estava tudo bem com a barriga, mas a minha mãe de imediato me levou para a casa de alguém que conhece medicamentos tradicionais que me ajudaram a ter uma gravidez segura e bem-sucedida»* e desta forma *«eu fui amarrar a barriga»*, evitando que anteriores situações indesejáveis se repetissem.

No nosso terceiro caso, compartilhamos a história da Maria, de 21 anos, natural e residente em KaTembe, com o 5º ano de escolaridade, é membro praticante da igreja Zione e exerce atividade comercial como vendedora ambulante: *«Eu quando fiquei grávida pela primeira vez tinha 18 anos, no 6º mês estive de cama por causa de perder sangue [hemorragia vaginal] »,* por condicionalismos de ordem religiosa, Maria se utilizou também de um dos procedimentos de *«amarrar a barriga para não perder bebé»*, mas esta intervenção só podia ser feita por pessoas específicas que detinham conhecimentos e poderes para a prática, que, no caso, são os *«sacerdotes/profetis da igreja Zione»*. A referência que Ana Costa (2007) faz é de que as práticas destas igrejas constituem uma alternativa aos curandeiros.

[...] nestas igrejas o sacerdote cumpre funções semelhantes ao exorcismo e ao curandeiro e os processos terapêuticos são muito parecidos. Todos os fatores “tradicionalmente” considerados causa de doença – desrespeito pelos antepassados, feitiçaria, maus espíritos – merecem o maior respeito por parte das igrejas sincréticas que identificam todos estes elementos como cúmplices do diabo e o exorcismo é o meio pelo qual estes “males” são combatidos (Costa, 2007:100).

Loforte observou que “os zione estabelecem uma relação estreita entre o estado de saúde e a conduta moral daí que estabelecem um código rígido de comportamentos e a crença de que a doença pode ser ocasionada pela quebra de um tabu ou pelo contato com indivíduos ou objetos poluídos” (2003:235). O ato de «amarrar a barriga» varia de acordo com os saberes e domínios específicos do provedor de medicamentos terapêuticos, e o ritual pode envolver uma diversificada engenharia de práticas que vão desde a queima de medicamentos, rezas, atribuição de amuletos protetores (cordão marrado a volta da cintura da gestante) à deglutição de líquidos de uma vasta e complexa infusão de medicamentos proveniente de diferentes origens animal, vegetal e mineral, como também é possível haver o interdito alimentar. A toma dos medicamentos, por vezes, é acompanhada de pedidos proferidos pela mulher grávida: *«a pessoa que me deu os medicamentos me aconselhou para que sempre que eu bebesse aquela água, deveria pedir proteção dos espíritos ancestrais da minha família e dizer palavras positivas para acalmar a criança aqui dentro, e eu sempre repetia as mesmas coisas: não tenhas pressa de vir ao mundo, meu filho; quero que cresças forte e cheio de saúde; a mamã está a espera de ti cá fora; eu te amo muito, meu filho»* (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

Nesta ordem de ideias, é possível afirmar que as mulheres fazem uso diferenciado dos meios formais e informais de cuidados de saúde de forma simultânea, porque, nem sempre, têm alternativas e opções de terapias curativas e protetoras, principalmente quando se trata de medidas preventivas à ameaça de aborto, como pudemos ilustrar nos exemplos acima mencionados, referindo os percursos das interlocutoras sob o escopo desses movimentos tão fluidos, quando se buscam soluções e garantias de uma gestação bem-sucedida.

Percebemos que existem níveis de dissonâncias, contradições e sobreposições no que toca à percepção do tipo de relação existente entre o que a família diz (tradição) para a mulher grávida fazer e o que os médicos (ciência) aconselham nos cuidados consigo mesma, na medida em que a

compreensão da cura biomédica e/ou tradicional (saber local) se configuram no estatuto de saber legítimo situacional. As concepções leigas coexistem e competem no sentido de criar alternativas às significações médicas dos profissionais de saúde.

5.4. O parto e cuidados com o recém-nascido

No que concerne ao atendimento ao parto, o MISAU definiu segundo o tipo de profissional de saúde que assistiu ao nascimento e o local onde este ocorreu. De acordo com os dados obtidos, podemos afirmar que a maioria das mulheres (18 - 90%), pelo menos uma vez, deu à luz numa maternidade, quer seja pública ou privada, tendo sido os partos realizados por médicos e/ou parteiras.

A percentagem maior seria para o parto normal, os partos por cesariana ocupam o segundo lugar, isto para dizer que de 100 partos 15 a 20% seguem essa tendência que cada vez mais está a tornar-se moda por causa do dinheiro (Enfermeira de SMI, 50 anos, 32 anos de profissão).

Na cidade de Maputo, cerca de 80 a 90% dos partos acontecem dentro das instituições hospitalares, e o número dos partos fora da maternidade está reduzindo cada vez mais. Grande parte dos partos acontece nas maternidades do HCM e dos Hospitais Gerais. Agora na periferia e no campo, cerca de 54% acontecem nas instituições públicas, enquanto 46% dos partos ainda acontecem fora das US (Médico ginecologista/obstetra, 58 anos, 38 anos de profissão).

A médica que me fez o parto é minha amiga e também foi ela que me acompanhou durante toda a gravidez. No dia do parto, dei entrada na maternidade por volta das 7h da manhã, quando lá cheguei já havia uma senhora que, segundo me informaram, ela tinha dado entrada no dia anterior e ainda não havia conseguido dar à luz. E enquanto o tempo ia passando eu ouvia o seu choro e os seus gemidos de dor, e foi exatamente naquele momento

que eu decidi que não passaria por aquele sofrimento todo. Quando a minha médica chegou, por volta das 9h, eu pedi que o meu parto fosse por cesariana, e assim foi, tudo correu lindamente, e te posso assegurar que em momento algum me arrependi de ter tomado essa decisão (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo).

As alegadas razões para a preferência do parto institucional são das mais variadas possíveis e podem ser caracterizadas como sendo escolhas conscientes - pela clareza discursiva da real importância de se ter um parto institucionalmente assistido, ou por decisões circunstanciais - pela falta de convicção discursiva da eventual necessidade da utilização dos serviços de saúde no auxílio ao parto.

É sempre melhor ter o parto num hospital porque é mais seguro (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo);

Na maternidade existem melhores condições para ter a criança (Sónia, 41 anos, de KaMpfumo);

Eu prefiro ter o parto no hospital para evitar correr riscos caso algo de errado aconteça comigo ou com a criança! (Mimi, 25 anos, de KaTembe);

Se alguma coisa correr mal durante o parto, estando no hospital, posso ter ajuda rápida (Elisa, 40 anos, de KaTembe);

Fui dar parto na maternidade porque as pessoas me diziam para ter a criança lá (Noemy, 21 ano, de KaTembe).

As moradoras da KaTembe apenas contam com uma maternidade dentro do único CS existente na localidade, e, por esta razão, na ocorrência de qualquer que seja o tipo de complicação obstétrica (durante e pós-parto), estas são transferidas de urgência para os hospitais, como o exemplo do Hospital Central de Maputo, o Hospital José Macamo, e o Hospital Geral de Mavalane, todos estes com as maternidades muito bem equipadas.

Apenas uma pequena parcela dos partos (4 partos, correspondendo a 20% do conjunto das entrevistadas) ocorreu fora do ambiente hospitalar. Esses partos foram realizados por parteiras tradicionais “não qualificadas institucionalmente” para o efeito, mas que possuíam experiência na arte de parturia, como a própria explica:

Eu não fui à escola e nem recebi curso para aprender fazer partos, aprendi tudo com a minha mãe que também era parteira. A primeira vez que fiz um parto foi há 20 anos atrás [1995], desde aquele tempo até hoje posso dizer que fiz uns 34 partos sem contar com os partos que fiz as minhas duas filhas, e nunca perdi nem uma mãe nem uma criança nas minhas mãos. [...] Não faço esse trabalho para receber dinheiro das pessoas, eu faço esse trabalho para ajudar as mulheres que precisam de mim naquele momento, não interessa se a pessoa é da família ou se eu não conheço, vou ajudar da mesma forma. Mas depois eu mando ela ir no Centro para lá eles dizerem se a criança tem boa saúde ou não e depois receber os remédios de vacina (Parteira tradicional, 63 anos, 20 anos na atividade).



Figura 5.11. A parteira tradicional acompanhada por uma das suas parturientes e a filha

As razões que levaram algumas das entrevistadas a terem os partos na esfera doméstica estão relacionadas à sua inexperiência como parturientes: «o meu primeiro filho eu tive em casa porque não sabia que já estava na hora de dar parto, mas os outros dois filhos fui ter na maternidade» (Mimi, 25 anos). Também concernem à falta de meios de transporte para chegar a tempo à maternidade «eu tive a minha segunda criança a caminho da maternidade» (Noemy, 21 anos, de KaTembe). A única grávida de primeira viagem que durante a pesquisa ainda não havia

dado à luz manifestou o desejo de ter o parto em casa, por temer que algo pudesse acontecer com a segurança da criança *«eu e o pai da criança decidimos que eu devo ter o parto aqui em casa, tenho medo de me roubarem ou trocarem a criança na maternidade»* (Gilda, 19 anos, de KaTembe).

Porém, devemos ressaltar que a maior ocorrência de casos de partos realizados na esfera doméstica se circunscreve mais às mulheres residentes na KaTembe, possivelmente pelo fato de elas ainda apresentarem níveis considerados baixos de escolaridade básica, pela falta de meios de transporte e económicos para chegarem a tempo à maternidade, pela longa distância que têm de percorrer até chegar a CS, pelo condicionalismo de dependência da única maternidade a nível municipal, por serem muito jovens ou estarem alheias aos sinais de alerta corporal que indicam o momento da chegada do trabalho de parto.

Quanto ao tipo de parto, destacamos duas modalidades que, por excelência, foram defendidas, tanto para o lado positivo quanto para o lado negativo, como sendo a maneira mais satisfatória e segura para se ter um parto. Para mais da metade das mulheres-mães, a experiência do parto natural é sempre a melhor opção: *«nunca sofri muito para ter as crianças»* (Marly, 20 anos, de KaMpfumo); *«o parto normal não dói»* (Noemy, 21 anos, de KaTembe); *«a recuperação do parto normal é excelente e rápida»* (Joana, 27 anos, de KaTembe); *«optaria sempre pelo parto normal, porque a cesariana é muito complicada, e precisar passar por uma operação que deve ser bastante dolorosa na recuperação»* (Lola, 39 anos, de KaMpfumo). Para os restantes 30% das mulheres, incluindo também algumas do primeiro grupo que tenham experienciado o processo do parto por cesariana, defendem um posicionamento transversal e, por vezes, contraditório, no que diz respeito às descrições dadas para descrever essas sensações.

Dizem que o parto normal é melhor, não sei se optaria pelo normal porque dizem que dói! Para mim o parto por cesariana não foi doloroso, foi muito rápido, não senti praticamente nada diferente como das histórias que as pessoas contam do parto normal. Há quem teve sequelas da cesariana, mas comigo não aconteceu nada. Se tivesse opção, optaria pelo parto normal (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo);

Depois de tudo que passei? Preferia cesariana! Eu passei muito mal durante dois longos dias com fortes dores, eu até cheguei a pedir a médica que me operasse, mas ela se recusou,

só depois de muitas horas em agonia quando eu já estava no limiar daquilo que poderia suportar, a médica decidiu fazer a cesariana. Eu optaria pela cesariana! (Nely, 29 anos, de KaMpfumo);

Optei pela cesariana porque tive medo de sentir as dores das contrações por muito mais tempo, acredito que se a médica não fosse minha amiga talvez conseguisse convencer-me a fazer um parto normal. Acho que valeu a pena a minha escolha, porque não tive complicações e consegui me recuperar passadas umas 2 ou 3 semanas! (Capitú, 31 anos, de KaMpfumo);

Nenhum dos dois [tipos de parto], são ambos horríveis, continua sendo horrível o pós-parto, a dar de mamar, deixa as mamas feridas, depois é o leite que encaroça, aquilo é um horror, filha, é uma experiência tenebrosa (Paula, 47 anos, de KaMpfumo);

Como passei pelas duas experiências, eu optaria pelo parto normal, porque tu sentes uma dor insuportável, mas depois de dares à luz a dor passa, mas quando fazes uma cesariana podes ficar até um mês ainda a sentir aquelas dores que parece que a ferida ainda está aberta (Sónia, 41 anos, de KaMpfumo).

Uma das questões importantes foi perceber se, na prática, os profissionais de saúde têm levado a cabo a nova norma nacional de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais (MISAU 2011). A nova norma tem por definição a atenção humanizada em relação ao parto, remete a uma atenção que assenta no reconhecimento e no respeito aos direitos fundamentais das mães, recém-nascidos e familiares. Isto inclui o direito à informação, à escolha de pessoas e formas de assistência no parto, à preservação da integridade corporal e à assistência adequada à saúde das mães e recém-nascidos; além do respeito ao parto como experiência altamente pessoal e familiar, o apoio emocional e social e a proteção contra abusos e negligência.

A atenção humanizada consiste num conjunto de ações desenvolvidas ou mediadas pelo trabalhador de saúde que visam o melhor conforto e segurança para a mãe e o seu recém-

nascido¹³⁸. A humanização na atenção ao parto passa por uma mudança de atitude por parte dos trabalhadores de saúde, os quais devem considerar e respeitar os sentimentos, preferências e valores culturais das utentes, porque, segundo o MISAU, existem evidências de que o momento do nascimento e a forma como ele decorre têm influência sobre o bom desenvolvimento da criança¹³⁹. Consideramos como variáveis de suma importância analítica a posição em que a mulher se encontrava sujeita no momento de dar à luz, a toma de medicação durante o trabalho do parto, e a participação familiar¹⁴⁰.

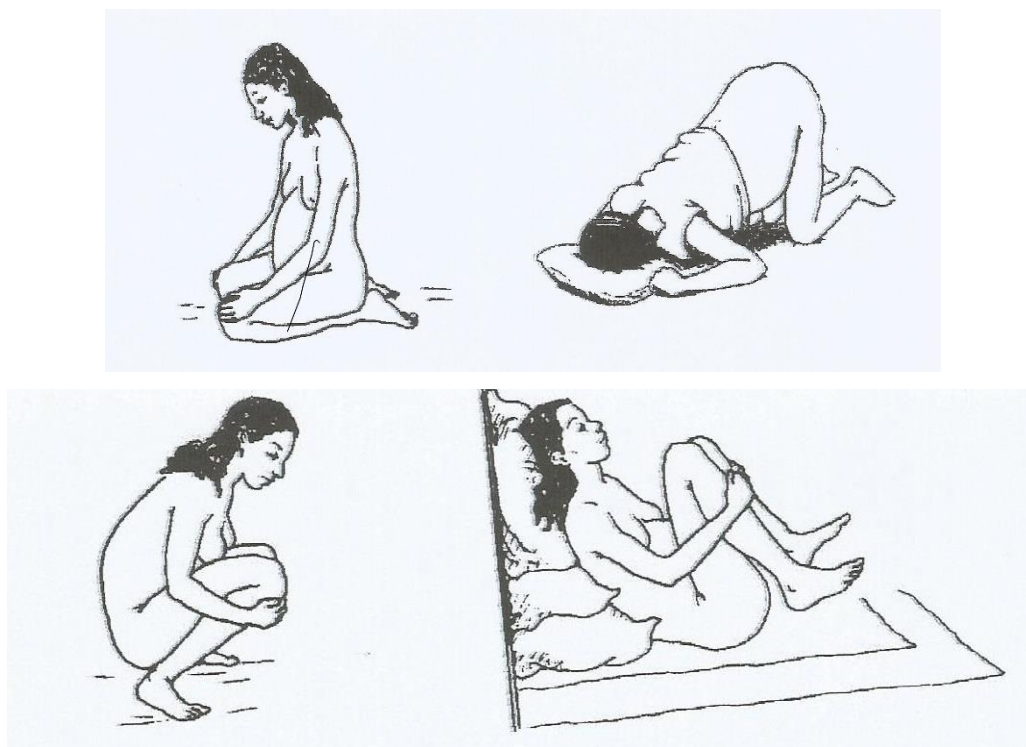


Figura 5.12. Posições alternativas que uma mulher pode adotar durante o trabalho de parto

Embora exista a nova política para a Maternidade Modelo, em vigor desde agosto de 2011, constatamos que as boas práticas para o parto mais humanizado ainda não se fazem sentir nas retóricas e experiências da realidade observada. De acordo com as mulheres-mães que tiveram

¹³⁸ Para mais detalhes sobre as Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais, ver anexo M.

¹³⁹ MISAU, 2011.

¹⁴⁰ Fonte: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents>.

o parto numa maternidade, não houve qualquer ocasião em que o profissional da saúde tenha perguntado sobre a posição em que a mulher se sentiria mais confortável para dar à luz, nem se esta gostaria de usufruir da companhia de algum familiar (companheiro, mãe, irmã, tia, etc.).

Ali [se refere à maternidade] você tem que obedecer à tudo que eles dizem para evitar que eles gritem e ralhem contigo! Assim que cheguei no CS me mandaram tirar a roupa e amarrar uma capulana, depois de uns 40 minutos, a enfermeira veio me observar para ver se o bebé já tinha espaço para sair, como viram que ainda era cedo para dar parto, me mandaram voltar para casa. Umas 3 horas depois eu voltei, mas já sem forças para andar, e lá elas me mandaram correr lá fora, quando eu não aguentei mais de dor, me sentei no chão e lá comecei a ter a criança sozinha, foram as mamas [senhoras mais velhas] que estavam no Centro que me ajudaram, colocaram capulana no chão para eu ter a criança ali no chão (Mimi, 25 anos, de KaTembe);

As enfermeiras dizem para beber água quente com muito açúcar para te ajudar a ter força na hora do parto (Joana, 27 anos, de KaTembe);

Obrigam a pessoa a caminhar para ajudar na dilatação do colo do útero e ralham quando a pessoa grita ou chora (Bela, 23 anos, de KaMpfumo);

Proíbem você de comer comidas sólidas, não deixam você usar o celular, também te dizem para não vestir roupas, a única coisa que eles te dizem para levar para a sala de parto é capulanas e fralda para vestir o bebé (Ângela, 27 anos, de KaMpfumo);

Dizem para te deitares alternadamente de um lado e do outro, que essa posição ajuda a acelerar o trabalho de parto (Titia, 35 anos, de KaTembe);

Sim, eu cheguei a tomar Ocitocina para acelerar as contrações (Lola, 39 anos, de KaMpfumo);

Levei anestesia local, soro e tomei paracetamol para poder fazer a cesariana (Nely, 29 anos, de KaMpfumo);

O parto do Xico foi na clínica para eu me sentir mais segura, mas, quando acordo da anestesia geral, parecia que eu estava a morrer porque aquela sensação é horrível! Eu não conseguia respirar, só queria que levantassem a cabeça, mas eu não conseguia falar, até descobrirem que era para me levantar a cabeça, eu já quase ia morrendo, olha foi tudo horrível. E depois no parto do meu Mico tomei anestesia epidural, bem a epidural é uma coisa aterradora, é uma injeção que tu sabes que não te podes mexer porque corres o risco de ficar paraplégica porque ela é aplicada na coluna, olha aquilo dói desesperadamente é uma sensação aterradora que tu não podes imaginar (Paula, 47 anos, de KaMpfumo).

A abrangência do conhecimento e da prática do novo procedimento continua sendo pouco conhecido pelos usuários dos serviços da rede pública de saúde, porque as informações debilmente chegam aos destinatários, aos quais a política de cuidados se destina, além da falta de estruturação no sistema de infraestrutura material e de quadro de recursos humanos.

Atualmente nós estamos num movimento muito grande que chamamos Iniciativa a Maternidade Modelo, que consiste em melhorar as condições de atendimento ao parto, condições assistenciais durante o pré-natal e pós-parto tanto para mãe como para a criança. E neste movimento todo, está incluído o pacote da mulher poder expressar a sua vontade de como quer ter o parto, e as enfermeiras são treinadas a assistir a qualquer posição que a mulher escolher. Para além disso, neste movimento também está incluído o pacote sobre se a mulher quer ou não ter a companhia de um parente, ou do marido, da sogra ou de uma tia. Nos hospitais periféricos, como nos distritais, essa já é uma prática recorrente. O HCM e alguns hospitais gerais inda não estão preparados para isso, porque, para ter algum acompanhante, significa ter um quarto onde está somente ela e o parente dela, ou então um quarto grande, mas com divisórias, porque naturalmente são duas, três ou quatro mulheres em trabalho de parto, e não pode o parente de uma assistir o parto da outra por uma questão de respeito a privacidade da utente. No momento estamos num movimento de implementação dessa prática desde 2011 e já está sendo divulgado para o

conhecimento público, mas ainda em uma pequena escala [...]. Atualmente as queixas consistem na demora em serem atendidas [as utentes], porque têm um número reduzido de enfermeiras do SMI e de médicos, e isso faz com que muitas delas cheguem a maternidade e esperem mais de uma hora ou até duas para serem atendidas. Outro aspeto também tem a ver com os medicamentos, porque são receitados medicamentos quando às pacientes são dadas alta, enquanto os hospitais não dispõem desses medicamentos e elas têm com comprar fora das nossas farmácias, que é de certeza sempre mais caro (Médico ginecologista/obstetra, 58 anos, 38 anos de profissão).

Quando a mulher entra na maternidade, ela vai encontrar ali regras das quais deverá seguir! Ela está com dores, vai à sala de parto e é observada, quem dirige tudo é a enfermeira, não é ela, a paciente, que diz eu quero fazer isso ou aquilo. Quando a dilatação já está completa, é a enfermeira que diz, levanta vamos já para ter o bebé, é aqui o sítio certo, coloca a mulher na marquesa e assiste o parto. Ela normalmente entra como inocente, não sabe nada, exemplo, ela está com hemorragia, quero colocar soro não é ela que vai dizer como a enfermeira deve proceder, mesmo eu sendo enfermeira numa situação dessas, não sou eu quem vai dizer ao médico o que fazer. O serviço tem normas, nunca deve ser o paciente a se autodiagnosticar ou a determinar qual é a melhor posição que ela deve estar. Nós é que definimos qual é o melhor ambiente para fazer o nosso trabalho (Enfermeira de SMI, 50 anos, 32 anos de profissão).

Entretanto, as mulheres de KaMpfumo, por possuírem maior acesso às instituições de saúde agregado ao seu poder socioeconómico em relação às mulheres de KaTembe, escolhem cada vez mais as clínicas privadas, onde podem pagar por um atendimento digno e personalizado, no sentido de que a paciente tem o poder de expressar a sua vontade referente ao tipo de parto que deseja para si. Neste sentido, a mulher pode optar pela intervenção de procedimentos biomédicos que tornem a experiência do parto menos demorada e dolorosa, como também tem a total liberdade para decidir se pretende ser acompanhada naquele momento. Sobre este caso, trazemos o exemplo da Capitú, que encontrou nos serviços privados da clínica do HCM o ambiente favorável para poder expressar a sua vontade de ter o parto a cesariana, movida pela convicção de não ser capaz de suportar as dores do parto. O acontecimento em questão leva-nos a reforçar a

ideia de vários autores (Davis, 1988; Abel e Browner, 1998; Browner & Sargent, 2007; Lorentzen, 2008) que defendem a existência de uma noção relacional/transaccional de poder “*authoritative knowledge*” na relação médico-paciente.

5.4.1. O parto é apenas “assunto de mulheres?”

A observação participante ao parto institucional decorreu no dia 10/06/2015. Estava um dia ensolarado e relativamente fresco, como é de costume naquela época do ano. Viajamos em torno de 35 minutos da cidade de Maputo até ao CS de Campwane-Boane, e, quando lá chegamos, os relógios marcavam 11 horas e 37 minuto da manhã. Por advertência da nossa colaboradora, antes de entrarmos nas instalações do Centro, usamos batas brancas parecidas às dos trabalhadores da instituição. Para o nosso contentamento, fomos recebidas à chegada pela Médica chefe do Centro que, de imediato, nos encaminhou para a maternidade, onde a enfermeira-parteira aguardava ansiosamente pela nossa chegada, uma vez que horas antes esta havia nos contactado para informar que recebera, naquele dia, três mulheres a quem deveria prestar cuidados de atendimento no trabalho de parto.

As apresentações formais foram rápidas e cordiais, visto que aquele era normalmente o período do dia com maior movimentação dentro do Centro. Antes de entrarmos diretamente para o propósito que nos levava para o local, ainda foi possível participar em alguns eventos das atividades cotidianas de uma enfermeira-parteira, incluindo as consultas do pré-natal, do pós-parto (pesagem e vacinação do bebé) e do planeamento familiar (aconselhamento e medicação anticoncetiva). A descrição do evento do parto será apresentada em duas partes, para melhor elucidar os procedimentos e as principais etapas percorridas dentro de uma maternidade da rede pública do SNS.

Parte 1. O exame de toque

Por volta das 12horas e 50 minutos, fomos convidadas a entrar na sala de parto para que pudesse mos presenciar o exame de toque que determinaria se a mulher estava apta para entrar em trabalho de parto ou não. A utente observada era uma jovem dos seus 17 anos, com o 5º ano de escolaridade, desempregada, encontrava-se a residir na casa da tia materna em Maputo, e de

acordo com esta, aquela era a sua primeira experiência como parturiente. Para além das informações clínicas da paciente, no seu prontuário médico, lia-se que ela havia dado entrada na maternidade às 21 horas do dia anterior (09/06/2015).

O exame de toque tem por finalidade determinar a posição em que se encontra a criança e atestar os centímetros de dilatação do colo do útero por onde passará a criança. Para a realização do exame, a enfermeira segue, passo a passo, determinados procedimentos, a saber: 1º a mulher é colocada deitada em cima de uma marquesa previamente revestida do lençol hospitalar; 2º mede-se a pressão arterial da mãe por meio de um esfigmomanómetro; 3º faz-se a medição do tamanho da barriga, utilizando uma fita métrica; 4º as batidas cardíacas do bebé são escutadas por meio de estetoscópio (convencional ou de Binardes); 5º por fim, a enfermeira calçando luvas, introduz os dedos dentro do órgão genital feminino, enquanto a paciente se encontra deitada de costas com as pernas abertas e com a região glútea apoiada ao urinol.

Durante o processo de exame, a enfermeira perguntou à utente acerca da sua idade e se ela havia tomado chá com muito açúcar para evitar a hipoglicemia. No final da observação, o diagnóstico foi 120/70 mm Hg de pressão arterial e apenas 5cm de dilatação do colo uterino, o que levou a profissional a concluir que o parto demoraria ainda a acontecer e. Ao se dirigir à utente, proferiu as seguintes palavras: *«isto ainda está no princípio, ainda vais sentir dores mais fortes ao ponto de me chamares»* (Enfermeira-parteira, 55 anos, 32 anos de profissão), situação que nos deixou atónitas e deixou a jovem um tanto confusa, por não compreender quanto tempo mais teria que suportar aquela agonia das contrações.

Parte 2. Início do trabalho do parto

Às 19 horas, voltamos a entrar na sala do parto, depois que a parteira confirmou que a parturiente atingira os 10cm de dilatação e que a criança estava bem posicionada para dar início ao trabalho de parto. Ao entrar para a sala do parto, a paciente fora instruída para que subisse à cama, onde deveria se acomodar e manter as pernas completamente afastadas e ligeiramente dobradas para o lado de fora. Assim que esta entrou, reparamos que estava descalça e trajava somente uma peça de tecido enrolado ao corpo, culturalmente conhecida pelo nome de *capulana*, não transportava nenhum outro objeto pessoal.

Para além da paciente, na sala éramos mais três pessoas (a enfermeira-parteira, eu e a colaboradora). Num primeiro momento, era apenas a parteira que desempenhava a sua função sem que nós interferíssemos no desenrolar dos acontecimentos, mas, com o passar do tempo, começamos perceber que o parto não seria uma tarefa simples, pela sua dificuldade e morosidade. Na tentativa de acelerar o decurso do parto, a enfermeira usava uma das palmas das mãos para dar estalos “ligeiros” na barriga da paciente, com o argumento de que o ato ajudava a impulsionar os movimentos da criança, de maneira que esta também pudesse contribuir ativamente no seu nascimento. A repetição deste procedimento pareceu não ser o mais eficaz, pela quantidade de vezes que foi empregue sem sucesso, como também, por aumentar o desconforto e a sensação de dor na parturiente, ao ponto de levá-la às lágrimas.

A alternativa foi adotar uma nova abordagem, a parteira ordenou à paciente que descesse da marquesa e fosse correr nas imediações do Centro e, de seguida, perguntou à utente se gostaria que alguém da família a acompanhasse naquele momento. Assim que esta consentiu, a presença da tia foi solicitada e, prontamente, esta se fez presente à sala de parto, sem que para isso fosse necessário passar por um prévio ritual de desinfeção.

Já passavam das 19 horas e 30 minutos, as emoções e uma certa dose de pânico começavam a tomar conta de todas as participantes envolvidas naquela experiência, a parteira pediu que a servente fosse chamada à sala, de maneira que também pudesse prestar auxílio no preparo do material necessário para a intervenção de todos os cuidados medicamentosos após o parto. O *kit* preparado continha: uma seringa com anestesia, para eventuais lacerações espontâneas, o material usado para saturações, uma vacina de ocitocina sintética¹⁴¹ e uma cápsula de comprimido contendo vitamina A.

¹⁴¹ A ocitocina é um hormônio naturalmente produzido pelo nosso organismo para gerar as contrações do útero durante o trabalho de parto e a liberação do leite durante a amamentação. Ele foi sintetizado em laboratório e assim se tornou uma medicação muito útil, que pode ajudar a salvar vidas, se corretamente indicado. Esse hormônio também pode ser usado para iniciar o trabalho quando ele não ocorre naturalmente, podendo regularizar as suas contrações quando elas não estiverem efetivas e for diagnosticado que o trabalho de parto não está evoluindo de maneira adequada. Além disso, também pode ser usado para contrair o útero após o parto ou aborto, quando o sangramento está muito abundante, prevenindo hemorragias que poderiam levar a perda do útero e até a morte se não controladas adequadamente. Fonte: <http://www.minhavidade.com.br/familia/materias/17193-entenda-como-a-ocitocina-sintetica-e-usada-no-parto-normal>.

Quando finalmente o trabalho de parto entra em progresso, a tia está ao lado da sobrinha proferindo palavras de incentivo para que ela não desistisse «*força menina eu estou aqui contigo, ser mulher não é fácil, mas vais ver que isto logo passa*» (Tia da parturiente 10/06/2015). De seguida, à tia fora incumbida a tarefa de ir buscar alguns pertences dos quais a sobrinha precisaria fazer uso, poucos minutos depois ela estava de volta à sala, trazendo consigo algumas peças de tecido de *capulana* para embrulhar a criança e a roupa íntima para sobrinha. Perto das 20 horas, uma menina nasceu de parto natural, com 47cm e pesando dois quilos e quatrocentos gramas. Os primeiros cuidados e atenção foram concentrados todos na limpeza da recém-nascida. Como o parto foi prolongado, houve a necessidade de se aspirar o nariz e boca da criança para retirada da secreção do mecônio e do líquido amniótico ingerido durante o trabalho do parto. O cordão umbilical foi cortado e introduziu-se pomada de tetraciclina nos olhos da criança, que foi pesada e medida de acordo com os regulamentos do CS. Essas informações vão depois constar nos registos do Centro e no Cartão de Saúde da Criança (ver figura 5.13).

Depois que a criança acabou de ser assistida esta foi colocada em contato direto com a pele da mãe e ali permaneceu aconchegada ao seu peito, enquanto eram prestados os cuidados maternos do pós-parto. A placenta da mãe foi completamente retirada e sua pressão medida mais uma vez. Depois de se constatar que tudo decorria dentro na normalidade, sucedeu-se a aplicação da injeção contendo ocitocina e a toma da vitamina A.

Com o bom desfecho do parto, a mãe e a criança são conduzidas da sala do parto para a sala de puerpério onde, anteriormente, a mãe havia aguardado pelo parto. Naquela noite, mãe e filha tiveram que permanecer em observação na maternidade. Se o quadro não apresentasse nenhuma alteração, muito provavelmente, as duas teriam alta hospitalar e poderiam regressar à casa no dia seguinte, logo pela manhã.

Figura 5.13. Cartão de Saúde da Criança



Figura 5.14. Mãe e filha repousando após o parto

Foi evidenciada uma crescente tendência de utilização dos serviços da rede SNS durante o pré-natal e o parto, devido a algumas melhorias na prestação de serviços pelo SNS, que se refletem em diversos sectores: o aumento considerável de infraestruturas dos CS; a promoção e expansão dos financiamentos e campanhas nacionais levadas a cabo pelo MISAU e seus parceiros (ONG) para auxílio a melhoria da SMI; e, mais recentemente (2011), com a introdução da maternidade modelo com uma abordagem mais humanizada do parto. Com a nova abordagem “humanizada”, a mulher passaria a gozar do direito ao acompanhante (da mãe, do companheiro, da irmã, da tia, ou de qualquer outra pessoa) dentro da sala do parto, fato que, quatro anos antes, era impensável de acontecer nos serviços públicos.

Porém, não poderíamos deixar de referir que, a despeito deste novo modelo de abordagem do parto parecer uma providência que vem acrescentar benefícios na relação de proximidade das mulheres com o SNS, por várias razões, essas medidas ainda estão longe de alcançar os seus propósitos desejados por razões de: deficiência ao nível das infraestruturas de

acomodação que respeitem e salvaguardam a privacidade das utentes; desadequação dos recursos humanos e materiais; por fim, pela débil estratégia de comunicação e sensibilização das comunidades para os benefícios que essa nova medida acarretaria nos ganhos de saúde, tanto para a mãe como para a criança.

As várias posições que a mulher doravante pode adotar durante o trabalho de parto destacam-se como uma nova abertura na maneira que o *corpus* de conhecimento da ação biomédica começa a articular-se com o *corpus* de ação dita tradicional, quando olhamos principalmente para as várias possibilidades de escolha da postura (posição) mais confortável para ser dar à luz.

Apesar de se ter constatado, no terreno, um posicionamento favorável para a mudança da postura até então empregue pelos funcionários das instituições públicas de saúde, ainda assim, pudémos verificar a continuidade da diferenciação dos papéis sociais do género associados à natureza do sexo feminino-maternal e masculino-paternal, quando se fala de participação masculina no momento do parto. Os testemunhos das informantes quanto ao dilema da companhia dos seus parceiros no ato do nascimento dos filhos dividiram as opiniões: algumas mulheres, numa fasquia dos 30% teriam mesmo demonstrando aversão a essa possibilidade; em contrapartida, as restantes 70% manifestaram gozo dessa prerrogativa, pois acreditam que o homem é parte integrante e indissociável de todo o processo da reprodução.

Em Moçambique, é frequente alienar o homem-pai do ambiente do nascimento da criança, de tal forma que, ainda nos dias de hoje, este tipo de posicionamento permanece fortemente enraizado na conduta social e nas preferências de algumas das mulheres (principalmente as com mais idade). Para compreensão e entendimento da manutenção e prática de alienar a figura masculina do pai no ambiente do nascimento como sendo uma questão de ordem social e cultural, adotamos o conceito de Tradição de Piotr Sztompka (1998) que diz:

A substância, o conteúdo de tudo que herdamos do passado, tudo que nos é transmitido no processo histórico incremental e acumulativo, constitui a herança de uma sociedade [...] O que é crucial, então, nesta conceção de tradição, é a orientação, a atitude assumida pelos contemporâneos para com os objetos e ideias do passado (Sztompka, 1998:115-116).

[...] há tradições que se conservam no nível do subconsciente social, não exatamente por escolha consciente, mas pela simples força do hábito e da inércia; não são especialmente acalentadas, são apenas aceitas como estilo de vida usuais e conveniente (Sztompka, 1998: 127).

Os argumentos que justificam a manutenção da inacessibilidade do homem-pai ao ambiente da sala de parto são em geral intrínsecos à própria lógica da matriz cultural moçambicana, onde os papéis sociais do género definem, reforçam e legitimam a manutenção desse comportamento, como passaremos a demonstrar com base nas respostas concedidas em primeiro plano pelas mulheres, seguidas dos homens.

Não queria que ele [parceiro] estivesse presente porque os homens não tem estrutura [psicológica] suficiente para aguentar tudo aquilo que acontece dentro de uma sala de parto, as parteiras deixariam de me atender para socorre-lo (Paula, 47 anos, de KaMpfumo);

Nem pensar, ele não me pode ver naquela situação com as pernas abertas eu fazer parto não! Ali o homem não pode estar (Elisa, 40 anos, de KaTembe);

Segundo a conceção de alguns homens:

Nós ficamos urbanizados muito recentemente há 30 anos, isso para dizer que estamos habituados a seguir aquilo que se faz no grupo étnico, isso de o homem assistir a um parto não é socialmente aceitável. Se tivesse essa opção eu não queria estar presente! Sabemos pela literatura que a hora do parto é um momento de muita privacidade e de muita dor, então eu não gostaria de presenciar essa dor de uma pessoa que eu tanto gosto. Mas se a minha presença fosse de fato importante para ela, eu não me recusava a estar presente nesse momento (Fameti, 46 anos, de KaMpfumo);

Nunca assisti a nenhum parto dos meus filhos, mas se tivesse essa oportunidade optaria por não estar presente porque sei que isso não é culturalmente da nossa tradição. A resposta é não! (Magaia, 47 anos, de KaMpfumo);

Não sei, tenho a sensação que aquele não é sítio para mim, o meu trabalho terminou na porta do hospital, da porta do hospital para a sala do parto é trabalho de outro. Eu acho que haveria de atrapalhar muito porque gosto de opinar quando vejo que algo não está bem e às vezes poderia até atrapalhar o trabalho dos médicos. Dois, a gente sabe que quando alguém vai dar parto há dois resultados que sempre temos que esperar, 1º a criança sair viva, ou 2º a criança sai morta. Eu preferi ficar longe a espera que a criança saísse viva, é lógico que na minha cabeça já tinha expectativa que o resultado fosse positivo (Nando, 33 anos, de KaMpfumo);

Bom, sinceramente falando, eu sou uma pessoa um bocado sensível, não iria conseguir estar presente, é preciso ter mesmo uma mente aberta e capacidade para aguentar estar ali vendo sangue, tesouras, eu não conseguiria, é um momento muito doloroso (Celso, 25 anos, de KaMpfumo).

Em contrapartida, as opiniões em defesa da participação masculina no parto tendem a romper com os ditames da tradição cultural e começam a ser melhor aceite entre algumas mulheres e homens, pois estes acreditam que a experiência contribuiria de maneira positiva no fortalecimento dos laços entre o casal, mudaria a perceção que os homens têm da maternidade, no sentido que estes passariam a valorizar ainda mais as mulheres pela sua bravura diante de uma situação penosa e dolorosa, como também, a sua presença seria moralmente mais estimulante. Os argumentos das mulheres baseiam-se nas seguintes afirmações:

Eu gostaria que ele pudesse estar presente, porque ele estando ali, eu me sentiria mais forte e teria com quem compartilhar os meus medos e frustrações (Marly 20 anos, de KaMpfumo);

Preferia ter a presença dele sim, para me dar mais força, para não me sentir tão desamparada e sozinha, mas o mais importante é que eu acho que este momento deve ser compartilhado pelo casal (Joana, 27 anos, de KaTembe);

Isso já dependeria deles [os pais dos filhos], mas eu gostaria sim que eles estivessem presente, que era para eles verem tudo o que nós mulheres passamos para trazer uma pessoa ao mundo! Eu acho que é o momento mais marcante para os pais, e eu me sentiria emocionada por poder compartilhar isso com eles! (Flora, 25 anos, de KaTembe);

De forma similar, alguns homens consideraram importante a sua participação no momento do parto pelas razões abaixo referenciadas:

Sim, eu gostaria de assistir o parto dela, acho que seria interessante ver uma criança a chegar ao mundo, acho que isso também é uma forma de demonstrar o amor que sentimos um pelo outro (Nucho, 30 anos, companheiro da Marly, de KaMpfumo);

Sem dúvida que sim, porque é um momento único e indescritível, daqueles momentos que não se perde nada em ver o próprio rebento a vir ao mundo, a vida é uma dádiva de Deus, e essa experiência marca a pessoa por toda vida (Óscar, 36 anos, de KaTembe);

A minha criança nasceu no hospital, eu queria estar presente, mas o hospital não aceita isso. É importante a presença do pai, porque aquele é um momento de grande sacrifício dela [da esposa], eu sei que a minha presença iria ajudar de alguma maneira para o sofrimento dela ser menor (Xico, 47 anos, de KaTembe).

Os primeiros três meses da vida de uma criança são vistos pela sociedade moçambicana como sendo o período normalmente delicado em que a mulher-mãe e o homem-pai devem resguardar-se ao máximo e seguir determinadas condutas comportamentais, com objetivo de propiciar o bem-estar ao recém-nascido. Os cuidados com o recém-nascido inspiram uma certa atenção, não somente pela dependência das suas necessidades básicas (alimentação, limpeza, proteção e etc.), mas também pela importância cultural que se dá à manutenção do seu bem-estar físico e mental possível de ser alterado devido a condutas comportamentais consideradas perigosas, ou pelo incumprimento de algum ritual tradicional, ou pela falta da medicação apropriada.

Para que o recém-nascido não sofra de distúrbios de saúde, tais como cólicas, diarreias, insónia, baixo peso, convulsões, falta de apetite, choro compulsivo, epilepsia, entre outros, a família cumpre com alguns itinerários culturais e procedimentos de higienização dos corpos, abstinência sexual, cuidado com a alimentação, administração de medicamentos da medicina biomédica e da tradicional, como também podem realizar cerimónias e rituais para a atribuição do nome de um antepassado à criança (caso a situação o exija).

A maioria das mulheres-mães (95%) concordam que é importante manter o recém-nascido resguardado dentro da esfera doméstica, longe do contacto com pessoas que não sejam parte integrante do seio familiar, pelo menos até a queda do cordão umbilical. Em alguns grupos familiares, essa prática cultural costuma ser acompanhada de um ritual de passagem, que Junod (1917) chamou de “panela partida”, mais conhecido nos dias de hoje como “tirar bebé” ou “amarrar a criança”. Segundo relatos, a cerimónia consiste basicamente na atribuição de uma *capulana* à criança, onde esta, pela primeira vez, será amarrada às costas (*nenekada*) e apresentada aos demais membros da família, pois acredita-se que por esta já ter sido apresentada aos antepassados por intermédio de um membro feminino mais velho da família paterna, e por agora possuir um nome próprio, reúne as condições necessárias para entrar no mundo social do grupo. Porém, a prática de “tirar bebé” não foi realizada por grande parte das mulheres-mães entrevistadas, apenas 35% afirmaram terem seguido a tradição, por sugestão de algum familiar mais velho.

A minha mulher me disse que, quando ela era bebé, a família fez essa cerimónia, e foi por isso que nós decidimos fazer isso com o nosso filho. A tira do bebé é uma cerimónia super simples, estiveram lá em casa os avós e algum pessoal da igreja que queria saber do nome da criança. Depois que fizeram algumas rezas, a criança foi embrulhada por uma capulana e depois disso nos informaram que ela já poderia sair à rua (Nando, 33 anos, de KaMpumo).

Existem ditames socioculturais que controlam e rotulam os corpos dos pares nos períodos que sucedem ao nascimento da criança. A conceção cultural de que um “corpo quente” (sexualmente ativo) seria capaz de alterar o equilíbrio orgânico e físico da criança está fortemente enraizada no consciente dos entrevistados, para uns mais como uma verdade factual, e para outros é apenas um mito social que tem função educativa no controle dos corpos, representando uma “espécie de

fronteira comum da sociedade que se torna o palco simbólico no qual o drama de socialização é promulgado” (Turner, 1980: 112).

As mais velhas dizem que nos primeiros dias a criança não deve sair de casa, que qualquer pessoa não deve tocar na criança porque talvez essa pessoa esteja quente e pode causar borbulhas, vômitos e doenças para o bebé. Eu não acredito nessas histórias porque a enfermeira que me fez o parto pode ter tido relações sexuais e eu nunca irei saber. O que me faz manter o bebé por algum tempo dentro de casa tem a ver com as mudanças climáticas (Joana, 27 anos, de KaTembe).

Sabe que isso é complicado, e eu não quis pagar para ver. É evidente que não acredito a 100%, mas também não poderia fazer isso e pôr o meu filho à prova, então assimilei que é necessário que essa norma exista para afastar as crianças de problemas sérios. O que acontece é que esta é uma norma que nós criamos para a nossa convivência social, e ela é muito boa, porque impede, por exemplo, que quem está menstruada ou quem acaba de ter relações sexuais passe as suas impurezas para a criança ainda indefesa. Eu não sei que implicações isso tem, porque nunca vi as provas, mas se dizem para agir assim, eu acabei por fazer exatamente assim, e acho que fiz mesmo bem. Há um tempo que a criança tem que ficar em casa independente de vir uma pessoa quente ou não, no primeiro mês ela ainda é muito frágil (Nando, 33 anos, de KaMpumo).

Quando questionados acerca da importância do tipo de medicação administrada aos recém-nascidos, as respostas proferidas denotam que, neste contexto, frequentemente, faz-se uso simultâneo de medicamentos da biomedicina e da medicina tradicional, apesar dos profissionais da área da saúde convencional somente considerarem ser seguro que a mãe comece a dar o remédio para a *doença da lua*¹⁴² a partir do sexto mês de vida da criança. O fato deveras

¹⁴² A *doença da lua*, *doença grande* e *doença do amigo* – são expressões utilizadas para designar uma doença que se crê ser congénita a todas as crianças daquele contexto. Sendo assim, espera-se que todas as crianças sofram desta enfermidade, razão pela qual recomenda-se um tratamento profilático antes da manifestação dos sintomas. Os sintomas têm a sua eminência ao nascer da lua nova. Os sintomas e infecções paralelas à *doença da lua* são sobrepostos e incluem a febre, diarreias, a síncope e os ataques

interessante é que, na cidade, as enfermeiras de saúde materno-infantil não são autorizadas a incentivar esse tipo de práticas, alegando a falta de conhecimento científico das propriedades da composição do medicamento, da quantidade exata da dosagem e os seus efeitos no organismo humano.

Eu tive que ter o cuidado com cicatrização do umbigo, porque a minha bebé teve um cicatrização umbilical muito demorada e quando finalmente o umbigo cai, percebi que havia algo de errado, elevei-a à médica que teve que fazer uma laqueadura, passamos a um lápis próprio para esse efeito. Quanto às cólicas, a médica aconselhou umas gotas chamadas “Airomo”, só que não encontramos nas farmácias então compramos outro remédio chamado “Colicsdroops”. Também tenho dado o remédio da lua, apesar de saber que nada está comprovado cientificamente acerca do remédio, mas para evitar certas coisas que dizem que a lua provoca, eu prefiro dar (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

A tradição é dar remédio da lua, mas agora as enfermeiras aconselham a não dar de beber esse remédio e nem água até os 6 meses de vida da criança. Eu comecei a dar o remédio da lua às minhas filhas muito antes dos 6 meses, eu não tenho certeza se remédio previne ou cura alguma doença mas eu acho importante dar para evitar possíveis complicações como as que estou a ter com a minha filha mais velha por não ter sido rigorosa com a toma do remédio. Durante a noite ela serra os dentes e anda pela casa mesmo a dormir, as pessoas dizem que este é um dos vários sintomas da doença da lua que se manifestam quando a lua nova está prestes a parecer. A pessoa que te dá o remédio não precisa ser curandeiro ela só precisa conhecer algo sobre a doença, geralmente te aconselham a dar o remédio três vezes ao dia até a criança atingir a idade dos 5 anos (Joana, 27 anos, de KaTembe).

epiléticos, só para citar algumas. O tratamento da doença da lua é feito na medicina tradicional a partir de rituais e/ou medicamentos. O ritual é procedido à mãe e ao bebé, pelo curandeiro no período pós-parto. Começa com um banho de purificação, composto por água morna, sangue de galinha e demais medicamentos e termina com a toma de medicamentos tradicionais. Estes medicamentos tradicionais são compostos por partes moles e parte duras das plantas. As partes moles (folhas) são postas à secagem e posteriormente macerados numa carapaça de caracol caramujo-gigante africano. As partes duras (caule, raízes e cascas) são despedaçados e submetidos à decocção – numa panela de barro – para a extracção dos seus princípios activos (Fulane, 2012:54-55).

As representações sobre a reprodução são mantidas entre as mulheres migrantes que, mesmo não estando a viver no seu contexto sociocultural original, continuavam a perpetuar os ensinamentos adquiridos no processo da sua socialização sobre a proteção da gravidez e cuidados com o recém-nascido. Contudo, passaram a adotar novos saberes terapêuticos sem que para isso tivessem que abdicar dos conhecimentos adquiridos no grupo sociocultural de pertença, como passaremos a demonstrar nos exemplos seguintes:

Eu nasci em Maputo, mas a minha mãe é de Gaza, durante a minha gravidez foi ela quem mais me aconselhou na maneira correta de me proteger e cuidar da minha gestação, e por isso como já disse fui amarrar a barriga num vovô, fiz o acompanhamento do pré-natal sem falhar sequer a uma consulta e também usei a meia-saia da minha mãe quando ia dormir durante toda a minha gestação. Para ser sincera eu nunca tinha ouvido de alguém sobre esse costume de usar roupa interior de uma pessoa da família que tivesse tido bons resultados durante as gestações, mas a minha mãe vem de uma outra criação e tem outros saberes que no final das contas me ajudaram muito (Capitú 31 anos, de KaMpfumo).

Eu sou de Chimoio [província de Manica], quando me mudei com o meu marido aqui para Maputo há 27 anos, nós ainda só tínhamos o nosso filho mais velho. Lá em Chimoio quando nasce uma criança damos o primeiro banho com uma água que tem remédios, mas antes de se dar o banho a criança primeiro a mãe bebe do remédio, depois é vez da criança beber da mesma água e seguida é dado o primeiro banho da vida da criança. Depois do banho a água é lançada para longe da casa em direção ao quintal na direção em que o sol nasce. Quando nasceu o nosso segundo filho nós vivíamos em Maputo há pelo menos 4 anos e as minhas vizinhas na altura me disseram para dar o remédio-da-lua à criança para evitar todas aquelas doenças. Como eu já vinha tendo problemas com o meu menino mais velho, logo que o segundo nasceu cumpri primeiro com as nossas tradições de casa [Chimoio], mas também, logo introduzi de imediato a medicação tradicional daqui [Maputo] do remédio-da-lua e sem deixar de seguir as recomendações do SNS no acompanhamento e monitorização do crescimento da criança (Enfermeira de SMI, 50 anos e 32 anos de profissão).

5.5. O papel social da maternidade: “deixei de ser somente a fulana de tal e passei a ser chamada de mãe de fulaninho”

As narrativas dos entrevistados (mulheres e homens) demonstram a existência de determinados modelos comportamentais considerados como sendo mais apropriados ou menos aceitáveis na conduta de uma mulher que esteja grávida ou que já seja mãe. A maternidade e paternidade não são apenas conceitos biológicos, mas têm também fortes dimensões sociais e simbólicas que envolvem um vasto leque de tarefas e responsabilidades (Schouten, 2011:53), que vão exigir mais da mulher-mãe do que do homem-pai, claramente no aspecto biológico, mas também em termos afetivos para com o rebento, em termos relacionais consigo própria, e em termos de responsabilidades com o universo social que a circunda.

Quando te tornas mãe, a forma como as pessoas te tratam muda completamente, o respeito é outro. E quando elas conhecem os teus filhos deixam de te tratar pelo teu nome próprio e você passa ser chamada de “mãe de fulano de tal” é como se o teu nome próprio morresse um pouco. As pessoas, passam a cobrar-te uma postura mais ponderada, vigiando a tua vida o tempo todo: a maneira como te vestes, o tipo de amizades que manténs, a forma como falas, a maneira que cuidas do teu bebé e por aí vai (Toia, 41 anos, de KaMpfumo).

Entre os nossos entrevistados, a maternidade sobrevém como uma condição considerada explícita destinada às mulheres pelas expectativas culturais e pelas relações sociais ideologicamente dominantes naquele contexto, condição que, para a maioria das mulheres marca a passagem da juventude para o estatuto de adulta, «a família disse que a partir daquele momento eu já era uma pessoa adulta e que tinha responsabilidades para com a minha filha» (Titia, 35 anos, de KaTembe).

O carácter normativo da maternidade no contexto estudado continua ainda muito vigoroso, porque se refere à legitimidade e à responsabilidade de amar, cuidar, e educar os filhos como sendo tarefa primordial de competência da mulher-mãe, mas começa a haver ligeiros sinais de contestação dessa regra de associação pelas próprias mulheres, e o desabafo é feito no sentido de que a sociedade tende sempre a atribuir maiores encargos e mudança de comportamento à mulher-mãe em relação ao homem-pai.

A minha família espera que eu me case oficialmente porque já sou mãe de duas meninas e viva sob o mesmo teto com o meu companheiro. Independentemente de seres mãe ou seres casada, a sociedade sempre vai recriminar ou te julgar pela maneira como te vestes, exemplo: se colocares uma saia com menos tecido [curta] as pessoas falam mal de ti. A pessoa não deve ser vulgar se expondo em lugares públicos, evitar ser vista em bares a beber até altas horas da noite. Os pais também têm obrigação de cuidar da criança quando ela chora, porque não é dever somente de a mãe fazê-la calar, o pai também pode fazê-lo. Ele pode trocar a fralda, dar banho, de comer e lavar a roupinha do bebé, como acontece aqui em casa quando eu estou indisposta. As pessoas recriminam quando veem o meu companheiro a cumprir estas tarefas e me acusam de o ter enfeitiçado por este estar a desempenhar atividades que por “obrigação social e cultural” são da mulher (Joana, 27 anos, área rua da KaTembe).

Recuperamos os discursos das mulheres e dos homens para compreendermos o sentido que se atribui à função social do papel do género feminino e masculino em relação à maternidade e à paternidade, para concluirmos que as afirmações denotavam para a convergência de um mesmo ponto de vista de que «a criança é cem por cento dependente da mãe e que por sua vez esta deve ser a sua guardiã» (Nando, 33, anos, de KaMpfumo). Apresentamos a seguir uma multiplicidade de exemplos para demonstrar como os interlocutores fundamentam a importância do papel social da maternidade, vinculando-a, imperativamente, mais ao espaço da esfera doméstica e menos ao da esfera pública:

Sim, as pessoas cobraram que sejas uma mulher mais responsável, que te confines mais à esfera doméstica, que os cuidados para com a criança sejam primordialmente da tua responsabilidade, que não te faças acompanhar de menores em locais inapropriados como bares e festas a altas horas da noite. Isto para dizer que a nossa vontade, a liberdade e nosso direito de decidir quando e para onde queremos ir está sempre sendo colocada em cheque (Paula, 47 anos, de KaMpfumo).

[...] sim, a sociedade nos cobra mais responsabilidade. Já não posso sair à noite porque devo ficar em casa a cuidar da criança, agora não posso viajar muito porque antes eu viajava muito né! Mas não só, eu agora sinto que, se viajo, por exemplo, quem vai ficar a tomar conta dela? Agora eu tenho que pensar primeiro nela antes de qualquer coisa. Eu sinto que muita coisa mudou, antes da gravidez eu pensava só em mim e não tinha que pensar em mais ninguém, desde que fiquei grávida eu passei a comer por dois e também aprendi que deveria escolher cuidadosamente os alimentos porque eu estava a alimentar uma outra pessoa. Então, depois da gravidez, eu tive de deixar de pensar somente em mim e passei a prestar mais atenção na criança, comprar roupinhas, comprar isto e aquilo, é por isso que estou hoje assim, de qualquer maneira, da cabeça aos pés, porque ela é a minha prioridade [risos], pelo menos enquanto ela depender de mim não é? (Telinha, 31 anos, de KaMpfumo).

Não vejo mal nenhum da pessoa sair com amigas para espairecer porque todos precisamos disso, mas é claro que essa saída deve ser com regras, tem que se saber respeitar os horários de voltara casa, né? A madrugada não seria uma boa hora para voltar à casa por causa da criança, e é um bocado puxado para mim, porque eu preciso dormir ao lado dela, isso é quando eu consigo dormir. As pessoas podem dizer que não são machistas, mas nós homens somos machistas sim, é aceitável que eu volte pela manhã à casa, mas ela jamais pode fazer uma coisa dessas mesmo estando na minha companhia. Nas condições em que nós nos encontramos, é complicado ela se ausentar da casa por longas horas, porque não temos com quem deixar a criança, e eu tenho que confessar que não teria os mesmos cuidados que ela vai ter com a criança, como é natural. Eu cumprio o meu papel de pai garantido o sustento da família, mas não posso fugir da natureza das coisas que deve ser à mulher a cuidar da criança (Celso, 25 anos, de KaMpfumo).

Quando o meu filho nasceu, para mim foi como se uma parte de mim estivesse cá fora, é como se eu tivesse tirado o meu coração e botasse cá para fora, e a responsabilidade que tenho é de cuidar para que tudo corra bem com ele. Então, para mim, a maternidade mudou-me como mulher, comecei a valorizar coisas que eu antes de ser mãe não valorizava, tipo aqueles cuidados para me certificar se ele está bem, se tem algo para

comer, se tem o que vestir, o que calçar, se tem todas as condições par ir à escola, resumindo, como pessoa me deu um pouco mais de responsabilidade. O filho é meu, não vou dar para outra pessoa cuidar e, por mais que a outra pessoa cuide bem dele, ninguém nunca vai cuidar dele melhor do que eu! Para mim, foi a melhor experiência da minha vida, e até hoje é tipo o meu coração batendo cá fora. Em relação às expetativas da sociedade, eu vejo da seguinte maneira: quando você é criança, te tratam como tal, quando você é adolescente, as pessoas te tratam como adolescente, quando você é mãe as pessoas passam a tratar-te como mãe, é como se subisses uns degraus aos olhos da família e da sociedade. As pessoas têm uma certa expetativa de que agora que és mãe tens que começar a fazer isto ou aquilo, só que, se tu não te sentes a necessidade de mudar, de nada vai valer, então foi algo que eu senti e não está nada diretamente ligada à cobrança das pessoas, tu é que sentes que atingiste esse novo patamar e daí em diante, tu já não aceitas que alguém te trate como criança, é do tipo: tenho o meu filho aqui, não me vais tratar igual ao meu filho. Tu sentes a responsabilidade e a maneira como tu encaras a maternidade, isso faz com que as pessoas já percebem a maneira como elas devem lidar contigo (Lily, 33 anos, de KaMpfumo).

A mãe é a guardião da criança, muitas vezes, nós não podemos dizer que somos guardiões não, a mãe é sempre a primeira guardião e deve proteger o seu filho porque a criança cresceu durante 9 meses dentro de seu ventre e foi ela quem sentiu toda a dor do parto. Falando do estilo de vida, por exemplo: não se pode manter o tipo de comportamento de solteiro em que podes ir e fazer o que quises a qualquer momento, a princípio para uma pessoa [mulher] que tem uma criança com 1 ou 2 meses não pode manter esse estilo de vida. A mãe é a guardião da criança, a criança requer assistência da mãe, porque é dali que vem a sustentação dela, alimentação essas coisas, então não se pode andar em desvaneio ou desaparecer abandonar a criança, ir a bares, isso é que não pode ser! Então não digo que as pessoas não possam se divertir, mas que encontrem diversão que não seja no bar. A situação da mulher muda de forma drástica quando ela se torna mãe e vai para o lar [casa do marido ou dos sogros], então há um determinado tipo de roupa que não se pode usar, como, por exemplo, saias curtas, imagine ela assim vestida na casa dos meus pais? Para mim seria constrangedor, porque eu ainda vivo com eles. Se estivéssemos a morar

sozinhos, não haveria problema dela trajar roupa curta, desde que ela não saísse assim vestida à rua porque não fica bem, porque, na rua, ela vai cruzar com outras pessoas e, por vê-la vestida daquela forma, vão colocar em questão a mim e o meu filho. Sabes como somos nós os africanos, a opinião das pessoas conta muito e interfere em demasia nas nossas vidas (Nando, 33 anos, de KaMpfumo)

A pessoa tem que se respeitar porque é mãe de crianças, se eu fizer aquilo que eu fazia antes de ser mãe, como vou poder dar exemplo a minha filha? Então devo colocar-me no lugar de mãe e educadora para que a minha filha também saiba qual é o seu lugar. Depois de quatros filhos só poderia ter mudado, me sinto crescida me sinto mais mulher! (Ângela, 27 anos, de KaMpfumo).

Dentro de mim, mudou muita coisa, eu brincava muito, mas com limites né! Naquela altura, eu pensava somente em mim, agora é diferente, tenho mais responsabilidades em relação a antes, agora penso em mim, mas a minha filha é a pessoa que vem sempre em 1º lugar. O que mais mudou em mim foi mesmo a questão da responsabilidade. As pessoas deixam de olhar para ti como uma menina e passam a tratar-te como uma mulher, cobram mais respeito por ti própria, mais responsabilidade para com os teus filhos, para com o teu marido, e para com o resto da sociedade (Bela, 23 anos, de KaMpfumo).

As pessoas criticam a maneira como te vestes. Eu não deixei que esse tipo de controlo social me afetasse, por isso continuei a vestir da mesma forma que sempre me vesti antes da maternidade [trajes curtos]. A outra coisa que me incomodou foi a crítica pelo fato de continuar a frequentar os locais noturnos enquanto tinha uma criança em casa (Lola, 39 anos, de KaMpfumo).

Diziam que eu não podia sair à noite para brincar e muito menos ir beber nos bares, eu tinha que ficar em casa a cuidar do bebé. Eu sou uma pessoa adulta não posso ter o mesmo comportamento de quando tinha 14 anos, agora sou mais responsável, madura, e já sou avó, agora é a vez das minhas filhas. Que tal eu sair à noite e elas também saírem, que moral vou ter eu para falar com elas? (Elisa, 40 anos, da KaTembe).

No que toca à construção dos afetos entre mães e filhos, podemos circunstanciar que o laço sentimental de amor materno e o instinto maternal não são algo inato a todas as mulheres, mas sim “socialmente construídos” (Schouten, 2011:59), por não se manifestar de forma linear e padronizada. Este é um processo que leva o seu tempo com diferentes graus de intensidade e de envolvimento emocional. A perceção da existência de diversas interpretações de afeto, de proteção, de estabilidade e de segurança pode ser vista como impregnada de elementos centrais que caracterizam a relação entre mães e filhos, como consequência natural da sua ligação congénita.

Para algumas mulheres, o sentimento materno só começa a vir ao de cima quando esta sente os primeiros movimentos do bebé; para outras, só depois de verem e ouvirem o coração do seu bebé no monitor dos consultórios médicos; para outras, só depois que começam a comprar o enxoval do bebé; para algumas, depois de uma ameaça de aborto; por fim, para outras só quando têm pela primeira vez o seu filho nos braços. Claramente, a forma diferenciada de tratamento pelo reconhecimento social do estado de gravidez é um forte catalisador que contribui para que a mulher se autoconheça como mãe e passe a moldar o seu comportamento dentro dos padrões esperados socialmente, demonstrando cada vez mais o vínculo afetivo para com criança.

No entanto, este processo nem sempre acontece de forma harmoniosa e linear, havendo mulheres que durante a gestação entraram em desagrado com o seu corpo por causa dos efeitos decorrentes do seu estado e outras pelas censuras sociais e falta de apoio, quer do parceiro, quer da própria família.

O que mais gostei na gravidez foi saber que existia uma vida aqui comigo [e aponta para o ventre]. Mesmo que tu estejas a passar por dificuldades naquele momento, quando sentes ele se mexendo dentro de ti, tudo a tua volta se ilumina, toda a tristeza desaparece, não importa se a gravidez foi pelo pai da criança muito bem aceite ou não, mas naquele momento estás no paraíso, essa é a parte mais gostosa [leva a mão à boca, faz um gesto de um beijo emitindo um som característico dessa carícia]. Do que menos gostei foi o fato de ter ficado muito gorda, eu tinha um corpo de modelo na altura pesava 48kg e agora peso 77 kg, eu era muito magra mesmo, eu não tinha barriga e a roupa até me caía. Enfim, a parte negativa da gravidez foi o aumento do peso, o aumento da barriga, as dores do parto, e

posteriormente problemas no útero porque um dos meus filhos nasceu muito grande e, durante o parto, ele acabou por rasgar o meu útero. Muda tudo, você passa a contar com duas ou três pessoas a mais, 1º se você antes comprava por mês dois pares de sapato, já não podes, porque tens que comprar para os teus filhos, mas não digo que todas as mulheres agem da mesma maneira, porque há mães que primeiro pensam no seu bem-estar e só depois no bem-estar dos seus filhos. Para mim, a vida mudou pelo lado positivo, eu já sei lutar pela minha sobrevivência e pela dos meus filhos, sem filhos, tu não tens esse tipo de preocupação, não ficas aflito se tu só tens uma refeição por dia. Eu hoje não poderia ir à rua e comer um hambúrguer sabendo que, em casa, não deixei nem um pão para as crianças. Não me arrependo da opção de ter tido os meus filhos, porque sem eles eu não seria ninguém, eu não seria nada, eu tenho a minha herança e, sem eles, nada faria sentido na minha vida. É por eles que eu busco uma vida melhor, é por eles que eu estou a construir a minha casa própria, porque eles sempre me dão força. É difícil sim, mas é tudo maravilhoso, mesmo passando por todas as dificuldades (Toia, 41 anos, de KaMpfumo).

Depois do 1º parto eu jurei que nunca mais queria passar pela experiência da maternidade novamente, tanto é que a diferença entre a 1ª e a 2ª gravidez é de 16 anos. Aquilo foi uma experiência dramática que não tem explicação, eu me lembro que o meu pensamento era assim: seria melhor que me estivessem a serrar o pescoço com um serrote porque aquilo era mesmo horrível. Só depois de muitos anos me atrevi a repetir a experiência, mas com um terror terrível. Para piorar as coisas, a minha 2ª experiência foi perder o meu filho, então estás a ver que as minhas primeiras experiências não foram assim muito “nices” [boas] (Paula, 47 anos, de KaMpfumo);

Gostei da própria gravidez, desde sentir o desenvolvimento do bebé a cada semana que passavam, curti as mudanças todas, a barriga a crescer, a 1º vez que o bebé mexeu. Do que menos gostei foram dos períodos de enjoos matinais. Sim, durante o processo todo, percebi que, quando as pessoas sabiam que estava grávida, passaram a dar-me prioridade principalmente nas filas, o tratamento diferenciado era sempre mais pelo lado positivo e nunca para o negativo, eu não sei se esse tipo de tratamento foi pelo fato de eu não estar na minha terra [Moçambique] até ao 7º mês de gestação. Ali senti que as pessoas passaram a

ser mais atenciosas comigo, me ofereciam lugar para sentar, pediam para eu comer, para eu beber líquidos, de certa forma eu achava que as pessoas passaram a me controlar como se eu não tivesse esse tipo de autocontrolo, acho até que as pessoas ficaram mais grávidas que eu [risos]. Durante a gestação, o meu corpo mudou, eu comecei a sentir emoções, passei a ter um cuidado a mais em relação àquela vida que estava a começar dentro do mim (Lily, 33, anos, de KaMpfumo).

Gostei mais de ver a minha barriga crescer, não teve nada que não tenha gostado. As minhas mamas ficaram grandes e a cara mudou, fiquei mais clara e bonita. A minha preocupação agora é trabalhar para dar aos meus filhos um teto, e o que vestirem (Noemy, 21 anos, de KaTembe);

A minha família teve um grande susto até que me pediram para fazer um aborto, mas eu não aceitei. Na verdade, não tive aconselhamento de ninguém, a família só disse coisas básicas que qualquer um poderia dizer, porque, na verdade, eles não estavam satisfeitos com aquela situação. A parte maravilhosa da gravidez é quando tu sentes o bebé a mexer dentro da barriga, você sente logo aquela sensação de ser mãe. Com relação ao meu corpo, gostei de ter ficado mais clara e com os seios maiores. [...] no geral não sinto que a minha vida tenha mudado muito, a não ser pelo fato de agora eu ser uma pessoa mais feliz por ser mãe. A maternidade me ajudou a saber o que é viver, e o valor de poder cuidar de uma vida (Luiza, 22 anos, de KaTembe).

Apesar da grande sobrecarga de trabalho que as funções de mãe e dona de casa acarretam e do isolamento em que se encontram, com a ausência permanente do parceiro, mesmo estes tendo assumido que também desempenham algumas tarefas básicas nos cuidados da criança, a posição da mulher sai, inevitavelmente, reforçada na sua autonomia e responsabilidade no que se refere à tomada de decisões quotidianas das necessidades da sobrevivência consumo da família, direcionando o modo como os recursos devem ser gastos em prol do bem-estar de todos. Na presença de qualquer enfermidade, é a mulher quem decide onde irá buscar a ajuda para solucionar a questão. A legitimidade do papel social da maternidade como afirmador da feminilidade reside no fato de a sociedade (de uma forma generalizada), incluindo as próprias

mulheres, (re) afirmar essa habilidade, alegando a “pré-disposição natural” da mulher para assumir tais responsabilidades que, no caso, são estruturadas com base no modelo cultural de *ser uma boa-mãe*.

A dependência e a vulnerabilidade das crianças criam na mãe um sentimento de responsabilidade e autoproteção. Neste sentido, a mulher faz de si a estrutura basilar de sustentabilidade e do equilíbrio necessário para a criação, educação e preservação dos filhos. Fora observado que a sociedade, como um todo, tende a exercer “pressões” no modo como define e percebe o papel social da maternidade em relação ao da paternidade, por classificar e categorizar os modelos ideais de comportamento socialmente atribuídos ao papel do género. O ensinamento destas práticas é transmitido no âmbito da família, não sendo objeto direto da educação, aparece simbolicamente profuso nos vários espaços da convivência quotidiana, e estão presentes nos discursos e atitudes que estruturam a masculinidade e a feminilidade, mais especificamente, na forma como se faz a divisão do trabalho, as obrigações, as proibições, os tabus, os medos e silêncios que permeiam as conjunturas das convivências sociais.

Este exercício reflexivo contribui para ilustrar a (re) definição das categorias alicerçadas na função de ser mulher-mãe nesta sociedade, onde o “modelo comportamental” estereotipado, obedece a critérios socialmente predefinidos do papel central da maternidade na construção da estrutura familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, procurou-se abordar os aspetos socioculturais ligados à saúde sexual e reprodutiva em Moçambique, particularmente em Maputo, nos distritos municipais de KaMpfumo e Katembe. O estudo de caso centrou-se em dois grupos heterogéneos de entrevistados que, embora residam num mesmo território geográfico, apresentam características dicotómicas a nível da estrutura organizacional, contexto rural (KaTembe) e urbano (KaMpfumo), pelas diferenças a nível demográfico, sociocultural, económico, escolar, infraestrutural e no acesso aos bens de serviço público e sanitários.

Ao empregar a abordagem antropológica, procurou-se compreender o modo como os fatores incontornáveis da história colonial, políticas públicas de saúde, género, cultura, nível de educação, religião, condição económica e migração, atuam no modo como as mulheres se relacionam com os sistemas biomédico e tradicional de cuidados com a saúde durante o processo gestacional naqueles contextos. Neste sentido, a pesquisa moveu-se em torno de três questões gerais que estão inter-relacionadas.

Começaremos pela primeira questão levantada sobre a configuração da saúde reprodutiva, em Maputo, na atualidade. Para responder a esta pergunta, foi necessário abordar o início da história da implementação da saúde pública em Moçambique. Neste âmbito, deteta-se que em Moçambique, a implementação e o acesso aos serviços de saúde durante o período colonial sempre foi cerceada por questões de discriminação racial e sociocultural circunscritas entre os espaços urbano e rural. As políticas públicas de saúde da época balizaram o acesso das populações nativas aos serviços institucionais da assistência ao parto. O fato de o Estado colonial não reconhecer as práticas populares de cura como saber legítimo também marcou as políticas de saúde até aos primeiros anos da pós-independência.

A saúde reprodutiva destaca-se, no contexto internacional, no período de 1975 a 1985, que foi concebida como “Década da Mulher” pela Organização das Nações Unidas (ONU), representando um grande acontecimento político-social. Em 1978, assinou-se a Declaração de Alma Ata, cujo objetivo foi definir estratégias nacionais de saúde através da criação de sistemas de cuidados de saúde primários (PHC), como uma política internacional em prol de “Saúde para todos até 2000” (Castro, *et al*, 2004:63). No mesmo sentido, a OMS passou a reconhecer a

importância do desenvolvimento multissetorial para a saúde pública através da participação da comunidade (PC). No pacote dos cuidados de saúde primária, passam a ser incluídos a vacinação, os serviços de saúde materno-infantil, planeamento familiar, controlo de doenças endémicas e epidémicas, primeiros socorros e sistema de referência para casos complexos. Nessa conjuntura, as questões de saúde global, em África, estavam condicionadas pelo ajustamento estrutural e iniciativas falhadas em países pobres na década de 1980 a 1990 pelo colapso das estruturas de saúde, associado ao surgimento e propagação do HIV/SIDA, agravado pelo confronto global entre as empresas farmacêuticas e os governos africanos. Seguindo as políticas de ajustamento estrutural aplicadas desde os anos 80, Moçambique manteve a estrutura essencial dos seus serviços médicos coloniais, segundo o modelo biomédico ocidental e canalizou fundos consideráveis para expandi-lo.

Todavia, constatou-se que os efeitos negativos dos programas de ajustamento estruturais, financiados pelos organismos internacionais na figura das ONG's, tendem cada vez mais a agravar a desigualdade entre os géneros e a fomentar o estado de pobreza de tal maneira que isso se reflecte no analfabetismo, na limitação ao acesso às zonas urbanas, na crença e conservação de alguns tabus e hábitos culturais, entre outros, e faz com que as mulheres se concentrem nas zonas rurais. As possibilidades ou facilidades aos serviços são escassas, consequentemente, surgem efeitos negativos e nefastos para a saúde da mulher.

O momento da viragem acontece após a Conferência Internacional realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento, onde foi assumido um plano de ação de grande envergadura, destinado à melhoria do estado da saúde sexual e reprodutiva, seguida da Conferência Mundial sobre a Mulher que teve lugar em Beijing-China, em 1995. Nesta conferência, foram abordadas questões relacionadas à situação da mulher, ou seja, à integração e incorporação da mulher nos programas políticos nacionais e regionais que impulsionaram dimensões consideráveis sobre o seu estado de saúde. Quatro anos mais tarde (2000), na óptica de *Cairo plus five*, defendeu-se, entre outros compromissos, a obtenção de ganhos de saúde relativamente a partos assistidos, mortalidade materna (MM) e cuidados de saúde reprodutiva (SR), para todos, até ao ano de 2015 que se materializou no plano de Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Para os anos subsequentes espera-se que os objetivos da Agenda 2030 sejam atingidos, particularmente o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (SDG3) que pretende garantir vidas mais saudáveis e promover o bem-estar de todos em todas as

idades, e o SDG5 que pretende alcançar igualdade do género e o empoderamento das mulheres e raparigas, como parte de um pacote global de saúde reprodutiva e sexual, através de intervenções sobre saúde materna e reprodutiva.

A partir de 1995, o governo, na figura do MISAU e seus parceiros (ONGs) lançaram o Programa para a Reconstrução do Sector da Saúde (PRSS), integrado numa Abordagem Sectorial Ampla à Programação, designado SWAp Saúde, esboçado e financiado em coordenação com os doadores externos que se refletiu por exemplo: num aumento considerável da expansão na cobertura a nível nacional do número de hospitais (de 27 em 1995 para 52 em 2009), e dos Centros de Saúde (de 240 em 1995 para 1 018 em 2009). Os mais populares dos programas governamentais escolhidos para o apoio centraram-se na saúde materno-infantil (SMI), como formação da parteira tradicional (TBA) e assistência pré-natal, brigadas de vacinação móveis, nutrição e monitorização do crescimento, prevenção contra SIDA e educação para a saúde.

De acordo com o Lourenço e Tyrrell (2009:621), o anterior Programa de Proteção Materno-Infantil era concebido de forma avançada como Programa de Saúde Materno-Infantil, com objetivos não só de reduzir a mortalidade materna e infantil, mas também de abranger a prevenção da morbilidade ou seja, os objetivos se ampliaram, tendo-se fixado a redução da mortalidade materna infantil e a perinatal. O Programa de Saúde Materno-Infantil, em 1984, estendem a assistência à saúde da mulher para além do ciclo da gravidez, parto e puerpério, incorporando também a consulta pós-parto e o planeamento familiar.

Da década de 90 em diante, a Assistência à Saúde Materno-Infantil é inserida no Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar (SMI/PF) – Programa Alargado de Vacinações (PAV) e Saúde Escolar e de Adolescente (SEA). A coordenação do sector das atividades de Saúde Materna foi subdividida em duas componentes - a Materna e a Infantil. A assistência Materna passou a integrar ações inerentes à saúde da mulher, como também abarcou as vertentes da maternidade segura e cuidados obstétricos essenciais; enquanto a componente Infantil, para além de prestar assistência a crianças dos 0 a 5 anos, passou a incluir o adolescente e jovem em idade escolar, enfatizando ações e atividades educativas em saúde, voltadas para imunizações, saúde oral, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva, com enfoque nas Infecções de Transmissão Sexual (ITS), incluindo HIV/SIDA.

Nos anos subsequentes, a enfermagem assume um papel importantíssimo na garantia e sustentação da implementação das ações preconizadas pelos programas de saúde reprodutiva,

preponderantemente através das enfermeiras de saúde materno-infantil do nível básico, parteiras e parteiras elementares. A inserção de enfermagem nesses programas continua a ser representada pelas enfermeiras de saúde-infantil e pelas parteiras elementares, sendo também integradas as enfermeiras licenciadas e especializadas em enfermagem obstétrica e na área de saúde da mulher (Lourenço e Tyrrell 2009:622).

O segundo questionamento foi sobre a forma como se configuraria a relação da mulher-mãe com os sistemas de saúde biomédico e tradicional durante o processo gestacional. Os resultados do estudo revelaram que a relação dessas mulheres com o sistema de saúde convencional (Hospitais, CS, Clínicas privadas), na sua generalidade, começa no momento em que a mulher tem a comprovação de que está realmente grávida e dá início as consultas do pré-natal. A grande maioria das mulheres-mães escolheu receber assistência médico-sanitária para iniciar as consultas do pré-natal depois de transcorridos os primeiros três meses da gestação, por se acreditar que este seja o período ideal para se assegurar que se está na presença de uma gravidez.

A procura pelos cuidados tradicionais de saúde ligados à reprodução, muitas vezes, inicia-se mesmo antes da materialização da concepção de fato. Esta relação é explicada devido à presença de doenças consideradas como sendo de causas naturais, no caso, as cólicas menstruais, o corrimento vaginal e a verruga vaginal (HPV), popularmente conhecida pelo nome de “carninhas”. No entanto, estas doenças são tradicionalmente consideradas prejudiciais e devem ser antecipadamente curadas, de modo que a mulher possa vir a ter uma gravidez bem-sucedida.

Sobre a questão: *Em que medida a sua compreensão do sistema biomédico ou sistema tradicional determinam a sua escolha por um por outro?* Constatou-se que o domínio de compreensão em relação ao sistema tradicional é maior que o conhecimento acerca do sistema biomédico. Tal afirmação é pautada nos percursos sobre as respostas terapêuticas em decurso da presença de ameaça de aborto, onde se verificou a utilização do recurso aos remédios tradicionais, aos curandeiros e à igreja Zione, em busca de soluções para as perturbações de cunho fisiológico e/ou orgânico. Esta lógica está intrinsecamente relacionada com perspetivas culturais e crenças religiosas de que existem doenças que a medicina convencional não saberia tratar com o devido rigor, por desconhecer ou ignorar as causalidades das mesmas, isto por um lado, e por outro, em virtude de não ter domínio dos seus efeitos e dos mecanismos de tratamento adequado para tais perturbações. É aqui enfatizada a dicotomia entre o “espiritual” e o “natural” como causa da doença (Fialho, 2003:126). Em particular, foram mencionados os casos de uma possível ameaça

de aborto, de um parto prologando e difícil, ou quando o nascimento de uma criança inicia pelas pernas (e não pela cabeça que é a posição normal), somente um médico tradicional, adivinho, anciã (*mamana*), ou um profeta de igreja (Zione) saberia interpretar corretamente os sinais de maneira a saber solucionar o mal-estar por meio da manipulação da vasta farmacopeia disponível no contexto, por meio de banhos purificadores, rezas milagrosas, toma de medicamentos, utilização de amuletos pelo corpo, vacinas protetoras e curativas, de entre outros rituais terapêuticos.

É pois, dentro desta conjuntura de interação e hibridismo terapêutico, estabelecida entre a medicina convencional biomédica e tradicional, onde se articula a utilização de fármacos com a (re) ativação de relações sociais e de representações que o tornam, num complexo campo de interpretação, tanto no domínio dos diagnósticos, como no das terapias. Verificamos que uma boa parte das mulheres entrevistadas declarou que em algum momento, durante o período gestacional, fez o uso simultâneo da pluralidade das terapias medicinais existentes naquele e outros contextos, legitimando as suas escolhas nas experiências vividas, ou assente por acreditar na sua eficácia simbólica espiritual, social e físico-química (Fialho, 2003: 122-123) do tratamento recebido.

Apesar da grande maioria das mulheres admitir ter confiança no serviço público de saúde, são constantes as queixas e denúncias de: nepotismo profissional, clientelismo e corrupção institucional, morosidade no atendimento, maus-tratos verbais e físicos, fraca qualidade dos recursos humanos e infraestruturas, e desumanização no atendimento por parte dos profissionais de saúde. Estas são as razões que as mulheres mais aludem para retardar ou até mesmo evitar a utilização das unidades sanitárias e hospitalares.

Quem tem o poder de decisão na escolha dos anticoncepcionais, ou quando estes devem ser abandonados? A decisão pela escolha do melhor método anticoncetivo é, em grande parte, decidida entre a mulher e a enfermeira que a segue durante o pré-natal e, posteriormente, no programa de planeamento familiar. São raros os casos em que a utente tem o poder de negociar com os profissionais sobre a escolha do melhor método, devido à limitação da informação das possibilidades dos dispositivos anticoncepcionais disponíveis em cada US. Foi mencionado que, em regra, a mulher é aconselhada a adotar um dos três métodos considerados os mais populares, quais sejam: o uso da pílula revestida, o preservativo masculino e o DIU. O procedimento de laqueação das trompas é somente utilizado em casos extremos, por exemplo, nos casos em que a mulher corra risco de perder a vida ou em função do desejo manifestado pela própria mulher.

O que deve ou não fazer uma mulher grávida? Durante a análise das entrevistas, verificou-se a predominância de narrativas de que a mulher grávida não deveria comer nem ingerir certos alimentos e bebidas. O consumo de ovo cozido, por exemplo, porque a criança nasceria careca; ou quiabos, para evitar que a criança nascesse suja; carne de porco, por transmitir doenças infecciosas; comidas com piri-piri, por causar manchas avermelhadas na pele e nos olhos do bebé; bebidas alcoólicas, café, cerveja preta, por serem possíveis provocadores de abortos. Outras proibições sugerem que ações e gestos específicos da mãe podem ter impacto direto na criança ou, mais frequentemente, causar dificuldades no parto, como nos casos da divulgação pública da gravidez, especialmente antes de transcorrer o terceiro mês; a exposição da barriga desnuda; a compra antecipada do enxoval e a escolha do nome da criança antes do seu nascimento.

Porque as mulheres optam cada vez mais pelo parto institucional e medicalizado (cesarianas, epidural) e os serviços privados? Cada vez mais as mulheres optam pelo parto institucional, que é assistido por um profissional, porque foram orientadas, nas palestras durante o pré-natal, a acreditar que esta é maneira mais segura para dar à luz. A possibilidade de algo correr mal durante o trabalho de parto faz essas mulheres pensar que seriam melhor assistidas se estivessem dentro de uma US. Em relação à medicalização do parto, esta está diretamente associada ao poder económico da paciente que, ao escolher ter um tratamento diferenciado e personalizado nas clínicas privadas, pode expressar a sua vontade da maneira mais cómoda (rápida, indolor) que prefere ter o parto, independente do diagnóstico ou parecer do profissional. É a vontade da paciente que determina ou condiciona o modelo da abordagem a ser seguido durante o parto. Essa constatação sedimenta a ideia de vários autores (Davis, 1988; Browner & Sargent, 2007; Abel e Browner, 1998; Lorentzen, 2008) que defendem a existência de uma noção relacional/transacional de poder “*authoritative knowledge*” na relação médico-paciente.

Quais as expectativas que a sociedade, como um todo, constrói em torno da “condição” da maternidade? A sociedade, como um todo, tende a exercer “pressões” no modo como define e perceciona o papel social da maternidade, como o evento central na vida das mulheres, por classificar e categorizar os modelos ideais de comportamento socialmente atribuídos ao papel do género feminino na atividade reprodutiva em relação ao papel masculino da paternidade, e que segundo Rosaldo e Lamphere (1974), esta seria a principal causa da subordinação universal das mulheres.

O seu papel, como dona de casa, (*housewife*) agrega tarefas que consistem em: cuidar (*caring*) da higiene e da alimentação dos membros do agregado familiar, mediar (*gatekeeper*) as condições de saúde; actuar como educadora a nível familiar e a nível social; finalmente, a sua ação fora do lar é uma extensão do papel de conselheira e mãe a outros níveis da sociedade (Schouten, 2011:77). De acordo com Loforte (2003: 184), “esta ideia reforça a tendência para as mulheres realizarem este papel com afínco e dedicação”.

Um aspeto pertinente revelado por esta investigação é que o nível de escolaridade das mulheres (pressuposto genericamente assumido como determinante para a igualdade de género) parece não apontar para diferenças marcadas: 1) nas representações de ser mãe, no papel da mulher no parto, o papel do homem no parto, etc.; 2) na escolha/confiança pelos cuidados convencionais e tradicionais (exceção feita à escolha por cuidados privados pelos custos envolvidos); 3) nas relações de autoridade/subjugação com os profissionais de saúde.

Concluimos que a relação das mulheres estudadas com a pluralidade de sistemas terapêuticos é condicionada por fatores diversos, como tradição cultural, educação, religião, pobreza, migração (campo cidade e vice-versa), história colonial e políticas públicas de saúde, impulsionadas pela perceção dos códigos simbólicos da causa da doença (fatores físicos e causas sociais), pela crença da eficácia dos remédios e terapias e pelo vasto leque de escolhas alternativas simultaneamente utilizadas sem que haja conflitos ou sobreposições de um em relação a outro.

Constatamos que as mulheres valorizam mais os saberes biomédicos no momento em que: escolhem as US para ter o parto, durante o acompanhamento e monitoramento do crescimento da criança, e para obtenção de dispositivos anticoncetivos. As situações em que prevalecem os saberes tradicionais estão relacionados com a ameaça abortiva (que nem sempre se manifestam pela perda de sangue vaginal ou pelas fortes dores abdominais) e trabalho de parto arrastado que, segundo os especialistas nesta área, podem ter como causas associadas: a violação da conduta moral, social e comportamental da futura mãe, razões místicas ligadas a feitiçaria, ou simplesmente estarem associadas às causas naturais que, em certos casos, resultam do procedimento de amarrar a barriga (na gravidez) e da utilização de alguns artefactos e medicamentos (*matximba Ndlopfu*, gordura de jiboia, *kukulo*) durante o trabalho de parto.

A relação da mulher/mãe com os dois sistemas de saúde configura práticas de hibridismo terapêutico, estabelecidas entre a medicina convencional biomédica, a tradicional (do grupo de referência e os do grupo de não referência), e a crença religiosa. O uso simultâneo da pluralidade

das terapias medicinais existentes, nesse contexto, são justificadas pelo desfecho positivo dessas experiências. Os níveis de dissonância, contradições e sobreposições são resultados da relação existente entre o que a família diz para a mulher grávida fazer (discurso tradicional) e o que os médicos aconselham (discurso científico). As concepções leigas coexistem e competem no sentido de criar alternativas às significações médicas.

A multiplicidade de opiniões dos entrevistados reitera a interpretação social da maternidade como o afirmador da feminilidade, alegando a “pré-disposição natural” das mulheres para assumir tais responsabilidades que, no caso, são estruturadas com base na representação social e cultural de ser “*uma boa-mãe*”.

O contributo da presente investigação para o conhecimento antropológico atual reside em poder fornecer informação sistematizada que permita perceber melhor as diversas cosmologias de saberes terapêuticos através das perceções culturais e representações individuais da maternidade e do corpo feminino, num contexto multicultural caracterizado pela existência do pluralismo terapêutico nas experiências e vivências quotidianas. Pretende-se contribuir para que os responsáveis pelas políticas dos programas de saúde materna e reprodutiva em Moçambique possam introduzir essas variáveis dependentes para uma melhor prestação dos serviços institucionais e domiciliários à comunidade.

Nós advogamos que a integração da medicina tradicional e das parteiras no serviço nacional de saúde em Moçambique, através de esforços legais e de campanhas de apoio ao programa de capacitação e formação da sociedade civil. Estes programas visam as mulheres das comunidades com competências para prestar de serviços de saúde ao domicílio durante o acompanhamento do pré-natal e do parto. Devem ser acautelados os riscos para a saúde da mãe e da criança derivados das complicações durante o parto, disponibilizando a estas parteiras locais um *kit* contendo material hospitalar considerado indispensável. O SNS, para além de prestar assistência às parteiras, também deveria assessorá-las e distribuir dispositivos tecnológicos tais como radiotransmissores ou telefones móveis que estivessem conectados a uma central de atendimento à mulher grávida 24h por dia, de maneira a que estas prestadoras de serviço de saúde comunitário pudessem explicar as situações em tempo real e ser apoiadas nas suas intervenções até chegar à US mais próxima da sua área de residência. Seguindo esta perspetiva, acredita-se que esta tese poderá contribuir para na conceção da criação de programas e recursos materiais e

humanos para assistência dos cuidados materno-infantis dentro do sistema de saúde existente em Moçambique.

Certamente, vários aspetos pertinentes para este estudo deixaram de ser abordados. Não obstante, tentamos responder ao que nos propusemos, desde o início do trabalho, ao identificar e analisar a influência que exercem os fatores socioculturais na construção de formas de pensar e agir frente às questões de saúde, género e reprodução (gravidez/parto) da mulher em Maputo.

FONTES

- Acto Colonial (1930) Decreto n.º 18 570 de 8 de julho.
- Comissão da União Africana (2006), “Quadro de Política Continental para os Direitos Sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva”, Addis Ababa, Makush Art Gallery.
- Instituto Nacional de Estatística (2012), Estatísticas e Indicadores Sociais, 2012-2013, Maputo Moçambique.
- INE, Contas Nacionais de Moçambique, Disponível em www.ine.gov.mz. Acesso 16/02/2014.
- INE e I.P, Estatísticas da CPLP 2012, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- MISAU, (2011), Nas Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais.
- MISAU, INE e ICFI, (2011), *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*, Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- MISAU e AECID, Estratégia da cooperação espanhola para a saúde em Moçambique 2010-2013.
- MISAU (2011), *Manual de Partejas Tradicionais*, Ministério da Saúde, Maputo.
- Moçambique - Direcção Nacional de Planeamento e Ordenamento Territorial - DINAPOT (2006), *Moçambique melhoria dos assentamentos informais*, Disponível em: www.unhabitat.org. Acesso 24 /08 2013.
- ONU, (2011), *Millenium Development Goals 2015*, Disponível em: www.un.org/millenniumgoals/. Acesso 09/05/2013.
- Plano Económico-social (2014), Disponível em: <http://www.mpd.gov.mz/index.php/documentos/instrumentos-de-gestao/plano-economico-social-pes/pes-2014/documento-do-pes-2014>. Acesso 11/09/2014.
- Primeira Exposição Colonial Portuguesa «Porto» (1934), *Colónia de Moçambique, Serviços de Saúde e Higiene*. Lourenço Marques, Imprensa Nacional de Moçambique, pp.38-39.
- Relatório de Desenvolvimento Humano, 2013 “A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado”, PNUD. Disponível em <http://hdr.undp.org>. Acesso 23/08/2013.
- UNICEF (2009), Estudo Nacional sobre a Mortalidade Infantil 2009, Disponível em: http://www.unicef.org/mozambique/pt/child_survival_5141.html, Acesso 09/05/ 2014.
- UNICEF (2014), Informe Orçamental Sector da Saúde em Moçambique, (s.n.).
- WHO (1978), *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Ama-Ata*, Moscovo, Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 12/12/2013.
- WHO (2012), *Mozambique: health profile*. Disponível em: <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf>. Acesso em 26/05/2013.

BIBLIOGRAFIA

- Aaby, P (1977), 'Engels and women', *Critique of Anthropology*, 3, 9 - 10: 25-53.
- Abel, E.K. e C.H. Browner (1998), "Selective Compliance with Biomedical Authority and the Uses of Experiential Knowledge", em M. Lock and P. Kaufert (orgs.), *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Adjiwanou, Vissého e Thomas LeGrand (2014), "Gender inequality and the use of maternal healthcare services in rural sub-Saharan Africa", *Elsevier, Health & Place*, 29, pp.67-78.
- Aguar, N. (1997), *Género e Ciências Humanas: Desafio às ciências sociais desde a perspectiva das mulheres*, Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos.
- Aguirre, B (1963), *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*, México City: Instituto Nacional Indigenista.
- Albuquerque, C. e C. Oliveira (2002), "Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança", *Millenium* (online) 25. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm.
- Almeida, Ana Nunes *et al* (2004), "Fecundidade e Contracepção, Percursos de Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas", Imprensa de Ciências Sociais.
- Alves, Sara (2002), *Programas de Ajustamento Estrutural na Óptica do Papel do Estado na África a Sul do Saara*, Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Alland, A. Jr (1970), *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*, New York, Columbia University Press.
- Amaral, M. (2011), *Contributos para o planeamento de uma política de Recursos Humanos de Saúde para Moçambique, Análise de situação sobre os processos de gestão e o que deve ser contemplado num plano de desenvolvimento dos recursos humanos da saúde em Moçambique segundo um grupo de responsáveis pela gestão de nível provincial*, Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Lisboa, UNL.
- Anon: (1934), *Primeira Exposição Colonial Portuguesa «Pôrto»: Colónia de Moçambique, Serviços de Saúde e Higiene*, Lourenço Marques, Imprensa Nacional de Moçambique.
- Augé, Marc e Claudine Herzlich (1984), *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines.
- Bagnol B. e Esmeralda Mariano (2011), *Género, Sexualidade e Práticas Vaginais*, Moçambique, DAA, FLCS, UEM.
- Bastos, Cristiana (2011), "A circulação do conhecimento: autores, anónimos e híbridos", em Bastos, Cristiana e Renilda Barreto (orgs.), *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

- Bastos, Cristina (2014), “No género de construções cafreais: o hospital-palhota como projecto colonial”, *Etnográfica* (Online), vol. 18 (1). Disponível em: <http://etnografica.revues.org/3396>.
- Beaud, S. e George F. Weber (2007), *Guia para a Pesquisa de Campo: Produzir e Analisar Dados Etnográficos*, Petrópolis, Editora Vozes.
- Baer, H., Singer, M. & Susser, I (2003), *Medical Anthropology and the World System*, Westport, Praeger.
- Bayer, P., *et al* (2000), “An Equilibrium Model of Sorting in an Urban Housing Market”, Working Paper No. 10865, National Bureau of Economic.
- Bellucci, B (2007), *Economia contemporânea em Moçambique: sociedade linhageira, colonialismo, socialismo, liberalismo*, Rio de Janeiro, Educam.
- Benoist, J (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Presses Universitaires de France – PUF.
- Berger, P. and Thomas Luckmann (1971), *The social construction of reality*, Harmondsworth: [1966], [traduzido ao português como “A Construção da Realidade Social”, Petrópolis, Vozes, 1985].
- Bibeau G (1992), *Hay una enfermedad en las Américas? Outro caminho de la antropologia médica para nuestro tiempo*, VI Congresso de la Antropología en Colombia, Universidad de los Andes, 22 – 25 de Julho.
- Bircher, J. (2005), “Towards a dynamic definition of health and disease”, *Med Health Care Philos*, 8, pp.335-341.
- Bogdan, R. and Steven J. Taylor (1975), “Introduction to Qualitative Research Methods: A Phenomenological Approach to the Social Sciences” New York, J Wiley, Boumard P, *Ethnographie de l'École et Anthropologie de l'Institution*, Ethnologie Française (in press). Disponível: http://tucnak.fsv.cuni.cz/~hajek/Metodologie/texty_seminar/Qualitative%20Research%20Method.doc.
- Blum R., *et al* (orgs.) (1983), *Pharmaceuticals and Health Policy, International Perspectives on Provision and Control of Medicines*, London, Social Audit/IOCU.
- Bogoras, W (1904-1909), *The chukchee*, 3vols, New York: G.E. Stechert.
- Bolton, J (1995), “Medical Practice and Anthropological Bias”, *Pergamon, Soc. Sci. Med*, Volume 40 (12), pp.1655-1661.
- Boorse, C. (1977), ‘Health as a Theoretical Concept’. *Philosophy of Science*, 44, pp. 542-573.
- Boorse, C. (1975), ‘On the Distinction Between Disease and Illness’. *Philosophy and Public Affairs*, 5, pp. 49-68.
- Bonte, P. e Michel Izard (1991), *Dictionnaire de L'ethnologie et de L'anthropologie*, Paris, Presses Univesitaires de France.
- Browner, C. and Carolyn Sargent (2007), “Gender: Engendering Medical Anthropology”, em Saillant, Francie e Serge Genest, *Medical Anthropology Regional Perspectives and Shared Concerns*, Michigan State University, Blackwell Publishing.

- Burton, L (1985), *Early and on-time grandmotherhood in multigeneration black families*, unpublished doctoral dissertation, University of Southern California.
- Campos, L. e António Vaz (2010), “Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços”, *Alto Comissariado da Saúde*, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Caprara, A., *et al* (1999), “A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3), pp.647-654. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>.
- Caria, T (1999) “A Reflexividade e a Objectivação do Olhar Sociológico na Investigação Etnográfica” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 55, pp.5-36.
- Carvalho, J (1961), *Estudos de Administração de Saúde Pública I: Contribuição para Estudo de Reforma dos Serviços de Saúde de Ultramar Português*, Lourenço Marques, Edição do autor (s.n).
- Carvalho, J (1964), *Projecto de Regulamento de Saúde aos Trabalhadores Rurais para a Província de Moçambique*, Lisboa, Tipografia União Gráfica.
- Caudill, W (1952), Japanese-American personality an acculturation, *Genetic Psychology Monographs*, 45, pp. 3-102.
- Chafetz, (1991), The gender division of labor and the reproduction of female disadvantage, In Blumberg, R. L. (org), *Gender, family and economy*, Newburg Park, Sage.
- Chapman, R (2010), *Risking Reproduction in Central Mozambique*, Nashville, Vanderbilt University Press.
- Chapman, R (2006), “Chikotsa-Secrets, Silence, and Hiding: Social Risk and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique”, *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.20 (4), pp. 480-515.
- Chapman, R (2003), “Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk”, *Social Science & Medicine* 57, pp. 355-374.
- Clamote, T (2008), “Entre pluralismo médico e terapêutico: contributo para a revisão de uma narrativa sociológica”, comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia – *Mundos Sociais: Saberes e Prática*, realizado no âmbito de Licenciatura em Sociologia, CIES/ISCTE, 25 e 28 de Junho de 2008, Lisboa.
- Clements, F (1932), *Primitive Concepts of Disease*, by Forrest E. Clements..., University of California Press.
- Clifton, J. A (1970), Objectivity in Anthropology, In J. A. Clifton, ed., *Applied Anthropology*, Boston, Houghton Mifflin.
- Comelles, J (2000), “The Role of Local Knowledge in Medical Practice: a trans-historical perspective”, *Culture, Medicine and Psychiatry* 24 (1), pp. 41-75.
- Comelles, J (2000), «Tecnologia, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporaneo» En Perdiguero, Enrique, Comelles, Josep M. (ed) *Medicina y Cultura, Estudios entre la antropologia y la medicina*, Bracelona , Bellaterra, pp. 305-352.

- Conceição, M (2011), *Hospitais de Primeira Referência, Distrito de Saúde e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, Ana (1994), Os estudos da mulher no Brasil ou a estratégia da corda bamba, *Estudos Feministas*, (número especial), pp.401-409.
- Costa, Ana (2007), *O Preço da Sombra: Sobrevivência e reprodução social entre famílias de Maputo*, Maputo, Livros Horizonte.
- Craveiro, I (2001), *Entre o Local e o Global, um Mundo de Relações Desiguais, Definição das Políticas de Saúde em Moçambique*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Craveiro, I. e P. Ferrinho (2002), *Saúde Reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa*, Lisboa, AGO.
- Cunningham C (1970), “Thai ‘injection doctors’: antibiotic mediators”, *Soc. Sci. Med.*4, pp.1-24.
- Davis-Floyd, R. and Sargent Carolyn (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.
- Davies, C (1999), *Reflexive Ethnography, A Guide to Researching Selves and Others*, USA, Routledge.
- Devereux, G (1997), *Essais d'éthnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- Dias, J e D. Margot (1970), *Os Macondes de Moçambique, Vida Social e Ritual III*, Lisboa, Imprimart, Sarl.
- Diniz, Carmen (2005), “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, *Ciênc. saúde coletiva*, (Online) Rio de Janeiro, vol.10 (3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Dundes, Alan (1981), “Wet and Dry, the Evil Eye: An Essay in Indo-European and Semitic Worldview,” em Alan Dundes, *The Evil Eye: A Folklore Casebook*, New York and London, Garland.
- Einarsdottir, J (2004), *Tired of Weeping: Mother Love, Child Death, and Poverty in Guinea Bissau*, Madison, University of Wisconsin Press.
- Eisenberg, L. (1977), 'Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness', *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 9-23.
- Einstein, G. e M. Shildrick (2009), “The postconventional body: Retheorising women’s health”, *Social Science & Medicine*, 69, pp.293 – 300.
- Eliade, M (1964), The Sacred and the Modern Artist, in *Art Creativity, and the Sacred, An Anthology in Religion and Art*, ed. by Diane Apostolos-Cappadona Crossroad, New York, 1984, 179 – 183. For the first time this article was published in *Criterion*, (Spring 164), pp. 22 - 24.

- Evans-Pritchard, E (1987), *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Farmer, P (2009), *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*, edited by Haun Saussy and Tracy Kidder, California, University of California Press.
- Fassin, D (2007), *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, California, University of California Press.
- Feierman, S. and J. Janzen (1992), *The Social Basis of Health in Africa*, Los Angeles, University of California Press.
- Feierman, S (1985), "Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa", *African Studies Review* 20, 2-3, pp. 73-145.
- Feio, F (1953), *Divisão Sanitária e Organização Dos Serviços de Saúde em Moçambique. Separata dos Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Volume X, Suplemento.
- Fialho, J (2003), "A Eficácia Simbólica nos Sistemas Tradicionais de Saúde", Lisboa, *Caderno de Estudos Africanos* 4, pp. 121-134.
- Firmino, G (2009), *A Situação do Português no Contexto Multilíngue de Moçambique*. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/eventos/simelp/new/pdf/mes/06.pdf>. Acesso 07/03/2009.
- Frankenberg, R (1992), "'Your time or mine': temporal contradictions of biomedical practice", in Ronald Frankenberg (ed.) *Time, Health and Medicine*, pp. 1-30, London, Sage.
- Frias, Sónia (2006), *Mulheres na Esteira Homens na Cadeira?* Lisboa, ISCSP.
- Foster, G (1965), "Peasant Society and the Image of Limited Good", *American Anthropologist*, New Series 67 (2), pp. 293-315.
- Foucault, Michel (1994), *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York, Vintage Books.
- Fulane, G (2012), *Pluralismo farmacológico: mães à procura de tratamento para menores de cinco anos em Xai-Xai (Moçambique)*, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Geest, S., Susan W. e Anita H (1996), "The Anthropology of Pharmaceuticals", *A Biographical Approach*, *Annu. Rev. Anthropol.*, 25, pp.153-178.
- Geertz, C (1994), *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York, Basic Books.
- Geertz, C (1998), "La description dense, Vers une theorie interpretative de la culture", EHESS/(eds), Paris, *Parentheses*, *Enquête* 6, pp.73-105.
- Geertz, C (1973), *The Interpretation Of Cultures*, USA, Basic Books.
- Genzuk, M. (1993) "A Synthesis of Ethnographic Research", *Occasional Papers Series*, Center for Multilingual, Multicultural Research (eds.), Center for Multilingual, Multicultural Research, Rossier School of Education, Los Angeles, University of Southern California.
- Giffin, K (1994), "Violência de Género, Sexualidade e Saúde", *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (Supl.1), pp. 146-155.

- Gish, O. e L.L. Feller (1979), *Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care: The Supply and Utilization of Drugs in the Third World*, Washington DC, Am. Public Health Assoc.
- Good, C. M (1988), “The community in African primary health care: strengthenig participation and a proposed strategy”, *Studies in African health and medicine*, volume 2, The Edwin Mellen Press.
- Goldman, M (1994), *Razão e Diferença, Afectividade, Racionalidade e Relativismo no Pensamento de Lévy- Bruhl*, Rio de Janeiro, Grypho/Editora da UFRJ.
- Good, B (2010), “Medical Anthropology and the Problem of Belief”, em B. Good, *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, UK, WileyBlackwell.
- Good, B. and Mary-Jo Good (1981), “The meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Science”. In Leo Eisenberg and Arthur Kleinman (eds), *The Relevance of Social Science for Medical*, Dordrecht, Holland, Reidel.
- Goodenough, E. H (1963), *Cooperation and Change*. New York: Russell Sage Foundation.
- Gramsci, A (1975), *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*, México, Juan Pablos Ed.
- Granjo, Paulo (2005), *Um velho idioma para novas vivências conjugais*, Porto, Campo de Letras.
- Gulube, L (2003), *Organização da Rede Sanitária Colonial no Sul do Save (1960-1974)*, Maputo, Promédia.
- Gutman, L (2011), *O poder do discurso materno. Introdução à metodologia de construção da bibliografia humana*, São Paulo, Editora Ágora.
- Hammersley, M. and Phillip Atkinson (1983), *Ethnography, Principles in Practice*, New York, Tavistock Publications Ltd.
- Hans, R. e A. Kleinman (1983), “Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions”, *Annual Reviews Inc*, 12, pp.305-33.
- Haro, J. Armando (2008), *Curso atención a la salud: perspectivas sociológicas y antropológicas*, Apresentação ao mestrado e doutoramento em Ciências Sociais, El Colegio de Sonora, Janeiro a Abril, disponível em: <http://www.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/biomedicina-a-examen>.
- Helman, C. (1994), *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, 2nd ed. British Library Cataloguing Publication Data.
- Henriques, I (2000), “A Sociedade Colonial em África. Ideologias, hierarquias e quotidianos”, em Francisco Bethencourt e Kirti Chaudhuri, *História da Expansão Portuguesa*, Lisboa, Círculo de Leitores (Vol. V), pp.216-274.
- Honwana, A (2002), *Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós- Guerra No Sul de Moçambique*, Moçambique, Promédia.
- Illich, I (1976), *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, (s.l), Calder & Boyars.
- Jaffré, Y (2012), “Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa”, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale* 20, pp.13-18.

- Janes, C. e K. Corbett (2009), “Anthropology and Global Health”, *Annu. Rev. Anthropol.* 38, pp.167 – 83.
- Janzen, J (2002), *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*, Boston, McGraw-Hill.
- Joaquim, T (1983), *Dar à Luz, Ensaio Sobre as Práticas e Crenças da Gravidez, Parto e Pós-parto em Portugal*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Junod, H (1917), *A vida de uma Tribu Sul-Africana*, volume 1, Sociedade de Geografia de Lisboa, Minerva de Gaspar Pinto de Souza & Irmãos.
- Junod, H (1946), *Usos e Costumes dos Bantos, A vida duma Tribo do Sul-Africana*, volume 2, Lourenço Marques, Imprensa Nacional.
- Keesing, Félix (1972), *Antropologia cultural*, Introdução de Waltensir Dutra, Volume 2, Rio de Janeiro, Fundo de Cultura S.A.
- Kitzinger, S (1996), *Mães: Um estudo Antropológico da Maternidade*. Tradução de Ana Falcão Bastos e Luís Leitão, Lisboa, Editorial Presença.
- Kleinman A (1995), *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, London England, University of California Press.
- Kleinman A (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*, USA, Basic Books.
- Kleinman, A (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- Kopytoff, I (1986), *The cultural biography of things, commoditization as process*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Langa, A (1990), *O Lobolo*, Maputo, Cultura e Evangelho, Caderno1.
- Langdon, Esther e Flávio Wiik (2010), “Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18 (3): [09 telas].
- Langwick, Stacey (2011), *Bodies, Politics, and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*, Bloomington, Indiana University Press.
- Levi, G (1989), *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piemont du XVII e siecle*, Paris, Gallimard NRF.
- Levy, R (1971), The Community Function of Tahitians Male Transvestism: A Hypothesis, *Anthropological Quarterly* 44, 12-21.
- Loforte, A (2003), *Género e Poder entre os Tsongas de Moçambique*, Lisboa, Ela por Ela.
- Logan, M (1983), “Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine”, *Human Organization* 32 (4), pp. 385-95.
- Lopes, N (2010), *Medicamentos e Pluralismo Médico: Práticas e lógicas sociais em mudança*, Porto, Edições Afrontamento.

- Lorentzen, M (2008), “‘I Know My Own Body’: Power and Resistance in Women’s Experiences of Medical Interactions”, *Body & Society*, (Los Angeles, London, New Delhi and Singapore), SAGE Publications, Vol. 14 (3), pp.49-79.
- Lourenço M. e Maria Tyrrell (2009), “Programas de Saúde Materno-Infantil em Moçambique: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem”, *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (3). 617-24.
- Luz, M (1988), *Natural Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*, Rio de Janeiro, Editora Campus.
- Luz, M (2008), *As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*, Rev. Bras, Saude Família, v.9, pp.8-19.
- Macucule, Domingos (2015), *Processo - Forma Urbana: reestruturação urbana e governança no grande Maputo*, Tese de Doutoramento em Geografia e Planeamento Territorial, Lisboa, UNL.
- Manuel, Sandra (2014), Maputo has no marriage material: sexual relationships in the politics of social affirmation and emotional stability amongst cosmopolitans in an African city. PhD Thesis. SOAS, University of London <http://eprints.soas.ac.uk/18451>.
- Martin, E (1987) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Marcus, G (1995), “Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography”, *Annual Review Inc.*, 24, pp.95-117.
- Matsinhe, C (2006), *Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Moçambique, Texto Editores Lda.
- Manzini, E (1990/1991), A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27, pp:149-158.
- Mazula, B (1995) *Educação, Cultura e Ideologia em Moçambique: 1975-1985*, Porto, Edições Afrontamento.
- Melatti, Júlio César e Florestan Fernandes (orgs.) (1978), *Radcliffe-Brown: Antropologia*, São Paulo, Ática S.A.
- Melrose, D (1982), *Bitter Pills: Medicines and the Third World*, Oxfam.
- Meneses, M (2000), *Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos Rivaís em Moçambique*, Coimbra, CES, Publicação da Oficina do Centro de Estudos Sociais 150.
- Meneses, M (2005) “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas”, em Boaventura de Sousa Santos (org.), *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Menéndez, E (2005), “El modelo médico y la salud de los trabajadores” *Salud Colectiva*, volume 1, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp.9-32.
- Meldau, Debora (s.a) “Infecção Puerperal”, *InfoEscola - Navegando e Aprendendo*. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/infeccao-puerperal/>
- Melrose, D (1982), *Bitter Pills, Medicines and the Third World Poor*, Oxford, OXFAM.

- Murayama, B (2014), *Entenda como a ocitocina sintética é usada no parto normal*. Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/familia/materias/17193-entenda-como-a-ocitocina-sintetica-e-usada-no-parto-normal>.
- Murdock, G (1980), *Theories of Illness: A World Survey*, USA, University of Pittsburgh Press.
- Nanda, P (2002), “Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women’s Utilization of Health Care”, *Elsevier*, 10 (20), pp.127-134.
- Nathan, T. & I. Stenger (1995), *Médecines et sorciers*, Paris, ed. Les empêcheurs de tourner en rond.
- Ngubane, H (1992), “Clinical Practice and Organization of Indigenous Healers in South Africa”, em S. Feierman e J. Janzen, *The Social Basis of Health in Africa*, Los Angeles, University of California Press.
- Ngunga A e Osvaldo G. Faquir (2012), *Padronização da Ortografia de Línguas Moçambicanas: Relatório do III Seminário*, Coleção: AS NOSSAS LÍNGUAS III, Centro de Estudos Africanos (CEA) – UEM, Maputo, Ciedima, Sarl.
- Nogueira, C (2001), *Um novo olhar sobre as relações sociais de género, Perspectiva feminista Crítica na Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nordenfelt, L (2000), *Action, ability and health: essays in the philosophy of action and welfare*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Nunes, J (1936), *Costumes Gentílicos (O lobolo)*, Lorenzo Marques, Imprensa Nacional.
- Nunes, R (1999), *Povos e Culturas Macuas: Filhos da Montanha*, Revista Além Mar, Sem Fronteiras.
- Oliveira, I (2002), *Identidade Negada e o Rosto Transfigurado do Povo Africano (Os Tsonga)*, São Paulo, Annablume.
- Osório, Conceição, et al (2008), *Buscando sentidos: género e sexualidade entre jovens estudantes do ensino secundário, Moçambique*. Moçambique, Editora WLSA Moçambique
- Oppenheimer, J. e Isabel Raposo (2002), *A cooperação direccionada para os grupos vulneráveis no contexto da concentração urbana acelerada, A pobreza em Maputo*, Ministério do Trabalho e Solidariedade, Departamento de Cooperação, Maputo, Coleção Cooperação.
- Ortner, S (1974), “Is Female to Male as Nature Is to Culture?” em M. Z. Rosaldo e Lamphere (orgs.), *Woman, Culture and Society*, Stanford, University Press.
- Ortner, S. e H. Withead (1981), *Sexual Meanings: The Cultural Construction of Gender and Sexuality*, Cambridge, University Press.
- Paixão, C (2012), *Cooperação Sul – Sul: exemplo Cubano de cooperação em saúde com Moçambique*, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Passeron, J (2006 [1991]), *Le raisonnement sociologique*, Paris, Albin Michel, Revue de Sciences humaines, 10.
- Pearce, T (1983), ‘Integrating Western orthodox and indigenous medicine; professional interests and attitudes among university-trained Nigerian physicians’, *Social Science and Medicine*, 16, pp. 1611- 7.

- Pool, R. e W. Geissler (2005), *Medical Anthropology*, Berkshire, MacGrawHill.
- Pondja, Clélia (2006), *O Lobolo em Moçambique: Transformações das práticas do casamento*, Monografia de Licenciatura em Ciências Sociais e Humanas, Recife, UFPE.
- Prattis, I (1996), “Reflexive Anthropology”, em David Levinson and Melvin Ember (orgs.), *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, New York, Henry Holt and Company, volume 3.
- Prince, R (2014), “Situating Health and the Public in Africa Historical and Anthropological Perspectives”, em Ruth J. Prince and Rebecca Marsland (orgs.), *Making and Unmaking Public Health in Africa: Ethographic and Historical Perspectives*, Athens, Ohio University Press.
- Quinn, R (1977), “Coping with Cupid: The Formation, Impact, and Management of Romantic Relationships in Organizations”, *Administrative Science Quarterly*, 22:30 – 54.
- Radcliffe-Brown, A. R e Daryll Forde (1950). *African System of Kinship and marriage*. London, New York, Toronto, Oxford University Press.
- Ramos Vitor *et. al* (2012), “Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde”, s.l., Ministério da Saúde.
- Ribeiro, G (2000), *As Representações Sociais dos Moçambicanos: do passado colonial à democratização, Esboços de uma cultura política*, Maputo, Instituto da Cooperação Portuguesa e Ministérios dos Negócios Estrangeiros.
- Rivers, W (1907), *The Marriage of Cousins un India*, «Journ. Roy, Asiatic Soc. », Luglio.
- Rivers, W (1924), *Medicine, magic and religion*, London, Routledge.
- Rocha, R (1945), *Estudos para a Assistência Maternal em Moçambique*, Moçambique, (n.i.), (s.n).
- Rodrigues, W (2007), Metodologia Científica, FAETEC/IST Paracambi.
- Rosaldo, M e L. Lamphere (1974), *Women, Culture and Society*, Staford, University Press.
- Rosen, G (1994), *A História da Saúde Pública*, São Paulo, Unesp.
- Saillant, F e S. Genest (2007), *Medical Anthropology Regional Perspectives and Shared Concerns*, Oxford, Blackwell.
- Santinho, M (2011), *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde*, Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Antropologia, especialização em Antropologia Urbana, Lisboa, ISCTE.
- Santos, S (2001), *Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço*, Dissertação de Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Seppilli, T (1989), *Medicine e magie*, volume 3 de Le Tradizioni popolari in Italia, Electa.
- Serra, C (2000), “As primeiras Sociedades Sedentárias e o Impacto dos Mercadores 200-300 – 1885: A agressão Imperialista”, em Carlos Cerra, *História de Moçambique*, (orgs.) Vol. I, Maputo, Livraria Universitária Eduardo Mondlane.
- Scheper-Hughes N e Margaret Lock (1987), “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropolog”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1, pp. 6-41.

- Schouten, M (2011), *Uma Sociologia do Género*, V.N. Famalicão, Edições Húmus, Lda.
- Scliar, Moacyr (2007), “História do Conceito de Saúde”, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41.
- Shapiro, M (1983), *Medicine on the Service of Colonialism: Medical Care in Portuguese Africa 1885-1974*, a Dissertation submitted in partial satisfactio of the requiriments for degree Doctor in Philosophy in History, Los Angeles, Universirty of California.
- Silva, J (1958), “Serviços de Saúde e de Higiene da Província de Moçambique: Organização dos Serviços de Saúde (relatório e Estatísticas referentes a 1956)”, *Separata dos Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Volume XV, Suplemento de 2 Setembro.
- Silva, L. (1992), “Da Fusão de Horizontes ao Conflito de Interpretações: a Hermenêutica entre H.-G. Gadamer e P. Ricoeur”, *Revista Filosófica de Coimbra*, 1, pp.127-153.
- Silverman, E (1982), Speech-language clinicians and university student’s impressions of women and girls who stutter, *Jornal of Fluency Disorders*, 7, 469 – 478.
- Silverman, M (1976), *The Drugging of the Americas*, Berkeley, University California Press.
- Silverman, M. e M. Lydecker (1982), *Prescriptions for Death, The Drugging of the Third World*, Berkeley, University California Press.
- Sindig, I. e M. Kanunah (1995), *Traditional Medicine in Africa*, Nairobi, East African Educational Publishers Ltd.
- Soforowa, A (1982), *Man, Plants and Medicine in Africa: Some Fundamental Perspectives*, University of California Press.
- Spicer, E (1977), *Ethic Medicine in the Southwest* (editor), Tucson, Iniversity of Afrizona Press.
- Sztompka, P (1998), *A sociologia da mudança social*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Thornton, R (2010), “The market of healing and the elasticity of belief, Medical pluralism in Mpumalanga, South Africa”, em M. Dekker & R. Dijk (orgs.), *Markets of well-being: Navigation Health and Healing in Africa* Dekker, Boston, BRILL.
- Triviños, A (1987), *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*, São Paulo, Atlas.
- Turner, Terrence (1980), “The Social Skin”, em J. Cherfas and R. Lewin (orgs.), *Not Work Alone*, London, Temple Smith.
- Turshen, Meredith (1999), *Privatizing Health Services in Africa*, s.l., Rutgers University Press.
- Tvedten, I. Roque, S. e B. Bertelsen (2013), “Espaço Urbano e Pobreza em Maputo, Moçambique”, *Cites Alliance*, CMI RESUMO, Volume 12 (2).
- Uchôa, E. e J. Vidal (1994), “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”, *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4), pp. 497-504.
- Varanda, Jorge (2014), Cuidados biomédicos de saúde em Angola e na Companhia de Diamantes de Angola, c. 1910-1970 *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, (online), Rio de Janeiro, v.21 (2), pp.587-608, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000200587&script=sci_abstract.

- Van der Geest, S. & Finkler, K. (2004), "Hospital ethnography: introduction", *Social Science and Medicine*, 59, pp.1995-2001.
- Van Der Geest *et al* (2002), *Social Lives of Medicines*, Cambridge, University Press.
- Van Der Geest *et al* (1996), *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 25, pp.153-178.
- Van der Geest, S. et al (1989), "The charm of Medicines: Metaphors and Metonyms", *Medical Anthropology* 3(4), pp.345-367.
- Varanda, Jorge (2011), A asa protectora de outros: as relações transcoloniais do Serviço de Saúde da Diamang. em Cristiana Bastos e Renilda Barreto (orgs.), *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Watt and Breyer-Brandwijk (1962), *The medical poisonous plants of Southern and Eastern Africa*, 2 nd edn, Edinburgh, Livingston.
- West, Harry (2009). *Kupilikula: O Poder e o Invisível em Mueda*, Moçambique, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Whitaker, M (1996), "Reflexivity", em Alan Barnard and Jonathan Spencer (orgs), *An Encyclopedic Dictionary of Social and Cultural Anthropology*, London, Routledge.
- Whyte, S. *et al* (2002), *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Young, Allan (1982), "The Anthropologies of Illness and Sickness" *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11. pp. 257-285.

Sites

- Lusa <http://www.sapo.pt/noticias/igualdade-entre-generos-permitiria-diminuir>, Acesso 12/10/2015.
- http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:The_Health_System/pt, Acesso 06/10/2014.
- <http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/1031/Ouagadougou-Declaration-2008-pt.pdf>. Acesso 05/11/2015.
- http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Mortality/pt). Acesso 07/10/2014.
- <http://www.apf.pt>. Acesso 12/01/2015.
- <http://arquivos.ministerioultramar.holos.pt/>. Acesso 13/10/2015.
- www.bbc.co.uk/portuguese/noticias, 05/10/2013.
- <http://www.ces.fe.uc.pt/publicacoes/oficina/150/150.pdf>, Acesso 04/03/2015.
- <http://www.copacabanarunners.net/sepse.html>, Acesso 12 de Maio 2014.
- <http://www.fdc.org.mz/index>. Acesso 12/11/2015.
- www.ffihs.usp.br/eventos/simelp/new/pdf/mes/06.pdf. Acesso 07/03/2009
- www.ine.gov.mz. Acesso 14/02/2014.
- <http://www.ihu.unisinos.br>. Acesso 19/04/2016.

<http://www.indexmundi.com/map/>. Acesso 06/11/2013.
[www.infopedia.pt/\\$mocambique](http://www.infopedia.pt/$mocambique). Acesso 12/02/2014.
http://www.mec.gov.mz/Legislacao/Documents/PEE_2012-2016_PO.pdf. Acesso 30/10/2015
<http://www.mchip.net/Newborn Health>. Acesso, 14/10/2014.
<http://www.mchip.net/Maternal Health>. Acesso 14/10/2014.
<http://www.mdsau.de.com/2015/04/hpv.html>. Acesso 02/07/2015.
http://www.portaldogoverno.gov.mz/Informacao/carta-de-servicos/Carta_de_Servico_MISAU.pdf. Acesso 09/10/2014.
<http://reproducao.humana.webnode.com.br/import>, Acesso 26/03/2015.
<http://saude.hi-media.pt/saudeemedicina/noticias/item/2936-mocambique-tem- apenas-3-2-profissionais-de-saude-por-10-mil-habitantes-oms>. Acesso 01/07/2015.
www.un.org/esa/population/publications/wup2010/2010_urban_rural_chart.pdf[http](http://). Acesso 17/02/2014.
<http://www.vlaanderen.be/int/en/fiche/contribution-swap-health-sector>. Acesso 08/09/2014.
<http://www.who.int/healthsystems/gf7.pdf>, Acesso. Acesso 08/09/2014
http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/task_shifting/en/. Acesso 14/10/2015
<http://www.who.int/medicines/> áreas / tradicionais / definições /. Acesso 11/01/2015.

ANEXOS

Anexo A

130

I SÉRIE – NÚMERO 15

Em testemunho, os signatários, devidamente autorizados, pelos seus respectivos governos assinam este Acordo.

Feito em Dubai aos 24 de Setembro de 2003, correspondente aos 27 de Rajab de 1424 AH, em dois originais cada, em português, inglês e árabe, sendo os três textos igualmente autênticos. Em caso de divergência de interpretação prevalecerá o texto em inglês.

Pelo Governo da República de Moçambique, *Luís Dias Diogo*.

Pelo Governo dos Emiratos Árabes Unidos, *Ilegível*.

Protocolo

No momento da assinatura do Acordo para evitar a Dupla Tributação e prevenir a Evasão Fiscal em Matéria de Impostos sobre o Rendimento e sobre o capital, entre o Governo da República de Moçambique e o Governo dos Emiratos Árabes Unidos, os signatários acordam que as disposições seguintes, serão parte integrante do dito Acordo.

1. Para efeitos do Acordo, na sua totalidade, o termo Governo compreenderá:

A. No caso dos Emiratos Árabes Unidos:

1. O Governo federal;
2. Os governos locais;
3. Fundo do Governo de Abu Dhabi;
4. Agência de Investimentos de Abu Dhabi;
5. Qualquer instituição pública ou outra instituição total ou

principalmente pertencente ao Estado dos E.A.U. ou os Governos locais conforme ficar acordado pontualmente entre as autoridades competentes.

A. No caso da República de Moçambique:

Qualquer instituição pública ou outra instituição total ou parcialmente pertencente ao Estado da República de Moçambique, e conforme ficar acordado pontualmente entre as autoridades competentes.

Tais Governos ou instituições públicas se estabelecerem escritórios em qualquer dos Estados Contratantes, esses escritórios não serão considerados como estabelecimento estável.

2. Em complemento ao benefício, deste Acordo, os investidores da República de Moçambique ou dos Emiratos Árabes Unidos gozarão também dos benefícios derivados da legislação existente ou futura sobre investimentos nos Emiratos Árabes Unidos ou em Moçambique.

Em testemunho, os signatários devidamente autorizados pelos respectivos Governos assinam este Protocolo.

Feito em Dubai aos 24 de Setembro de 2003, correspondente aos 27 de Rajab de 1424 AH, em dois originais cada, em português, inglês e árabe, sendo os três textos igualmente autênticos. Em caso de divergência de interpretação prevalecerá o texto em Inglês.

Pelo Governo da República de Moçambique, *Luís Dias Diogo*.

Pelo Governo dos Emiratos Árabes Unidos, *Ilegível*.

Resolução n.º 11/2004 de 14 de abril

O Programa Quinquenal do Governo 2000-2004, considera como prioridade a expansão da prestação dos cuidados de saúde de qualidade a toda a população moçambicana privilegiando as camadas mais desfavorecidas e preconiza a continuação dos esforços de pesquisa e valorização da Medicina Tradicional.

Apesar dos esforços do Governo para atingir os objectivos da expansão de cuidados de saúde de qualidade, actualmente o Serviço Nacional de Saúde cobre cerca de 40 por cento da população, sendo grande parte da população assistida pelos praticantes de Medicina Tradicional.

Reconhecendo este facto, importa estabelecer laços de colaboração entre a saúde convencional e a medicina tradicional e melhorar a qualidade desta última, refinando as práticas e conhecimentos e estimulando a realização de pesquisa nesta área.

Assim tornando-se necessário definir a Política da Medicina Tradicional e a Estratégia da sua implementação, ao abrigo da alínea e) do n.º 1 do artigo 153 da Constituição da República, o Conselho de Ministros determina:

Único. É aprovada a Política da Medicina Tradicional e a Estratégia da sua Implementação, em anexo, que constitui parte integrante da presente Resolução.

Aprovada pelo Conselho de Ministros, aos 2 de Março de 2004. Publique-se.

A Primeira-Ministra, *Luís Dias Diogo*.

Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação

1. Introdução

Moçambique localiza-se na costa oriental e região austral de África com uma área total estimada de 799 380 Km², possuindo uma linha costeira de cerca de 2 770 Km. Faz fronteira com Tanzânia a Norte, Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, Suazilândia a Oeste e a Sul com África do Sul e a Este está limitado pelo Oceano Índico. O clima é essencialmente tropical e subtropical caracterizado por duas principais estações: a estação quente e chuvosa de Outubro a Março e a estação fria e seca de Abril a Outubro.

A sua população é estimada em cerca de 18 082 523 habitantes, dos quais 80 por cento está concentrada nas regiões costeiras. A actual taxa anual de crescimento da população é de 2.6 por cento. A esperança de vida é de 49.8 anos. A taxa de natalidade e de mortalidade estima-se em cerca de 42,2 e 18,2 (per 1000) respectivamente.

Mais de metade da população (53 por cento) é analfabeta, onde 40,2 por cento são homens e 71,2 por cento mulheres. Por outro lado 54 por cento da população moçambicana vive abaixo da linha da pobreza absoluta, sendo a agricultura, pesca e silvicultura as principais actividades económicas do país. Outras actividades económicas de relevo são o comércio, a indústria manufactureira e a prestação dos serviços.

Quanto ao perfil epidemiológico, o país é caracterizado por uma predominância de doenças transmissíveis e parasitárias. O país é assolado com frequência por epidemias como a cólera, disenteria, meningite e, ocasionalmente, pela peste bubónica. A malária, doenças diarréicas, infecções respiratórias e a tuberculose são doenças de maior relevo que chegam a registar acima de cinco mil óbitos por ano.

No que se relaciona ao HIV-SIDA, este apresenta tendências de rápido crescimento, com a média actual de sero-prevalência de 13.6 por cento.

Relativamente às doenças não transmissíveis e resultantes de traumatismos, dados indicam um aumento substancial de casos notificados.

Em relação à saúde materno-infantil, a taxa de mortalidade materna actual é estimada em 600-1 100/100 000 nascimentos vivos e a taxa de mortalidade infantil em 147/1000.

O sistema de saúde moçambicano compreende o sector privado e o sector público. Este último, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal prestador de serviços de saúde convencional a nível nacional. Estes serviços cobrem somente cerca de 40 por cento da população no que diz respeito aos cuidados hospitalares. O provimento dos cuidados de saúde primários à população foi definido como a principal prioridade do SNS.

Devido à fraca rede de cobertura do SNS estima-se que os restantes 60 por cento da população utilizam os serviços fornecidos pela medicina tradicional. Apesar desta carga assistencial e o reconhecimento implícito da sua importância a medicina tradicional não é um serviço oficialmente estabelecido no país.

2. História e situação da Medicina Tradicional no País

Desde os primórdios que a prática da medicina tradicional está intrinsicamente ligada à vida das comunidades que habitaram o território moçambicano. Esta prática baseia-se no tipo de organização social e económica que caracterizava estas comunidades, pois inúmeros eram os desafios que se lhes impunham como as doenças, as secas, as epidemias, os ciclones e entre outros fenómenos naturais.

Deste modo, para fazer face a estas a diversidades, os membros destas comunidades tiveram que adoptar formas de defesa e salvaguarda das suas famílias, pelo que as crenças, os ritos mágico-religiosos e outros tipos de práticas foram alguns dos meios por eles utilizados como formas de relacionamento com o mundo material. Paralelamente, o saber curativo, através da utilização de plantas e de produtos de origem animal e mineral constitui uma das práticas que foi passando de geração em geração.

Durante o período colonial, a medicina e a farmacopeia tradicionais passaram a ser consideradas como não saberes, ou práticas superficiais e supersticiosas e de índole folclórico. Assim ficou reduzida às práticas ditas obscurantistas, onde os praticantes da medicina tradicional eram muitas vezes confundidos com feiticeiros.

A título de exemplo, a Reforma Administrativa Ultramarina, aprovada pelo Decreto-lei n.º 23, de 15 de Novembro de 1933, sobre atribuição de competências aos auxiliares de administração civil nas colónias portuguesas, num dos seus artigos, postulava que, aos regedores indígenas (régulos), competia “opor-se à prática de bruxarias e adivinhações e muito especialmente das que representam violência contra pessoas.”

Contudo, em várias zonas do país, não raro era ver os próprios colonos a consultar um terapeuta local, quer para resolver certos problemas de saúde, quer para alcançar soluções sobre problemas espirituais ligados à vida quotidiana (pouca sorte nos negócios, mortes súbitas, e outros).

A medicina tradicional foi deste modo relegada a um plano secundário pelas autoridades coloniais. Neste período, a prática da medicina tradicional continuou sendo considerado obscurantista e deste modo proibida pela legislação ainda em vigor (parágrafo 2 do artigo 236, artigo 12 do Decreto-Lei n.º 32 171, de 29 de Julho de 1942, Código Penal Português, e artigos 2 e 5 do Diploma Ministerial n.º 78/92, de 10 de Junho).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a OMS dando a importância da medicina tradicional, exortou os governos dos Estados membros a dar máxima prioridade ao uso desta e integrar aspectos de comprovada eficácia, promovendo sistemas tradicionais de saúde, incluindo o desenvolvimento local de medicamentos tradicionais, cultivo e conservação de plantas medicinais disponibilizando assim uma fonte de cuidados de saúde universalmente aceite e acessível às comunidades.

Com efeito na segunda metade dos anos 70, a medicina tradicional começou a ganhar espaço e valorização nas políticas e estratégias de saúde no país, tendo sido criado em 1977, no Ministério da Saúde, um Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, com o objectivo de recolher espécimes de plantas utilizadas pelos praticantes de medicina tradicional e recolher informações sobre as patologias tratadas com as mesmas plantas assim como a metodologia utilizada, mas sem o objectivo de integrá-los nos programas preventivos ou de tratamentos de doenças mesmos as consideradas endémicas.

Entre os anos 1977 e 1980, foi efectuada uma consistente investigação, mas que se limitou à classificação taxonómica das plantas, descrições dos propósitos terapêuticos e à pesquisa bibliográfica para comparação da utilização das mesmas plantas em outras regiões do globo.

Ficou claro na altura que era necessário conhecer os princípios activos destas plantas, assim como o seu doseamento. Para tal era necessária a formação de pessoal nas áreas biomédicas e química, assim como a instalação de laboratórios dedicados à pesquisa nestas áreas.

Além desta lacuna que nunca foi preenchida e que impediu o aprofundamento do conhecimento na área de medicina tradicional, outras questões tais como a falta de partilha de conhecimentos, o analfabetismo no seio da nossa sociedade, contribuiu para o uso indevido desta medicina incorrendo muitas vezes no obscurantismo e relegando-a para segundo plano.

Mais tarde, em 1990, com o apoio do Ministério da Saúde, foi criada a AMETRAMO, associação de prática de medicina tradicional, como forma de reconhecimento e valorização do seu conhecimento e acção no combate à doença.

A AMETRAMO e outras associações de praticantes de medicina tradicional, desenvolverão um papel importante na promoção do uso devido da medicina tradicional, pondo termo deste modo aos problemas sociais que por ora grassam na nossa sociedade, derivados das interpretações obscurantistas dos fenómenos de doenças ou sociais que acontecem com as pessoas e no seio das famílias.

A política do governo moçambicano valoriza a medicina tradicional, o que é demonstrado no Plano Quinquenal do Governo 2000-2004, onde está preconizado que para atingir os principais objectivos do Governo na área da saúde alguns dos pressupostos são: “continuar os esforços de pesquisa e valorização da medicina tradicional, com vista à sua utilização mais segura pelos cidadãos; “estabelecer formas de colaboração com os praticantes de medicina tradicionais, principalmente nos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças”.

Como forma de materializar este reconhecimento e comprometimento, por parte do Governo, estão em curso várias acções de valorização e promoção de medicina tradicional, definição de princípios que contribuirão, em grande medida, para a integração deste tipo de medicina no actual Sistema Nacional de Saúde.

3. Definições

Para uma melhor clareza e compreensão da presente política torna-se necessária a definição dos conceitos que a baixo se apresentam:

Medicina Tradicional, segundo a OMS, define-se como sendo “a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não aplicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais e que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente, ou por escrito”

Medicina Complementar ou Alternativa, é a combinação de conhecimentos e cuidados práticos de saúde que não fazem parte da tradição desse país e não estão integrados no sistema de cuidados de saúde formal (ex:Acupunctura, Homeopatia, para os países não asiáticos) entre outras.

Médico tradicional, é a pessoa reconhecida pela comunidade na qual vive, como sendo competente para prestar cuidados de saúde usando plantas, animais, minerais e outros métodos baseados em conhecimentos anteriores, religiosos, sociais e culturais, bem como atitudes e crenças que são prevaletentes na comunidade tendo em vista o bem-estar físico, mental e social.

Integração da medicina tradicional, é o aumento da cobertura dos cuidados de saúde, promoção da colaboração e comunicação, harmonização e estabelecimento de parcerias entre o sistema de medicina tradicional e o convencional.

4. Visão

A Política de Medicina Tradicional visa a integração no Sistema Nacional de Saúde, de práticas de saúde e de medicamentos tradicionais comprovadamente seguros, eficazes e de qualidade, e na ausência desses comprovativos, incentivar e apoiar a sua pesquisa.

5. Missão

Governo, através do Ministério da Saúde e em colaboração com os praticantes da medicina tradicional, deverá garantir a prática segura e sustentável da Medicina Tradicional com base em regulamentação apropriada e no incentivo à investigação.

6. Objectivos

Objectivo geral

Integração do Sistema da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde de modo a garantir cuidados de saúde primários, seguros e com qualidade a toda população moçambicana.

Objectivos específicos

- a) Promover o desenvolvimento da medicina tradicional e outras formas de medicina alternativas;
- b) Priorizar e desenvolver pesquisa na área de Medicina Tradicional;
- c) Promover o uso seguro e sustentável da medicina tradicional, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários;
- d) Incentivar a educação e treino dos médicos tradicionais e do pessoal de saúde convencional em medicina tradicional;
- e) Promover a análise conducente ao desenvolvimento de um ambiente regulamentar adequado ao reconhecimento do conhecimento da medicina tradicional que favoreça o seu enquadramento legal, à luz dos instrumentos internacionais, relativos aos direitos de propriedade intelectual, incluindo os direitos das comunidades indígenas;
- f) Assegurar a protecção da biodiversidade;
- g) Promover os aspectos preventivos da Medicina Tradicional.

7. Princípios

A presente Política Nacional de Medicina Tradicional assenta na aceitação e aplicação dos seguintes princípios:

- a) Acesso generalizado aos serviços de saúde

Todo o cidadão tem direito ao acesso a serviços de saúde seguros e com qualidade.

- b) Mobilização do conhecimento local

A política preconiza o princípio de integração dos conhecimentos tradicionais, crenças, normas, tabus, regras e atitudes relevantes para o melhoramento das condições de saúde da população.

Os médicos tradicionais são detentores de conhecimentos de grande valor para a prestação dos serviços de saúde. Estes conhecimentos devem ser estudados e valorizados e preservados.

- c) Garantia de qualidade

Os serviços de saúde fornecidos pela medicina tradicional devem obedecer a exigências de qualidades e de modo a não prejudicar a saúde do utente.

- d) Respeito pelos valores éticos

A prática da medicina tradicional deverá respeitar os mesmos princípios de ética preconizados pela medicina convencional, entre os quais a garantia da segurança, privacidade e confidencialidade dos utentes.

- e) Sustentabilidade

O exercício da medicina tradicional enquanto parte integrante do património cultural dos moçambicanos, deverá respeitar a conservação da biodiversidade e preservar a sustentabilidade dos recursos naturais.

8. Estratégia de implementação

Para atingir os objectivos da presente Política, o Governo vai adoptar e implementar acções estratégicas nos seguintes domínios:

8.1. Institucional

A institucionalização da medicina tradicional deve contribuir para alcançar o objectivo primário de Saúde Para Todos, através da optimização do uso de medicina tradicional. Assim, a institucionalização deve ser vista como a formalização da medicina tradicional no Sistema e Serviço Nacional de Saúde.

Para o efeito o Governo investigará que quadro institucional servirá melhor os objectivos da política.

A institucionalização requer também, aspectos organizacionais que incluem o estabelecimento de uma legislação e regulamentação da actividade da medicina tradicional, a defesa dos direitos de propriedade de conhecimento local e das comunidades e a alocação de recursos adequados.

Igualmente, devem ser criados mecanismos para facilitar a concepção e o desenvolvimento de estratégias e planos para incentivar o cultivo, a produção local e o uso racional de medicamentos tradicionais, bem como promover a colaboração entre os médicos tradicionais e médicos convencionais em aspectos como, referência de doentes, troca de informação e promoção de investigação, mormente nas áreas de pesquisa sobre a eficácia, segurança e qualidade de medicamentos e tratamentos tradicionais.

Ainda dentro deste contexto, será prioridade do Governo encorajar a criação de organismos profissionais para a medicina tradicional que, de entre outras acções, ocupar-se-ão da elaboração de códigos de conduta e de ética, a definição de normas e padrões, identificação, registo e a creditação dos médicos tradicionais qualificados.

8.2. Advocacia e divulgação

A estigmatização de que foi vítima a prática da medicina tradicional, ao longo de vários séculos, faz com que os cidadãos, principalmente nos centros urbanos, tenham atitudes e comportamentos de não valorização dos serviços de saúde prestado por este sistema.

Por essa razão, a prática da medicina tradicional não ocupa o seu devido lugar nos programas de saúde, apesar desta ser reconhecida como a primeira alternativa para mais de 60 por cento da população moçambicana que a ela recorre para a satisfação das suas necessidades nos cuidados de saúde primários.

Face a este cenário, por um lado, o Governo deve advogar a favor da medicina tradicional, divulgando a informação pertinente sobre atitudes e práticas positivas e o abandono das más práticas. Por outro lado, devem ser promovidas outras formas de divulgação tais como seminários, "fora" e colóquios que visam debater o valor e o papel da medicina tradicional.

8.3. Pesquisa

A prática da medicina tradicional ainda não foi suficientemente estudada. Um dos aspectos cruciais que carece de base científica é a validação e estandarização de medicamentos e produtos tradicionais. Daí urge a necessidade de se potenciar a investigação nesta área.

Deste modo, o Governo, em colaboração com parceiros nacionais e internacionais, fomentará a realização de pesquisas que contribuam para o melhor conhecimento das práticas médicas e a validação de medicamentos tradicionais. Para melhor implementação desta política, o Governo tomará iniciativas no sentido de apoiar as instituições do ensino superior e técnico a desenharem actividades de formação e investigação nas áreas de medicina e farmacologia tradicional.

Por outro lado os saberes locais deverão ser integrados nos programas do sistema formal de educação.

8.4. Cultivo, Comercialização e Industrialização de Plantas Medicinais

A exploração desenfreada de plantas medicinais pode resultar na redução ou extinção das mesmas. Deste modo, a domesticação (cultivo) pode conduzir não só a uma redução do impacto da sobre-exploração das plantas selvagens, mas também ao incremento da sua produção por parte de cultivadores que as conhecem como fonte de produtos para uso medicinal.

A domesticação é um pré-requisito para a produção industrial. Por sua vez, a industrialização requer uma organização específica para o processamento da planta e do princípio activo, bem como a sua conversão num formato que possa ser aplicado aos doentes.

A comercialização formal e informal cria, para além dos possíveis impactos ecológicos, outros problemas tais como a ameaça do património genético nacional, poucos benefícios em termos de emprego e baixos rendimentos aos níveis local e nacional.

Assim o Governo deve adoptar mecanismos que garantam uma compensação para as comunidades rurais e aos praticantes da medicina tradicional, assim como a promoção de emprego com vista a gerar rendimentos a nível nacional. Estas acções deverão ser complementadas através da institucionalização de um quadro jurídico que assegure a protecção dos direitos de propriedade de conhecimentos locais.

8.5 Educação e Treino dos Médicos Tradicionais e do Pessoal de Saúde

No contexto da medicina tradicional, a educação e o treino constituem aspectos extremamente importantes para garantir a qualidade e segurança na prestação dos serviços de saúde. Deste modo, a acção do Governo deverá incidir sobre duas vertentes: incentivar a criação de escolas para a formação e educação dos médicos tradicionais e treinar o pessoal de saúde em matérias da medicina tradicional.

Para a sua formação, os médicos tradicionais deverão ser incentivados a criar escolas ou centros de formação. Esta medida visa, por um lado, a troca de experiências entre si e para a uniformização das metodologias de trabalho e sua capacitação e por outro lado a possibilidade de uma melhor colaboração entre a investigação científica e a medicina tradicional de forma a garantir o seu desenvolvimento.

No que concerne ao treino do pessoal da saúde, este deverá centrar-se em aspectos práticos relacionados com o uso de medicamentos e técnicas tradicionais de comprovada eficácia. Neste contexto, aspectos relevantes para a formação deverão constar não só nos "currículos" de escolas ligadas à saúde, mas também nos programas de instituições de ensino superior, possibilitando a pós-graduação (mestrado, especialidade e doutoramento) em áreas ligadas à medicina tradicional.

Os Médicos Tradicionais seleccionados devido à sua experiência e idoneidade comprovadas devem ser convidados a apresentar e discutir os seus trabalhos com estudantes, professores e o público interessado.

Os aspectos de complementariedade relevantes dos sistemas convencionais e tradicionais de saúde, deverão ser enfatizados de modo a promover respeito profissional mútuo.

8.6. Direito de Propriedade do Conhecimento Local na área de Medicina Tradicional

A integração da medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde inclui as práticas e os medicamentos tradicionais. Muitos produtos da medicina tradicional têm base na biodiversidade local. Os médicos tradicionais usam os seus conhecimentos para formular várias receitas para o controle das doenças prevalentes dentro das suas comunidades.

Torna-se por isso necessário que o Governo promova um diálogo permanente de forma a assegurar a implementação de instrumentos internacionais para identificação de elementos essenciais para o registo do conhecimento da Medicina Tradicional, com vista a garantir a sua protecção.

Torna-se igualmente imperioso que o governo formule leis de protecção de direitos de propriedade de conhecimentos de medicina tradicional, tendo em conta os conhecimentos individuais dos praticantes da medicina tradicional ou das comunidades com vista a assegurar equidade na partilha de benefícios ou procedimento resultantes da utilização comercial de produtos baseado nos conhecimentos desta medicina.

É importante também que as leis sobre a protecção da biodiversidade considerem o facto de que muitas plantas medicinais ocorrem em zonas ecológicas que abarcam outros países.

8.7. Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Medicina Tradicional

A cooperação entre povos e nações permite a troca de experiências, um melhor conhecimento e respeito mútuos. Por isso, a cooperação entre instituições intervenientes no domínio da medicina tradicional desempenha um papel fundamental na advocacia e desenvolvimento desta medicina.

A implementação da presente política exige uma colaboração concertada entre as diversas instituições, quer ao nível nacional, quer ao nível internacional. Para este propósito, ao Governo compete incrementar e promover o intercâmbio e a troca de informações e experiências com e entre instituições afins sobre matérias relevantes da medicina tradicional.

Na prossecução destes objectivos, a cooperação técnica deverá priorizar o estabelecimento de protocolos para a investigação, formação de quadros e facilitação do acesso as bases de dados existentes noutros países.

Deverá ainda possibilitar a troca de experiências entre médicos tradicionais a nível internacional, privilegiando os países da região africana.

9. Intervenientes

9.1. *Papel do Governo*

O papel do Ministério da Saúde como órgão de tutela, será o de planificar, coordenar e dirigir o processo da institucionalização da medicina tradicional, para além de mobilizar recursos adicionais indispensáveis para apoiar e facilitar a formação de profissionais de saúde em matéria de medicina tradicional.

A multi-sectoriedade e multi-disciplinaridade exigem do sector de saúde a coordenação com as demais instituições para o sucesso na realização dos objectivos fixados na Política Nacional da Medicina Tradicional.

Os sectores da Educação, Ciência e Tecnologia, Cultura, Informação e Comunicação deverão ser envolvidos em processo de desenvolvimento e promoção da cultura e práticas tradicionais, assim como o da educação das populações, de modo a lhes proporcionar capacidade de fazer as escolhas acertadas, no que se refere ao uso da medicina tradicional.

Os sectores de Coordenação para Acção Ambiental, Agricultura e Desenvolvimento Rural, Administração Estatal e Comércio e Indústria terão um papel importante a desempenhar na conservação de plantas medicinais, produção local, comércio de medicamentos tradicionais, bem como na garantia do seu registo e patenteamento.

9.2. *Parceiros*

A sociedade civil, representada por organizações da sociedade civil, organizações não-governamentais e sócios-profissionais, organizações sindicais, organizações de base da comunidade, etc. As Agências de Cooperação para o Desenvolvimento, o sector privado e as instituições de investigação têm um papel e uma responsabilidade na institucionalização da medicina tradicional, devendo actuar em coordenação e complementariedade com as associações de médicos tradicionais, na optimização do uso da medicina tradicional.

Muitos parceiros estão em condições para apoiar e facilitar aspectos específicos da implementação da Política Nacional da Medicina Tradicional, em áreas relacionadas com a investigação e conservação de plantas medicinais e desenvolvimento da produção local.

10. Monitoria e avaliação

Compete ao governo, através do Ministério da Saúde, e em colaboração com as associações dos praticantes de medicina tradicional proceder a avaliação e monitoria do processo da sua implementação, de acordo com indicadores a serem definidos.

MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS

Diploma Ministerial nº 62/2004

de 14 de Abril

O Decreto nº 24/2003, de 20 de Maio, estabelece o regime regulamentar geral aplicável à emissão e colocação dos Bilhetes do Tesouro no mercado monetário.

O referido Decreto delega na Ministra do Plano e Finanças faculdades para, por diploma ministerial, fixar e rectificar o montante máximo de Bilhetes do Tesouro a serem emitidos durante o exercício económico e definir instruções técnicas relativas à contabilização e ao controlo e gestão do serviço da dívida emergente da emissão e colocação dos Bilhetes do Tesouro no mercado monetário.

Nestes termos e no uso das faculdades atribuídas pelos artigos 5 e 11, nº 2, ambos do Decreto nº 24/2003, de 20 de Maio, a Ministra do Plano e Finanças determina:

Artigo 1. Durante o exercício económico de 2004, a emissão de Bilhetes do Tesouro terá como limite máximo o montante de três mil trezentos bilhões de meticais.

Art. 2. Os Bilhetes do Tesouro serão representados por valores mobiliários escriturais, não havendo por isso lugar à emissão física de títulos.

Art. 3. Na data de emissão de Bilhetes do Tesouro, o Banco de Moçambique, no exercício das suas funções como Caixa do Estado, debitará a conta de cada uma das instituições subscritoras da emissão pelo valor das respectivas subscrições e creditará a conta do Estado, devendo este produto, ser receitado na contabilidade do Estado através de um modelo de receitação apropriado.

Art. 4. O serviço da dívida dos Bilhetes do Tesouro, nomeadamente o pagamento de juros e reembolso do capital compete ao Ministério do Plano e Finanças, devendo os juros serem pagos através da rubrica orçamental "Encargos da Dívida" e o capital, por operações de tesouraria.

O presente diploma ministerial entra imediatamente em vigor.

Ministério do Plano e Finanças, em Maputo, 24 de Março de 2004. — A Ministra do Plano e Finanças, *Lúsa Dias Diogo*.

Anexo B

31 DE JULHO DE 2002

157

- f. Educação nutricional, promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais;
 - g. Prevenção e controlo das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta;
 - h. Diagnóstico clínico (com ou sem apoio laboratorial) e tratamento das afecções correntes;
 - i. Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos traumatismos mais vulgares;
 - j. Distribuição de medicamentos essenciais;
 - k. Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios periódicos.
4. Compete ainda aos Centros de Saúde a:
- l. Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de Saúde e de saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da Área de Saúde (Aldeias e Localidades);
 - m. Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível.
 - n. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

SECÇÃO II

ARTIGO 3

(Tipos de Centro de Saúde)

1. Os Centros de Saúde classificam-se em Urbanos e Rurais. Os Centros de Saúde Urbanos localizam-se em zona urbana e, em princípio, os Centros de Saúde Rurais localizam-se em zona rural. Porém os Centros de Saúde com internamento, que servem essencialmente a populações rurais, são considerados Centros de Saúde Rurais, mesmo quando situados em centros urbanos (Vilas).

2. Os Centros de Saúde Rurais são de dois tipos (I e II) conforme o grau de complexidade técnica da sua infra-estrutura física e da sua organização e equipamento conforme a sua dotação de pessoal e a população a servir na sua Zona de influência directa. Eles traduzem sub-níveis de atenção primária de Saúde.

3. O Centro de Saúde de tipo II é a mais pequena unidade sanitária que dispensa Cuidados de Saúde Primários em meio rural, enquanto o Centro de Saúde de tipo I é o Centro de Saúde mais diferenciado e de maiores dimensões, também em meio rural.

4. Os Centros de Saúde Urbanos são de 3 tipos (A, B e C), conforme a população a servir num raio de 1 a 4 Km. Qualquer deles pode ter ou não ter Maternidade.

5. O Centro de Saúde de tipo C é a mais pequena unidade sanitária que dispensa Cuidados de Saúde Primários em meio urbano, enquanto o Centro de Saúde de tipo A é o Centro de Saúde mais diferenciado e de maiores dimensões, também em meio urbano.

ARTIGO 4

(Centro de Saúde Rural Tipo II)

1. O Centro de Saúde Rural Tipo II destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa, compreendidas entre 7.500 e 20.000 habitantes. Localiza-se em sedes de Postos Administrativos pouco populosos e em sedes de Localidade ou outros aglomerados populacionais em que a população é

2. No cumprimento da sua função de dispensar Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde Rural Tipo II realizará as seguintes tarefas:

- 2.1. Acções de mobilização social e de Educação para a Saúde compreendendo também a Educação Nutricional;
- 2.2. Acções educativas e promotivas de saneamento do meio ambiente, nomeadamente, no que respeita a construção de latrinas, luta contra vectores e correcta eliminação dos lixos, incluindo os gerados pela própria unidade sanitária;
- 2.3. Controlo da qualidade da água de beber, pela determinação qualitativa da presença de amoníaco, nitratos e nitratos na água não tratada e cloro residual na água tratada;
- 2.4. Saúde Materno-Infantil incluindo a planificação familiar e o programa alargado de vacinações:
 - a) Consultas preventivas as crianças de 0 a 4 anos;
 - b) Vacinações;
 - c) Rehidratação oral;
 - d) Consultas pré-natais (detecção de ARO) e pós-natais;
 - e) Planificação familiar;
 - f) Assistência ao parto.

2.1. Prevenção, controlo e vigilância das doenças endémicas locais mais comuns;

2.2. Consultas de medicina geral;

2.3. Tratamentos;

2.4. Atendimento de urgências e prestação de primeiros socorros;

2.5. Distribuição de medicamentos essenciais, que será feita nos próprios locais de consulta e por ocasião destas;

2.6. Recolha e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos do SIS, prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos e elaboração de relatórios periódicos;

2.7. Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível.

2.8. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

3. Para a realização das suas tarefas, o Centro de Saúde Rural Tipo II será dotado da equipa mínima seguinte:

a) Agente de Medicina	1
b) Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	1
c) Agente de Nutrição	1
d) Servente	1
Total	4

4. Enquanto não houver Agentes de medicina em número suficiente para cobrir as necessidades de todo o País, o Agente de Medicina poderá, temporariamente, ser substituído por um Enfermeiro básico ou elementar;

5. O Centro de Saúde Rural Tipo II terá as seguintes características físicas infra-estruturais mínimas:

5.1. Sala para SMI/PAV, sala para Consultas de Medicina Geral (atendimento externo, com pequeno espaço para registos e arquivos médicos), sala para Tratamentos (injecções, pensos, etc.), pequeno depósito de medicamentos, zona de espera e Maternidade (Sala de Partos e pequena enfermaria de puérperas, com 3 camas, com

5.2. Por outro lado, terá ainda as seguintes instalações periféricas: Instalações sanitárias para o pessoal e o público, fonte de abastecimento de água e energia, Vedação e zona para aterro sanitário com incinerador ou fossa para lixo orgânico.

ARTIGO 5

(Centro de Saúde Rural Tipo I)

1. Centro de Saúde Rural Tipo I destina-se a servir populações, da sua zona de influência directa, compreendidas entre 16.000 e 35.000 habitantes. Localiza-se em sedes de distrito com pouca população e em sedes de Posto Administrativo ou de Localidade ou em qualquer outro lugar onde a população o justifique.

2. Centro de Saúde Rural Tipo I dispensará Cuidados de Saúde Primários, para o que realizará as seguintes actividades:

2.1. Acções de mobilização social e um programa sistemático de Educação para a Saúde, compreendendo também a Educação Nutricional;

2.2. Acções educativas, promotivas e de mobilização social para o saneamento do meio ambiente, nomeadamente no que respeita a construção de latrinas, luta contra vectores e correcta eliminação dos lixos, tomando todas as acções concretas para que os lixos gerados pelo próprio Centro de Saúde sejam apropriadamente eliminados;

2.3. Controlo da qualidade da água potável, pela determinação qualitativa da presença de amoníaco, nitratos, nitrato na água não tratada e cloro residual na água tratada;

2.4. Inspekções sanitárias aos estabelecimentos que comercializam e/ou manipulam alimentos, bem como exames médicos e inspekções de Saúde nomeadamente a trabalhadores, estudantes e desportistas;

2.5. Saúde Materno-Infantil incluindo a planificação familiar e o programa alargado de vacinações:

- a) Consultas preventivas as crianças de 0 aos 4 anos;
- b) Vacinações;
- c) Prevenção e controlo das afecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas, incluindo a Rehidratação oral;
- d) Consultas pré-natais (detecção de ARO) e pós-natais;
- e) Consultas de planeamento familiar;
- f) Assistência ao parto.

2.6. Prevenção, controlo e vigilância das doenças endémicas locais mais comuns, nomeadamente, malária, tuberculose, lepra, infecção pelo HIV, parasitoses, etc., tendo em conta as estratégias de luta definidas centralmente;

2.7. Consultas de medicina geral;

2.8. Prestação de cuidados de odontoestomatologia e desenvolvimento de acções promotivas e preventivas no quadro da Saúde Oral;

2.9. Tratamentos;

2.10. Atendimento de urgências e prestação de primeiros socorros;

2.11. Distribuição de medicamentos essenciais, que poderá ser feita directamente no local e no momento das consultas, mas que poderá também ser feita em local

2.12. Recolha, agregação e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos do SIS e prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos;

2.13. Elaboração de relatórios periódicos.

3. Para além destas actividades, no quadro dos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde Rural Tipo I terá ainda as seguintes tarefas:

3.1. Desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro da Saúde escolar;

3.2. Prestar cuidados de saúde de medicina geral em regime de internamento;

3.3. Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu Nível;

3.4. Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de saúde e de saneamento do meio realizados na comunidade e nas unidades sanitárias mais periféricas;

3.5. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos;

3.6. Para a realização das suas tarefas o Centro de Saúde Rural Tipo I será dotado da equipa mínima seguinte:

a) Técnico(a) de Medicina	1
b) Agente de Medicina	1
c) Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do meio	1
d) Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares	2 a 3
e) Enfermeiras de SMI (eventualmente uma Parteira)	2 a 3
f) Agente de Laboratório	1
g) Agente de Odonto-estomatologia	1
h) Agente de Farmácia	1
i) Agente de Radiologia	1
j) Agente de Administração de Unidades Sanitárias	1
l) Servente	3 a 5
Total	13 a 16

4. Enquanto não houver Técnicos de Medicina em número suficiente para cobrir as necessidades de todo o País, o técnico de medicina poderá, temporariamente, ser substituído por outro agente de medicina. Do mesmo modo, enquanto não houver Agentes de Laboratório em número suficiente para cobrir as necessidades de todo o País, o agente de laboratório poderá, temporariamente, ser substituído por um microscopista.

5. Sempre que se justificar, o Centro de Saúde Rural tipo I poderá ter um Médico.

6. O Centro de Saúde Rural Tipo I terá as seguintes características físicas infra-estruturais, mínimas:

6.1. Zona de Atendimento Externo, constituída por:

- a) Sala para SMI/P AV;
- b) Sala para consultas de medicina geral (com espaço para registos e arquivos médicos), espaços para triagem de adultos e de crianças;
- c) Pequeno laboratório com capacidade para realizar os testes laboratoriais compreendidos na descrição de tarefas do agente de laboratório;
- d) Sala para tratamentos (injecções, pensos, etc.);
- e) Pequeno depósito de medicamentos e zona de espera;
- f) Gabinete para consulta de odontoestomatologia com uma cadeira de odontoestomatologia.

6.2. Maternidade, constituída por:

- a) Uma sala para admissão;
- b) Observação e Posto de Enfermagem;
- c) Sala de Dilatação e de Partos (com uma divisória e 2 camas) e pequena enfermaria de purpúreas com um máximo de 6 a 8 camas, com respectivas instalações sanitárias.

6.3. Bloco de internamento com 10 a 18 camas constituído de:

- a) Enfermaria de mulheres e crianças e de homens;
- b) Posto de enfermagem e sala de tratamentos;
- c) Área para esterilização (que pode eventualmente ficar adstrita à Maternidade), quarto com uma cama de cuidados especiais e instalações sanitárias para os utentes de ambos os sexos.

6.4. Por outro lado, terá ainda espaço para as actividades de gestão e as seguintes instalações periféricas:

- a) Instalações sanitárias para público e pessoal (incluindo vestiários);
- b) Pequena cozinha;
- c) Pequena lavandaria manual;
- d) Pequeno armazém;
- e) Casa mortuária;
- f) Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de água corrente;
- g) Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de energia eléctrica (eventualmente com instalações para gerador);
- h) Vedação e passagens cobertas entre os diversos edifícios, e Zonas para tratamento dos lixos gerados pela Unidade Sanitária;
- i) Aterros sanitários e/ou Incinerador e/ou Fossa para lixo.

ARTIGO 6

(Centro de Saúde Urbano Tipo C)

1. O Centro de Saúde Urbano Tipo C destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa (de 4 Km de raio), compreendidas entre 10.000 e 25.000 habitantes. Localiza-se em Vilas ou em Bairros pouco populosos das Cidades em geral, nas suas periferias.

2. O Centro de Saúde Urbano Tipo C dispensará Cuidados de Saúde Primários, para o que realizará as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Rural Tipo II, conforme indicado no parágrafo 2 e respectivas alíneas do artigo 4 deste Diploma Ministerial. Contudo, a Assistência ao Parto só se fará nos Centros de Saúde Urbanos Tipo C que tiverem maternidade anexa.

3. Para além destas actividades, no quadro dos Cuidados de Saúde Primários o Centro de Saúde Urbano Tipo C poderá ainda desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro da Saúde Escolar.

4. Para a realização das suas tarefas, o Centro de Saúde Urbano dotado da equipa mínima seguinte:

- a) Agente de Medicina 1
- b) Enfermeira de SMI 1
- c) Enfermeira(o) 1
- d) Servente 1

5. O Centro de Saúde Urbano Tipo C poderá ainda beneficiar das visitas periódicas de outros trabalhadores da Saúde afectos a unidades sanitárias mais diferenciadas.

6. O Centro de Saúde Urbano Tipo C terá as seguintes características físicas infra-estruturais, mínimas:

- 6.1. Sala para SMI/PAV, sala para Consultas de Medicina Geral (atendimento externo) (com pequeno espaço para registos e arquivos médicos), sala para Tratamentos (injecções, pensos, etc.), pequeno depósito de medicamentos e zona de espera;
- 6.2. Quarto com uma ou 2 camas para que doentes, com necessidade de evacuação para uma Unidade Sanitária de referência, possam esperar a chegada do transporte respectivo;
- 6.3. Por outro lado, terá ainda as seguintes instalações periféricas: Instalações sanitárias para pessoal e público, Fonte de abastecimento de água e energia, Vedação e Zona para aterro sanitário com incinerador ou fossa para lixo orgânico.

ARTIGO 7

(Centro de Saúde Urbano Tipo B)

1. O Centro de Saúde Urbano Tipo B destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa (de 2 a 4 Km de raio), compreendidas entre 18.000 e 48.000 habitantes. Localiza-se em Vilas de grande densidade populacional ou em Bairros mais populosos das Cidades.

2. O Centro de Saúde Urbano Tipo B dispensará Cuidados de Saúde Primários, para o que realizará as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Rural Tipo I, conforme indicado nos parágrafos 2 e respectivas alíneas, do artigo 5 deste Diploma Ministerial. Contudo, a assistência ao parto só se fará nos Centros de saúde urbanos tipo B que tiverem maternidade anexa.

3. Para além destas actividades, no quadro dos cuidados de saúde primários, o Centro de saúde urbano tipo B terá ainda as seguintes tarefas:

- 3.1. Desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro da Saúde escolar;
- 3.2. Prestar cuidados de odontostomatologia e desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro da Saúde Oral;
- 3.3. Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível;
- 3.4. Supervisão e apoio logístico e técnico aos Centros de Saúde Urbanos Tipo C situados na sua zona de influência indirecta;
- 3.5. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

4. Para a realização das suas tarefas a Centro de Saúde Urbana Tipo B será dotado da equipa mínima seguinte:

- a) Técnico(a) de Medicina 1
- b) Agente de Medicina 1
- c) Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio 1
- d) Agente de odontostomatologia 1
- e) Enfermeira(o) 1
- f) Enfermeiras de SMI 2
- g) Agente de Laboratório 1
- h) Agente de Farmácia 1
- i) Escriurário(a)-Dactilógrafo(a) 1
- j) Serventes 3

Eventualmente o Centro de Saúde Urbano Tipo B disporá ainda de:

k) Agente de Administração de Unidades Sanitárias

5. Enquanto não houver Técnicos de Medicina em número suficiente para cobrir as necessidades de todo o País, o Técnico de Medicina poderá temporariamente ser substituído por um Agente de Medicina.

6. O Centro de Saúde Urbano Tipo B beneficiará ainda das visitas periódicas de outros trabalhadores da Saúde afectos a unidades sanitárias mais diferenciadas.

7. O Centro de Saúde Urbano Tipo B terá as seguintes características físicas infra-estruturais mínimas:

7.1. Zona de atendimento externo constituída por:

- a) Sala para SMI/PAV;
- b) Sala para Consultas de Medicina Geral (com espaço para registos e arquivos médicos);
Espaços para triagem de adultos e de crianças;
- c) Sala para consulta de odontoestomatologia;
- d) Pequeno laboratório com capacidade para realizar os testes laboratoriais compreendidos na descrição de tarefas do agente de laboratório;
- e) Sala para tratamentos (injecções, pensos, etc.);
- f) Depósito de medicamentos e respectivo posto de distribuição e zona de espera;
- h) Quarto com 2 camas para os doentes, com necessidades de evacuação para uma Unidade Sanitária de referência, possam esperar a chegada do respectivo transporte.

7.2. Por outro lado, terá ainda espaço para as actividades de gestão e as seguintes instalações periféricas:

- a) Instalações sanitárias para público e pessoal (incluindo vestiários);
- b) Pequeno armazém;
- c) Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de água corrente;
- d) Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de energia eléctrica;
- e) Vedação e, eventualmente, passagens cobertas entre os diversos edificios e Zonas para tratamento dos lixos gerados pela Unidade Sanitária;
- f) Aterros sanitários e/ou Incinerador e/ou Fossa para lixo orgânico.

ARTIGO 8

(Centro de Saúde Urbano Tipo A)

1. O Centro de Saúde Urbano Tipo A destina-se a servir populações da sua Zona de influência directa (de 1 a 4 Km de raio), compreendidas entre 40 000 e 100 000 habitantes. Localiza-se nas Cidades ou em Bairros destas, sempre que a densidade populacional o justificar.

2. O Centro de Saúde Urbano Tipo A realizará no essencial, as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Urbano Tipo B, conforme indicado nos parágrafos 2 e 3 e respectivas alíneas, do artigo 7 deste Diploma Ministerial. Contudo, o Centro de Saúde Urbano Tipo A servirá muito mais população e disporá dum

3. Para a realização das suas tarefas o Centro de Saúde Urbano Tipo A será dotado da equipe mínima seguinte:

a) Médico(a)	1
b) Agentes de Medicina	2 a 4
c) Técnico(a) de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio	1
d) Técnico(a) de Odontoestomatologia	1
e) Agentes de Odontoestomatologia	1 a 2
f) Enfermeiras(os)	4 a 5
g) Enfermeiras de SMI	5
h) Técnico(a) de Laboratório	1
i) Agentes de Laboratório	1 ou 2
j) Técnico(a) de Farmácia	1
k) Agentes e Farmácia	1 ou 2
l) Agente de Administração de Unidades Sanitárias	1
m) Escribas(as)-Dactilógrafos(as)	2 ou 3
n) Serventes	5 a 8
Total	26 a 36

Enquanto não houver Médicos em número suficiente para cobrir as necessidades de todo o País, um mesmo médico poderá cobrir 2 Centros de Saúde Urbanos Tipo A (2 dias e meio dias por semana em cada Centro de Saúde), ou poderá temporariamente, ser substituído por um Técnico de Medicina.

Adicionalmente, o Centro de Saúde Urbano Tipo A poderá ainda dispor do seguinte pessoal:

o) Técnico de Medicina	1
p) Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio	1
q) Técnico de Radiologia	1
r) Agente de Radiologia	1
Subtotal	1 a 4
Total geral	27 a 40

4. O Centro de Saúde Urbano tipo A terá as seguintes características físicas infra-estruturais, mínimas:

4.1. Zona de Atendimento externo, constituída por:

- a) Duas salas para consultas pré e pós-natais e de planeamento familiar;
- b) Salas para a componente de atenção à criança do programa SMI/PAV, com espaço suficiente para trabalharem simultaneamente 2 a 3 enfermeiras de SMI;
- c) Salas para Consultas de Medicina Geral, sendo uma para consulta do médico (simultaneamente para actividades de direcção), outra para consultas por Técnico de Medicina e 3 outras para triagem de adultos e de crianças;
- d) Sala para arquivo clínico com balcão para inscrição de doentes, acessível à sala de espera;
- e) Gabinete para o(a) Técnico(a) e eventualmente para Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio;
- f) Dois a três gabinetes para consulta de Odontoestomatologia com pelo menos 3 cadeiras de Odontoestomatologia;
- g) Área para esterilização;
- h) Laboratório com capacidade para realizar os testes laboratoriais compreendidos na descrição de tarefas do Técnico de Laboratório;
- i) Sala de Raios X com câmara escura anexa;
- j) Gabinete para atendimento aos doentes de tuber-

Anexo C

Questionário exploratório para as mulheres-mães

Ficha nº _____
Província _____ Localidade _____
Data: ____/____/20____
Contato: _____

1. Identificação:

Idade _____ (anos)
Local de Nascimento: _____
Estado Civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐ Vive maritalmente ☐
Profissão: _____
Escolaridade: Nenhuma ☐ Primária ☐ Secundário ☐ Superior ☐ Ens.Técnico ☐
Religião que professa: Nenhuma ☐ Católica ☐ Muçulmana ☐ Protestante ☐ Outras _____

2. Informações gerais

- 2.1. Local de residência: Casa própria ☐ Casa dos pais ☐ Casa alugada ☐ Casa dos sogros ☐
2.2. Tipo de residência: Alvenaria ☐ Madeira e Zinco ☐ Pau a pique ☐ Caniço ☐
2.3. Nº total de pessoas na casa: Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três ☐
2.4. Nº de pessoas na casa que trabalham: Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ☐ Mais de duas ☐
2.5. Principal fonte de renda: Salário ☐ Negócio próprio ☐ Governo (benefícios) ☐ Outros ☐ _____

2.6. Fonte de abastecimento de água: Fontenária ☐ Poço ☐ Torneira ☐ Chuva/Represa ☐ Rio/Lago ☐ Outros ☐

2.7. Fonte de abastecimento de energia: Electricidade ☐ Candeeiro ☐ Xipefu ☐ Outros ☐ _____

2.8. Qual é base de alimentação? Carnes ☐ Peixe ☐ Vegetais ☐ Legumes ☐ Arroz ☐ Milho ☐ Trigo ☐ Outros ☐

2.9. Que tipo de casa de banho possui? Com sanita ☐ Com latrina ☐
2.10. Como trata o lixo doméstico? Coloca no contentor ☐ Queima ☐ Enterra num buraco ☐
2.11. Geralmente como fez a delocação até ao Hospital/Centro de Saúde?
Caminhada a pé ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Carro ☐

3. Historial clínico e a relação com os serviços de saúde biomédico

- 3.1. Por quantas vezes já esteve grávida? _____
3.2. Quantos filhos têm? _____
3.3. Com quantos meses descobriu que estava grávida? 1ª (); 2ª (); 3ª (); 4ª (); 5ª (); 6ª ()
_____ meses
3.4. Quando iniciou o pré-natal? _____ meses.
3.5. Qual era o tempo de espera para ser atendida na US _____
3.6. A mãe é portadora de alguma doença que possa comprometer a saúde do seu bebé?
Sim ☐ Não ☐ Qual é a doença _____
3.7. Durante a gravidez já ficou hospitalizado (de baixa)? Sim ☐ Não ☐ ou
Acamada em casa? Sim ☐ Não ☐
3.8. Qual foi o motivo?
a. Dor no baixo-ventre ☐
b. Sangramento vaginal ☐
c. Corrimento vaginal ☐
d. Anemia ☐
e. Malaria ☐
f. Dificuldade de ter parto normal e terminar em operação (cesariana)? ☐

- g. Outros ☐ _____
- 3.9. Qual é primeiro tipo de solução que recorre para a resolução do problema com a saúde? Curandeiro ☐ Centro de Saúde/ Hospital ☐ Igreja ☐ Outros ☐ _____
- 3.10. O seu problema foi resolvido? Sim ☐ Não ☐ /
Observações _____

- 3.11. Tem confiança no hospital? Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐
- 3.12. É bem tratado no hospital? Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐
- 3.13. Acha que existe corrupção nas US/Hospitais? Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐

4. O Parto

4.1. Onde teve o parto?

- a. Em casa (própria) ☐
- b. Na US (Maternidade), Hospital ☐
- c. Na casa da matrona/parteira tradicional ☐
- d. Em casa duma parente (tia/avó, cunhada) ☐
- e. A caminho da maternidade ☐

4.2. Como caracteriza o seu tipo de parto?

- a) Normal ☐
- b) Cesariana ☐
- c) Ventosa ☐
- d) Pélvico ☐

4.3. Porquê escolheu ter o parto na US (Maternidade) / Clínica privada?

- a. A US fica perto de casa ☐
- b. É mais seguro ☐
- c. Por oferecer todas as condições necessárias ☐
- d. Para evitar ter complicações e não receber ajuda ☐
- e. Outros motivos ☐ (qual)? _____

4.4. A Mãe teve algum problema durante e/ou após o parto?

Não ☐ Sim ☐ / especifique _____

4.5. Qual foi o desfecho do problema?

- a. Ir a US (Centro de Saúde/hospital) ☐
- b. Permanecer em casa sob tratamento tradicional ☐
- c. Buscou ajuda junto de um líder espiritual ☐
- d. Melhoria espontânea ☐
- e. Óbito ☐ / Em caso de óbito o que aconteceu com o seu bebé morto? _____

Anexo D

Guião de entrevistas: experiências vividas pelas mulheres-mães

1. A gravidez

- 1.1. Antes de engravidar pela primeira vez desejava ter filhos? Porquê?
- 1.2. Quantos anos tinha quando ficou grávida pela primeira vez?
- 1.3. Como foi que descobriu que estava grávida?
- 1.4. Qual foi a sua reação ao saber que estava grávida?
- 1.5. À sua volta que expressões se usam para falar da gravidez?
- 1.6. Já ouviu falar de algum impedimento (risco da idade, problemas de saúde e etc.,) que impossibilitaria a mulher de engravidar?

2. O corpo: relação com saber científico e tradicional

- 2.1. Quais são os sintomas mais comuns de uma pessoa que esteja grávida?
- 2.2. Qual é a melhor altura para iniciar com o pré-natal? E porquê?
- 2.3. Porquê decidiu por fazer o acompanhamento pré-natal?
- 2.4. O que os médicos a aconselharam a fazer ou não fazer durante o período da gravidez?
- 2.5. Que tipo de aconselhamento recebeu da sua família quando esta soube da sua gravidez?
- 2.6. Percebeu algum tipo de conflito entre o que a família (tradição) dizia para fazer em relação ao que os médicos (ciência) diziam em relação a maneira como deveria se cuidar?
- 2.7. Quais os medicamentos/remédios tomou durante a gravidez? Pode nos dizer os nomes e a sua proveniência? Para qual finalidade os tomou?
- 2.8. Existe (iu) algum tipo de alimentos que teve que deixar de comer durante a gestação? E porquê?
- 2.9. Teve algum cuidado especial com a sua alimentação e a pele?
- 2.10. Durante a gravidez praticou algum tipo de atividade física?
- 2.11. Manteve relações sexuais durante a gravidez?
- 2.12. Quais foram as mudanças que o seu corpo sofreu durante e depois da gravidez?
- 2.11. Do que mais gostou, e do que menos gostou dessa mudança? Porquê?
- 2.12. Faz uso de algum método anticoncetivo? Se sim, qual?
- 2.13. A escolha do método anticoncetivo é feita por si ou é em conjunto parceiro?

3. Experiência do parto

- 3.1. Como descreveria o ambiente da sala de parto?
- 3.2. O que os médicos e as enfermeiras-parteras lhe diziam para fazer ou não fazer?
- 3.3. Sofreu algum tipo de violência (verbal, física)? Se sim, descreva a situação.
- 3.4. Durante o parto tomou algum tipo de medicação? Se sim qual e para quem fim?
- 3.5. Em que posição estava quando expeliu a criança para fora?
- 3.6. Se pudesse escolher outra posição qual seria?
- 3.7. Como foi o seu parto e como o caracteriza?
- 3.8. Se tivesse a opção de escolher entre o parto normal e o parto por cesariana por qual destes optarias? Porquê?
- 3.9. Alguma vez pensou em ter o seu parto fora da US/Hospital? Porquê?
- 3.10. Chegou a ter a companhia de algum familiar dentro da sala do parto? Se sim, de quem?
- 3.11. Gostaria que o seu parceiro estivesse presente na sala do parto no momento do nascimento do bebé? Porquê?

4. A maternidade: modelos de referências e representações

- 4.1. Quem mais a aconselhou com os cuidados a ter durante a gravidez (a sua família, do seu parceiro, outras pessoas)?
- 4.2. O enxoval do bebé é preparado antes ou depois do seu nascimento? E porque?
- 4.3. Qual é melhor altura para escolher o nome do bebé?
- 4.4. Quais os principais cuidados que se deve ter com um recém-nascido? (alimentação, medicação).
- 4.5. Alguma vez chegou a evitar uma “pessoa quente” (impura) segura-se no seu bebé? Porquê?
- 4.6. Até que ponto o seu parceiro a acompanhou durante o período em que esteve grávida?
- 4.7. Percebeu alguma mudança na forma como as pessoas a tratam (tratavam) no decurso da gravidez? Se sim, o que elas diziam ou faziam?
- 4.8. Quais os cuidados passou a ter consigo depois que se tornou mãe?
- 4.9. O que mudou na sua vida depois que se tornou mãe?
- 4.10. Alguma postura sua já foi recriminada pelo facto de você ser mãe?
- 4.10. Na sua opinião acha que as pessoas (sociedade) espera que a sua conduta mude pelo facto de ser mãe? Se sim, qual seria o modelo de comportamento esperado?

Anexo E

Guião de entrevista para os homens-pais

Ficha nº _____

Província _____ Localidade _____

Data: ____/____/20____

Contacto: _____

I. Identificação

Idade ____ (anos)

Local de Nascimento: _____

Estado Civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐ Vive Maritalmente ☐

Profissão: _____

Escolaridade: Nenhuma ☐ Primária ☐ Secundário ☐ Superior ☐ Técnico ☐

Religião que professa: Nenhuma ☐ Católica ☐ Muçulmana ☐ Protestante ☐ Outras ☐ _____

Perguntas:

1. 1. Quem provê o sustento da família?
 2. 2. A sua companheira trabalha ou faz algum tipo de negócio para ajudar nas despesas?
 3. 3. Quem decide como o dinheiro deve ser gasto?
 4. 4. Quem geralmente vai fazer as compras para a casa?
 5. 5. Quando ocorrem problemas com o casal que geralmente vós ajuda a resolver?
 6. 6. Quando ocorre qualquer problema de saúde para além de ir ao hospital procura ajuda em curandeiros ou igrejas?
 7. 7. Aconselharia a sua parceira a ir a procurar por cuidados de um curandeiro ou igreja?
 8. 8. Qual foi a sua primeira reação ao saber que sua parceira estava grávida?
 9. 9. Que tipo de assistência prestou a sua parceira durante o período gestacional?
 10. Durante a gravidez mantiveram relações sexuais?
 11. Quem acompanhou a sua mulher a maternidade no dia do parto?
 12. Se tivesse oportunidade gostaria de acompanhá-la durante o parto? Porquê?
 13. O casal costuma decidir em conjunto qual é melhor método contraceptivo a adotar? Se sim qual?
 14. Que tipo de comportamento desaconselha para uma mulher que esteja grávida ou que já seja mãe?
 15. Costuma ter preferências pelo sexo da criança?
 16. Quem decidiu a escolha do nome no bebé, e quando isso ocorreu?
 17. O seu filho(a) tomou o remédio da Lua?
 18. Realmente acredita que uma pessoa “quente” pode causar mal-estar no bebé?
 19. Numa escala de 0 a 10 indique quantas vezes desempenhou as seguintes funções com filhos menores de 1 ano
- a) a) Deu comida ☐
- b) b) Trocou a fralda ☐
- c) c) Levou a roupa do bebé ☐

Anexo F

Folha de informação do participante

Você está a ser convidado pela Mestre Clélia Francelina Ozias Pondja, a participar numa pesquisa de estudo denominada: “*A Mulher em Maputo: Dimensões Antropológicas de Género e Reprodução*”.

I. Justificativa do estudo

O presente estudo propõe-se evidenciar dimensões cognitivas e simbólicas na resolução de complicações obstétricas, em especial as relacionadas com o parto, a maioria das quais não podem ser prevenidas. Constituem a principal causa de morte materna e perinatal; pretendemos dissecar o modo como abordagens biomédicas em relação ao parto subjugam outras formas de saber. O desafio que se impõe ao estudo é a interpretação do sistema normativo cultural da gravidez/parto tal como é percecionado e experienciado pelas mulheres residentes na Província de Maputo, nos distritos municípios de KaMpfumo e KaTembe. Mas também se pretende demonstrar como é que o *corpus* de conhecimento da ação biomédica se articula com o *corpus* de conhecimento de ação dita tradicional vivido pelos indivíduos que fazem uso dos mesmos, de forma a compreender como os informantes lidam com essas duas realidades e as contradições que se estabelecem entre elas.

II. Este estudo tem como objectivo

- Identificar e analisar a influência que exercem os fatores socioculturais na construção de formas de pensar e agir frente a questões de saúde, género, e reprodução da mulher em Moçambique.
- Caracterizar e interpretar o modo como o sistema de representações simbólicas (valores, crenças, tabus, mitos e estereótipos sociais) ligadas à concepção (gravidez/parto) são percecionadas e experienciadas pelas mulheres desses dois distritos municipais.

- Demonstrar de que maneira o *corpus* de conhecimento da ação biomédica se articula com o *corpus* de conhecimento de ação dita tradicional no que toca ao processo de gravidez, de forma a compreender como as informantes lidam com essas duas realidades, e as contradições que se estabelecem entre elas.

O Senhor (a) foi indicado como uma pessoa elegível para participar neste estudo porque pode ajudar a responder as questões relevantes para o estudo em curso. Por isso, gostaríamos de aproveitar a nossa visita ao seu local de trabalho e a sua comunidade para lhe fazer algumas perguntas de modo a conhecermos como lidam com as situações acima descritas.

III. Se concordar em participar neste estudo, será sujeito aos seguintes passos:

- a. Terá que aceitar responder a todas as perguntas do questionário e da entrevista (semiestruturada) onde poderá falar abertamente sobre as suas experiências sobre o que lhe está sendo perguntado (a). Esta atividade não deverá exceder uma (1) do seu tempo e, cada questionário e entrevista será identificado com um número e nome fictício;
- b. Todos os dados obtidos serão usados exclusivamente com a finalidade desta pesquisa; Você é livre de se recusar a participar na pesquisa;
- c. A pesquisa não envolve nenhum tipo de risco para si;
- d. A pesquisadora do projecto de estudo, a Mestre Clélia Francelina Ozias Pondja estará sempre disponível para qualquer dúvida ou eventuais esclarecimentos através do telefone: 824182503.

Maputo, ____de_____de 20_____

Anexo G

Termo de consentimento informado

Eu _____,

declaro que fui devidamente informado(a) em relação à pesquisa chamada “*A Mulher em Maputo: Dimensões Antropológicas de Género e Reprodução*”. Entendendo que não haverá riscos decorrentes da minha participação na pesquisa, estou ciente que as informações obtidas serão sigilosas e usadas apenas para os fins da pesquisa. Por isso aceito participar voluntariamente neste estudo.

Maputo _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Assinatura da testemunha (se for aplicável)

Anexo H

Guião de entrevista para os profissionais da saúde (medico génico-obstetra, enfermeira, e parteira de saúde materna e infantil)

Ficha nº _____ Data _____

Idade _____ Naturalidade _____ Profissão/Especialização _____ Tempo de
exercício da profissão _____ Religião _____ Estado
civil _____

Língua(s)/Dialecto(s) _____

I. Cuidados de saúde

1. Quais são principais atividades desempenhadas pelo Centro de Saúde?
2. Qual é o tipo de atendimento que vocês prestam as mulheres grávidas?
3. A partir de que período da gravidez as mulheres iniciam o pré-natal?
4. Quais os motivos levam as futuras mães a iniciarem o acompanhamento nesse período?
5. Caracterize os indivíduos que procuram este tipo de serviços.
6. Quais os locais mais frequentes para tratamento de complicações durante a gravidez?
7. Quais são as doenças mais frequentes em gestantes? Quais são as mais e as menos graves? Porquê?
8. Como é que se manifestam?
9. Qual é tipo de assistência e intervenções prestadas?
10. Quais são os medicamentos recomendados para o seu tratamento? Como é que se procede o tratamento?
11. Onde é que são adquiridos os referidos remédios? Qual é o seu custo?
12. Quem é que geralmente cuida das gestantes doentes?
13. Para além da medicação e cuidados hospitalares, existem outros medicamentos para tratar doenças em gestantes? Quais? Como? Porquê?
14. Conte-nos o seu conhecimento pessoal sobre os percursos feitos pelas mães na procura de soluções terapêuticas para o seu estado de saúde.
15. Os profissionais de saúde incentivam o uso paralelo de outros meios terapêuticos na resolução de certos tipos de problemas?

II. O Parto

1. Quais são as complicações obstétricas mais frequentes?
2. Como são contabilizados os números de partos realizados dentro do Centro de Saúde?
3. Das gestantes que fazem o pré-natal na Unidade Hospitalar, qual é o percentual das que dão a luz na esfera doméstica? E Quais as razões?
4. Como caracterizam os tipos de partos?
5. Quem realiza os partos?
6. Quem está habilitado a fazer parte do ato do trabalho de parto?
7. A paciente tem o poder de expressar a sua vontade na forma como deseja dar a luz (parto normal/parto induzido)?
8. Quais são as queixas mais frequentes das gestantes?
9. Quais são as recomendações dadas as futuras mães durante o trabalho de parto?
10. Existem regras básicas que a mulher deve seguir dentro da Unidade Hospitalar logo que inicia o trabalho de parto?
11. Existem parteiras que trabalham fora da Unidade Hospitalar? Se sim, qual é o tipo de formação que estas recebem?
12. O que dizem os profissionais da área da saúde acerca dos partos realizados na esfera doméstica?
13. Na impossibilidade de chegar a tempo a uma Unidade Hospitalar, qual seria a maneira mais segura para a mulher ter o seu bebé?

III. Cuidados com as crianças

1. Quais são os cuidados que as mães devem ter com os recém-nascidos?
2. Como deve ser tratado o umbigo de um bebé?
3. Qual é o tipo de medicação aconselhada para crianças até 1 ano de vida?
4. Os profissionais da área da saúde aconselham a mãe a dar o remédio da lua a criança? A partir de quanto tempo de vida?
5. Acredita que uma pessoa que acabou de ter relações sexuais (que esteja quente) pode causar mal-estar na criança?

Guião de entrevista para a parteira tradicional

Data_____

Idade_____Naturalidade_____Profissão/Especialização_____Tempo de
exercício da profissão_____Religião_____Estado
civil_____

Lingua(s)/Dialecto(s)_____

I. Questões gerais

1. A quantos anos mora na comunidade
2. Quantos filhos têm?
3. Onde teve os seus filhos (casa, hospitais/CS)? Porquê?
4. Quem fez os seus partos?
5. Tem confiança nos Hospitais e CS?

II. Experiência como parteira

1. Quando foi a primeira vez que fez um parto?
2. Quem lhe ensinou a fazer os partos?
3. Alguma vez já participou de uma formação para parteira organizada pelo MISAU? Se sim, em que consistia a formação?
4. Quantos partos já realizou até o dia de hoje?
5. Quais são os instrumentos necessários para realizar um parto em casa?
6. Qual é o melhor local da casa para realizar o parto?
7. Quem geralmente a ajuda quando vai fazer o parto?
8. Em regra quanto cobra por este tipo de serviço?
9. Já recusou fazer algum parto? Se sim, porquê?
10. Faz alguma diferença em realizar parto de uma pessoa conhecida ou desconhecida?
11. Durante o trabalho de parto costuma a dar algum medicamento para a mãe beber, comer ou passar no corpo? Se sim, qual?
12. Quando o trabalho de parto se torna difícil ou demorado o que costuma fazer para ajudar a criança a sair?
13. Como interpreta a situação em que a criança nasce pelos pés?
14. E quando a placenta da mãe demora a sair do corpo o que é de costume fazer? E depois o que é feito com a placenta?
15. Quando ocorre hemorragia o que costuma fazer para para-la?
16. Já ocorreu alguma situação onde o trabalho de parto terminou em óbito da mãe ou da criança? Se sim, porque acha que isso aconteceu? E o que foi feito depois?
17. Quais são os cuidados que se devem ter com o recém-nascido? E porque?
18. Para além de ajudar as mulheres a terem os seus filhos, também costuma a aconselha-las a irem ao Posto de Saúde? Porquê?

Guião de entrevista para a curandeira

Ficha nº _____	Data _____
Idade _____	Naturalidade _____
Profissão/Especialização _____	Tempo de
exercício da profissão _____	Religião _____
Estado	civil _____
Lingua(s)/Dialecto(s) _____	

1. Quais são as situações mais frequentes que as mulheres grávidas procuram os serviços dos curandeiros?
2. Como essas mulheres chegam até si?
3. Quais são as doenças mais frequentes que estas mulheres apresentam? Como é que se manifestam? Quais as mais graves e as menos graves? Porquê?
4. Qual são os medicamentos que recomendam para o seu tratamento? Por que razão? Como é que se procede o tratamento? E por quem?
5. Esses medicamentos têm algum significado? Qual?
6. Onde é que são adquiridos os referidos remédios? Qual é o seu custo?
7. Qual é o percurso dos remédios até chegarem ao consumidor final? (da extração ao consumo)
8. Para além desses remédios, existem outros medicamentos que tratam doenças de mulheres grávidas? Quais? Por que razão?
9. Pela sua experiência conte-nos quais foram as situações que não conseguiu solucionar o problema apresentado pela paciente. E porquê?

Guião vendedor de medicamentos tradicionais

Data _____	
Idade _____	Sexo _____
Naturalidade _____	Profissão/Especialização _____
Tempo de	
exercício da	profissão _____
Religião _____	Estado
civil _____	Lingua(s)/Dialecto(s) _____

1. O senhor ou senhora, fez algum curso para poder exercer este ofício? Se sim, onde e quanto tempo durou a formação?
2. Foi necessário alguma autorização formal para poder exercer esta atividade?
3. Onde adquire os seus produtos, e qual é o seu custo?
4. Qual é o percurso dos remédios até chegarem ao consumidor final? (da extração ao consumo)
5. Conhece a eficácia e o prazo de validade de cada um dos medicamentos que aqui vende?
6. Quem mais frequentemente procura os seus serviços, as mulheres ou os homens?
7. Como essas pessoas chegam até si?
8. Antes de efetuar a venda do medicamento ao cliente faz algum tipo de consulta?
9. Tem alguma restrição de idade das pessoas que podem adquiram os seus produtos?
10. Existe algum medicamento que ajuda uma mulher a engravidar? e como esta deve proceder com o tratamento?
 - (1) _____ finalidade _____
 - (2) _____ finalidade _____
 - (3) _____ finalidade _____
 - (4) _____ finalidade _____
 - (5) _____ finalidade _____
11. Já atendeu mulheres grávidas que estivessem algum problema de saúde e buscassem solução aqui? Se sim, quais são os sintomas mais frequentes nestas mulheres? Quais as mais graves e as menos graves? Porquê?
12. Qual são os medicamentos que recomendam para o seu tratamento? Como é que se procede o tratamento? E por quem?
13. Esses medicamentos têm algum significado? Qual?
14. Para além desses remédios, que aqui comercializa, existem outros medicamentos que tratam problemas decorrentes da gravidez? Quais? Por que razão?
15. Pela sua experiência conte-nos quais foram as situações que não conseguiu solucionar o problema apresentado pela cliente. E porque?
16. Tem uma ideia de quantas mulheres já o procuraram este ano para solucionar problemas ligados a gravidez?

Anexo I

Grelha de tratamento das entrevistas das mulheres-mães

1. Identificação da entrevistada	
Nome	
Idade	
Local de Nascimento	
Estado civil	
Escolaridade	
Profissão	
Religião	
Nº total de gravidezes	
Nº total de filhos vivos	
Data e local da entrevista	
2. Informações gerais	
Local de residência	
Tipo de residência	
Nº total de pessoas na casa	
Nº de pessoas que trabalham na casa	
Principal fonte de renda	
Fonte de abastecimento de água	
Fonte de abastecimento de energia	
Fonte tratamento do lixo	
3. Historial Clínico	
3.1. Qual é o primeiro tipo de ajuda que recorre quando está com algum problema de saúde?	
Hospital	
Curandeiro	
Igreja	
Outros	
3.2. Como faz a deslocação até ao Hospital/ Unidade Sanitária?	
Carro	
Motocicleta	
Bicicleta	

A pé	
3.3. Tem confiança nos hospitais/US?	
Sim	
Maios ou menos	
Não	
3.4. É bem tratado nos hospitais/US?	
Sim	
Mais ou menos	
Não	
3.5. Acha que nos US/Hospitais existe corrupção?	
Sim	
Maios ou menos	
Não	
3.6. Com quantos meses descobriu que estava grávida?	
No 1º Mês	
No 2º Mês	
No 3º Mês	
Com mais de 3 meses	
3.7. Quando iniciou o pré-natal?	
A partir do 1º a 1/5 (um mês e meio)	
No 2º mês	
No 3º mês	
Depois do 3º mês	
3.8. Qual era o tempo de espera para ser atendida na US	
De 15min a 30min	
De 30 min a 1 hora	
Mais de 1 hora	
3.9. A mãe tinha /tem alguma doença que possa comprometer a saúde do bebé? Se sim, Qual?	
Sim	
Não	
3.10. Durante a gravidez já ficou hospitalizada? Por qual o motivo?	
Sim	

Não		
3.11. O problema foi resolvido? Qual foi o desfecho?		
Sim		
Não		
3.12. Onde teve o parto?		
Na maternidade do Hospital/US		
Na clínica		
A caminho da maternidade		
Em casa		
3.13. Que tipo de parto teve?		
Normal		
Cesariana		
3.14. Porque teve o parto no hospital/Clínica/US e não em casa?		
No hospital é mais seguro		
Tem melhores condições		
Para evitar riscos		
Teria ajuda rápida		
Porque as pessoas dizem para ir ao Hospital		
3.15. A mãe teve algum problema durante e/ ou pós o parto? Qual foi o seu desfecho?		
Sim		
Não		
Entrevistas: experiências vividas pela mulher-mãe		
Palavras-chave	Transcrição	Comentários
4. A Gravidez		
4.1. Antes de engravidar pela primeira vez desejava ter filhos? Porquê		
Sim, é normal que toda a mulher sonhe com a maternidade por esse ser o ponto alto da sua feminilidade		
Sim, mas não da forma como aconteceu		
Nunca havia pensado até me acontecer		
Não		
4.2. Quantos anos tinha quando ficou grávida pela primeira vez?		

Entre os 14-19		
Entre 20-25		
Entre 26-31		
4.3. Como foi que descobriu que estava grávida?		
Porque o período parou de vir		
Comecei a me sentir estranha		
Foram as pessoas que me disseram que eu estava diferente		
4.4. Qual foi a sua reação ao saber que estava grávida?		
Alegria/ Felicidade		
Tristeza		
Medo/ Pânico		
Não sabe descrever		
4.5. À sua volta que expressões se usam para falar da gravidez?		
Grávida		
De estado		
De barriga		
Estou de bebé		
4.6. Já ouviu falar de algum impedimento (risco da idade, problemas de saúde e etc.,) que impossibilitaria à mulher de engravidar?		
Ter filho depois dos 35 é complicado		
Quando você tem doença de cólicas aquelas carnes na vagina		
Quando a pessoa provoca abortos		
Quando tens problemas de espíritos		
Não sabe		
5. O corpo: relação com saber científico e tradicional		
5.1. Quais são os sintomas mais comuns de uma pessoa que esteja grávida?		
Desaparecimento da menstruação, vômitos, desmaios		
Falta de apetite, fraqueza,		
Os sintomas da malária		
Efeitos cutâneos (clareza, borbulhas)		
Não sabe		

5.2. Porquê decidiu por fazer o acompanhamento pré-natal?		
Porque a família aconselhou a fazer		
É normal as pessoas fazerem		
Para ter certeza que tudo iria correr bem		
O pai da criança pediu para ir fazer		
5.3. O que os médicos a aconselharam a fazer ou não fazer durante o período da gravidez?		
Ir sempre as consultas e fazer exame de HIV		
Tomar a medicação dada, e não tomar outro tipo de medicamento		
Não carregar peso		
Fazer o planeamento familiar		
Me alimentar bem		
As enfermeiras disseram para parar de fazer sexo a partir do 6º mês		
Ter cuidado com sal		
Ir dar parto nas US		
Não disseram nada		
5.4. Que tipo de aconselhamento recebeu da sua família quando esta soube da sua gravidez?		
Que deveria iniciar com as consultas do pré-natal		
Deveria parar de ingerir certos de alimentos e bebidas que poderiam fazer mal a criança		
Deveria evitar se cansar em demasia		
Deveria me alimentar melhor		
Evitar a exposição pública		
Proibiram a ida a funerais		
Não contar as pessoas que estava a preparar o enxoval		
Que deveria ir amarrar a barriga no curandeiro		
Expulsaram de casa		
Não disseram nada		
5.5. Quais os medicamentos/remédios tomou durante a gravidez? Pode nos dizer os nomes e a sua proveniência?		

Para qual finalidade os tomou?		
Só os davam no hospital		
Os do hospital + os tradicionais		
Só os tradicionais		
5.6. Existe (iu) algum tipo de alimentos que teve que deixar de comer durante a gestação? E porquê?		
Parou de comer, ovos para a criança não nascer careca		
Parou de comer carne de porco para a criança tivesse bom desenvolvimento		
Parou de beber chá preto, cerveja preta para evitar ter um aborto		
Não comia piripiri e sal para evitar que a criança nascesse com manchas vermelhas e eu ficar com as pernas inchadas		
5.7. Manteve relações sexuais durante a gravidez?		
Sim até ao 9º Mês		
Parou por medo de aleijar o bebé		
Esporadicamente por falta de álbido		
Deixou de fazer no 6º mês porque disseram nas palestras na US		
Não, porque a relação com o pai da criança terminou durante a gravidez		
Não, porque o parceiro estava ausente ou longe		
5.8. Quais foram as mudanças que o seu corpo sofreu durante e depois da gravidez?		
Ficou mais clara e bonita		
Engordou bastante e ficou muita inchada		
Não engordou nada		
Ficou cheia de borbulhas e feia		
Emagreceu bastante		
Ficou com a barriga muito grande		
5.9. Faz uso de algum método anticoncetivo? Se sim, qual?		
Preservativo masculino		
Pílula		

Pílula de emergência		
DIU		
Implante cutâneo		
Injeções		
Coito interrompido/abstinência temporária		
Não		
5.10. A escolha do método anticoncetivo é feita por si ou é em conjunto parceiro?		
Eu decido sozinha		
Decidimos os dois		
Não usamos		
6. Experiência do parto		
6.1. Como descreveria o ambiente da sala de parto?		
É um ambiente diferente e estranho, porque tu nem sempre conheces a pessoa que te vai atender porque fizeste o pré-natal com outros profissionais		
É um ambiente frio, as parteiras dizem palavras muito fortes e por vezes batem e tem vezes deixam a pessoa a ter o filho sozinha		
Por vezes encontras boas parteiras que permitem que alguém da família te acompanhe		
Ali você tem que obedecer a tudo que eles dizem para você fazer e evitar ao máximo gritar ou chorar porque eles ralham contigo		
Não sei descrever porque fui para a sala de cirurgia		
6.2. O que os médicos e as enfermeiras-parteiras lhe diziam para fazer ou não fazer?		
Evitar gritar e chorar		
Dizem para beber água quente com muito açúcar para ajudar a ter força na hora do parto		
Obrigam a pessoa a caminhar para ajudar na dilatação do colo do útero		
Proíbem que se consuma comidas sólidas e o uso do celular		

Aconselham a não vestir roupas o máximo que permitem é que amarre a capulana enquanto espera pela hora do parto		
Dizem para deitar-se alternadamente de um lado e do outro que essa posição ajuda a acelerar o trabalho de parto		
6.3. Sofreu algum tipo de violência (verbal, física)? Se sim, descreva a situação		
Gritaram comigo porque eu estava a reclamar de dores		
Foi muito maltratada com o uso de palavras, e durante o exame de toque a falta de cuidados era nítida		
Depois do parto mandaram descer da marquesa e caminhar sozinha da sala do parto até a enfermaria		
Não, foi bem tratada		
6.4. Durante o parto tomou algum tipo de medicação? Se sim qual e para quem fim?		
Sim, oxitocina para acelerar as contrações		
Sim, anestesia epidural		
Sim, anestesia geral e soro para fazer a cesária		
Não		
6.5. Em que posição estava quando expeliu a criança para fora?		
Deitada com as pernas abertas		
Deitada com as pernas abertas e segurando os tornozelos		
Deitada e completamente imóvel		
Deitada com as pernas abertas a segurar nas barras de ferro da cama		
6.6. Se pudesse escolher outra posição qual seria?		
Deitada mesmo		
De cócoras		
Dentro da água		
De joelhos com o tronco inclinado para frente		
Tanto faz, não tem preferência		

6.7. Como foi o seu parto e como o caracteriza?			
Natural	Indolor		
	Doloroso		
	Indiferente		
Induzido	Indolor		
	Doloroso		
	Indiferente		
Cesariana	Indolor		
	Doloroso		
	Indiferente		
6.8. Se tivesse a opção de escolher entre o parto normal e o parto por cesariana por qual destes optarias? Porquê?			
Parto natural dói menos e a recuperação rápida			
Parto natural dói muito e é mais demorado			
Cesariana dói menos e a recuperação é rápida			
Cesariana dói muito porque é uma cirurgia e demora a sarar			
Ambos são muito difíceis			
Não tem preferência			
6.9. Alguma vez pensou em ter o seu parto fora da US/Hospital? Porquê?			
Não, porque na maternidade é mais seguro			
Sim, já dei luz fora da US			
Sim, pretendo dar a luz em casa			
6.10. Chegou a ter a companhia de algum familiar dentro da sala do parto? Se sem, de quem?			
Sim			
Não			
6.11. Gostaria que o seu parceiro estivesse presente na sala do parto no momento do nascimento do bebé? Porquê?			
Sim, porque é momento único do qual o pai deve fazer parte			
Sim, pelo apoio moral			
Não, porque companheiro não foi uma pessoa presente			

Não, porque aquele não é lugar do homem		
É indiferente		
7. A maternidade: modelos de referências e representações		
7.1. Quem mais a aconselhou com os cuidados a ter durante a gravidez (a sua família, do seu parceiro, outras pessoas)?		
A minha família		
A família do parceiro		
Ambas famílias		
Amigos		
Os agentes de saúde		
7.2. O enxoval do bebé é preparado antes ou depois do seu nascimento? E porque?		
Antes do nascimento		
Antes do nascimento, mas tudo deve ser feito em segredo		
Depois do nascimento porque não há garantias que tudo vai correr bem		
Tanto faz		
7.3. Qual é melhor altura para escolher o nome do bebé?		
Antes do nascimento mas deve-se manter em segredo		
Não se escolhe o nome antes do nascimento é mau presságio		
Se tivesse a possibilidade de saber o sexo da criança escolheria o nome antes		
Tanto faz, isso depende de cada um		
7.4. Quais os principais cuidados que se deve ter com um recém-nascido? (alimentação, medicação).		
Evitar expor a criança em público de modo a evitar o contato com “pessoas quentes”		
Cuidados com a sua higienização		
Administração do remédio da lua		
Leva-lo as consultas periódicas		
Agasalha-lo		

Alimenta-lo com regularidade		
Não dá o remédio da lua		
7.5. Alguma vez chegou a evitar uma “pessoa quente” (impura) segura-se no seu bebé? Porquê?		
Sim, para evitar que a criança adoça		
Sim, apesar de não acreditar nisso não quis ariscar		
Não acredita nesse mito		
7.6. Até que ponto o seu parceiro a acompanhou durante o período em que esteve grávida?		
Ajudava com os trabalhos de casa e carregava os objetos com peso		
Dava dinheiro para ir as consultas e queria saber o que os médicos disseram		
Era carinhoso, me satisfazia as vontades e os desejos		
Não me prestou nenhum cuidado		
7.7. Percebeu alguma mudança na forma como as pessoas a tratam (tratavam) no decurso da gravidez? Se sim, o que elas diziam ou faziam?		
Eram mais atenciosas e sempre que possível me davam a preferência cedendo os lugares		
Brincavam chamando de barriguita, barriguda		
As pessoas perguntavam sempre a dar conselhos do que fazer e o que não deveria fazer		
Nada mudou, sempre me tratavam de mesma forma		
7.8. Quais os cuidados passou a ter consigo depois que se tornou mãe?		
Passei a ser uma pessoa mais responsável		
Parei de brincar da maneira como fazia antes de ser mãe		
Não tomei nenhum cuidado, tudo aconteceu naturalmente		
7.9. O que mudou na sua vida depois que se tornou mãe?		
As pessoas passaram a olhar e me tratar com mais respeito		

Tu deixara de ser a fulana X e passas a ser reconhecida como a mãe de Y		
Aumentou o grau de responsabilidade e o espirito protetor de mãe para filho		
A maneira como de vestir e a linguagem que usada		
As relações de amizade		
As rotinas do dia-a-dia		
As prioridades agora são os filhos		
Nada mudou		
7.10. Alguma postura sua já foi recriminada pelo fato de você ser mãe?		
Frequentar espaços públicos onde haja consumo de álcool acompanhada ou não da criança		
Vestir roupas curtas e insinuanes		
Estar fora de casa por longos períodos		
Desleixo com os cuidados e educação das crianças		
A infidelidade		
7.11. Na sua opinião acha que as pessoas (sociedade) espera que a sua conduta mude pelo facto de ser mãe? Se sim, qual seria o modelo de comportamento esperado?		
Responsabilidade para com a família no geral		
Moderação na forma de vestir, e de sociabilização		
Respeito pelo seu corpo, pelo parceiro e pelos filhos		
Não, pode continuar a fazer o que sempre fez		

Grelha de tratamento das entrevistas dos homens – pais

1. Identificação do entrevistado	
Nome	

Idade		
Local de Nascimento		
Estado civil		
Escolaridade		
Profissão		
Religião		
2. Entrevista: experiências vividas pelo homem-pai		
Perguntas	Transcrição	Comentários
2.1. Quem provê pelo sustento a família?		
Eu		
Ambos		
2.2. A sua companheira trabalha ou faz algum tipo de negócio para ajudar nas despesas?		
Sim		
Por vezes ela trabalha		
Não, mas não vê problema no fato da esposa ajudar nas despesas		
Ambos trabalham e contribuem nas despesas		
2.3. Quem decide como o dinheiro deve se gasto?		
Eu decido		
Ela decide		
Ambos decidimos		
2.4. Quem geralmente vai fazer as compras da casa?		
Eu		
Ela vai		
Ambos vamos		
2.5. Quando ocorrem problemas entre o casal quem geralmente vos ajuda a resolver?		
Resolvemos sozinhos		
Familiares		
Amigos		
2.6. Quando ocorrem problemas de saúde para além de ir ao hospital procura ajuda em outros locais como:		
Curandeiro		

Igreja		
Somente vai ao hospital		
2.7. Qual foi a sua primeira reação ao saber que seria pai?		
Alegria/ Felicidade		
Tristeza		
Medo/ Pânico		
Não sabe descrever		
2.8. Que tipo de assistência prestou a sua parceira no período da gravidez?		
Financeira		
Psicológica/ Moral		
Afetiva		
Nenhuma		
2.9. Durante a gravidez manteve relações sexuais?		
Sim, muitas vezes		
Poucas vezes porque para ela era desconfortante		
Não		
2.10. O casal costuma decidir em conjunto qual é melhor método contraceptivo a adotar? Se sim qual		
Deixo que ela decida sozinha		
Decidimos os dois		
Não usamos nenhum método		
2.11. Qual é o tipo de comportamento que censura na mulher que esteja grávida/mãe?		
Vida noturna (frequentar bares com ou sem a criança)		
Infidelidade		
Se ausentar de casa por longos períodos		
Ser uma mãe desleixada (que não saiba cuidar bem das crianças)		
Trajes inapropriados (minúsculos, transparentes e insinuantes)		
Outros		
2.12. Quem acompanhou a sua parceria a maternidade no dia do parto?		
Somente eu		
Eu e familiares		

A família dela		
A família de ambos		
2.13. Se tivesse oportunidade gostaria de assistir ao parto? Porquê?		
Sim, porque é momento único do qual o pai deve fazer parte		
Sim, pelo apoio moral		
Não, tradicionalmente aquele tipo de ambiente não é apropriado para homens		
Não, por aquele ser um momento muito doloroso para ela		
Talvez		
2.14. Costuma ter preferência pelo sexo dos filhos?		
Sim		
Por vezes		
Não		
2.15. Quem decidiu a escolha do nome do bebé?		
Eu escolhi		
Ela escolheu		
Ambos escolhemos		
Outros		
2.16. Quando isso ocorreu, antes ou depois do nascimento?		
Antes do nascimento		
Depois do nascimento sem relação de casualidade		
Só depois do nascimento por uma questão de casualidade		
2.17. Quando começaram a comprar o enxoval do bebé, antes ou depois do nascimento?		
Antes do nascimento		
Depois nascimento sem relação de casualidade		
Só depois por uma questão de casualidade		
2.18. O seu filho tomou o remédio da Lua ou outro remédio tradicional? Porquê?		
Sim, por uma questão tradicional		
Sim, por uma questão de costume e não por crença que algo de errado possa ocorrer		
Algumas vezes		

Não		
2.19. Realmente acredita que a pessoa “quente” pode causar mal-estar no bebé?		
Sim, esse ensinamento faz parte da tradição		
Isso é mito		
Não		
2.20. Numa escala de 0 a 10 indique quantas vezes desempenhou as seguintes funções com filhos menores de 1 ano. (Sendo 0 (-) quase nunca, 5 (+ ou -) com certa regularidade e 10 (+) frequentemente)		
Deu comida		
Trocou a fralda		
Lavou a roupa		
Se levantou quando bebé chorrou a noite		
Deu banho		
O levou ao hospital		
Deu remédio		

Anexo J

Carta de autorização de estudo da Direção de Saúde da Cidade de Maputo



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO
GABINETE DO DIRECTOR

Exma Sra.
Clélia Francelina Ozias Pondja

MAPUTO

N/Ref 149/050.1/DSCM-GD/AES-/13

DATA: 15.01.2013

ASSUNTO: - Pedido de realização de estudo

A Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, endereça os seus melhores cumprimentos e, aproveita a ocasião para acusar a recepção do seu requerimento datado de 11.01.2013 no qual solicita autorização para recolha de dados para o doutoramento em Antropologia no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) - Portugal, cujo o tema é "A Mulher em Moçambique: Dimensões Antropológicas de Género e Reprodução".

Comunica-se que a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, é favorável a realização do estudo, devendo para tal submeter o pedido de autorização Administrativa à S.Excia o Ministro da Saúde e autorização ética ao Comité Nacional de Bioética para a Saúde.

Sem mais de momento, queira V.Excia aceitar as nossas calorosas saudações.

A Directora Substituta
Dra. Alice Pedro Magaia de Abreu
(Médica Generalista 2ª)



PZW/fnm

Endereço: Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
2217
Maguigwana nº 1240

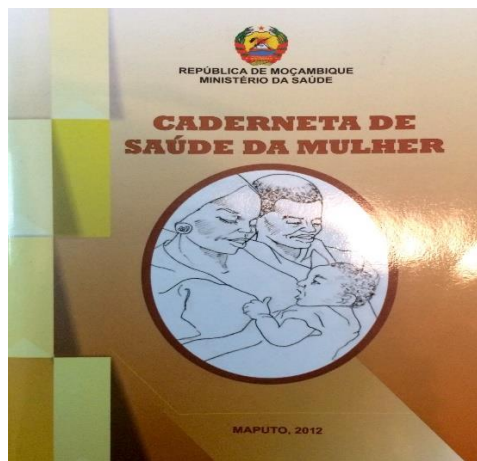
Telefone: 21-360276/7 C.P.
Telefax: 21-430212 Av.

MAPUTO-República de Moçambique


Page

Perfil dos homens-pais (N=10)

Pais	Local de Nascimento	E. Civil	Nível Escolar	Profissão	Renda	Religião
Celso 25 Anos	Maputo	União marital	Ens. Técnico	Contabilista	Salário e comércio domiciliar (ajudado pela mulher)	Católica
Xico 47 Anos	Zambézia	União marital	Primário	Segurança do Estado	Salário e pequenos negócios (feitos pela mulher)	Católica
Fameti 46 Anos	Zambézia	Solteiro	Superior	Técnico de Administração Pública	Salário	Muçulmana
Magaia 47 Anos	Maputo	Casado	Superior	Agrónomo	Salário e empreendimentos privado	Católica
Emerson 35 Anos	Tete	União marital	Superior	Agente Aduaneiro	Salário	Católica
Nucho 30 Anos	Maputo	União marital	Secundário	Eletricista e canalizador	Rendimentos dos trabalhos solicitados	Nenhuma
Nando 33 Anos	Maputo	União marital	Superior	Funcionário Público	Salário do casal	Católica
Izak 36 Anos	Maputo	Solteiro	Secundário	Preparador Físico	Salário e aulas particulares	Católica
Oscar 36 Anos	Maputo	Solteiro	Secundário	Operador de máquinas	Salário e pequenos negócios (feitos pela mulher)	Católica
Samy 37 Anos	Nampula	Solteiro	Superior	Bancário	Salário	Católica



Caderneta de Saude da Mulher


República de Moçambique
Ministério da Saúde

Nome: _____

Filiação: _____

Data de nascimento/Idade _____ / _____ / _____ (_____ anos).

Estado civil: Casada ☐ Viúva ☐ Solteira ☐ Divorciada ☐

Profissão/Ocupação: _____

Local de Trabalho: _____

Residência: _____

Distrito: _____

Bairro: _____

Av./Rua/ N° de casa: _____

Local de Referência: _____

Telefone de contacto: _____

Pessoa e contacto de Referência: _____

Grupo Sanguíneo:	RH

3

[illegible][illegible]

Caderneta de Saúde da Mulher

ARO ☐

FICHA PRÉ-NATAL

Calcular 10

UNIDADE SANITÁRIA: _____ ANO

Código PTV _____ Data da 1ª consulta ____/____/____

DUM ____/____/____ Data Provável do Parto ____/____/____

História Progressa da gravidez

Gesta _____ Para _____ Abortos _____ G. ectópica _____ Cesarianas _____

Nados vivos _____ Nados mortos _____ Vivos actuais _____

Último parto há quanto tempo _____

Partos anteriores com ventosa?	SIM	NÃO
Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção manual da placenta em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve cesariana no último parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primigesta com altura inferior a 1,5 metros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primigesta com idade inferior a 16 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade superior a 35 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve 5 ou mais partos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na última gravidez, teve nado morto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RN falecido durante a 1ª semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve RN com mais de 4 quilos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve TA alta ou edemas nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões na ausência de gravidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cademeta de Saúde da Mulher	
HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ACTUAL	
Esta a perder peso?	SIM NÃO <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>
Fez teste de HIV?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tem contacto com doente com tuberculose?	<input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/>
Tem tosse e expectoração há mais de três semanas?	<input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/>
Tem tuberculose e está em tratamento?	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>
Esta em TARV?	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>
Tem muita fome, sede e urina muito?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tem dor ao urinar ou urina frequentemente com dor.	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>
Deformidade da bacia?	<input type="checkbox"/> *** <input type="checkbox"/>
Tem Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EXAME OBJECTIVO	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões da pele: • Exame de mama-Nódulo: • Deformidade da bacia 	SIM NÃO <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/>
Exame do períneo	
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras genitais • Condilomas 	<input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/>
Exame especular (primeira consulta):	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões do colo: • Colo frável: • Corrimento: 	<input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se SIM, tipo de corrimento:_____	

© 1997 Unidades sentinelas com CDE Activas. 1999 Unidades sentinelas com CDE completas

7

Caderneta de Saúde da Mulher

RESULTADO DAS ANÁLISES

Hemoglobina _____ Data ____/____/____

Grupo sanguíneo (obrigatório nas primigestas) _____ RH Positivo ☐
RH Negativo ☐*

Glicémia _____

Urina II _____

Teste de Sifilis: Neg ☐ Pos ☐ Data ____/____/____

HIV _____ (Indeterminado/TR/TNR)** Data ____/____/____

CD4 _____ % _____ Data ____/____/____

Retestagem HIV (Indeterminado/TR/TNR)** Data ____/____/____

Tratamento

Penicilina benzantínica (Administre 3 doses com intervalo de uma semana):

1ª dose ☐ Data ____/____/____ 2ª dose ☐ ____/____/____ 3ª dose ☐ ____/____/____

Parceiro foi tratado? Sim ☐ Não ☐

Alergias:

	SIM	NÃO
Teve alguma alergia medicamentosa?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Se SIM, a Cotrimoxazol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfadoxina/Parimetamina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de reacção: _____

____/____/____ Unidades sanitárias com COE básicos. ** Unidades sanitárias com COE completas

8

[illegible]

Caderneta de Saúde da Mulher		EVALUAÇÃO DA SAÚDE ACTUAL	
Gravida Gemelar*** <input type="checkbox"/> Recebeu REMTIL <input type="checkbox"/> Referida a casa de espera <input type="checkbox"/>			
Data			
Idade gestacional (Semanas)			
Movimentos fetais			
Tensão Arterial (superior a 140/90)***			
Peso/tem Kg: (Aumento > 2 Kg por mês ou peso < 45 ou > 90)***			
Coloração das mucosas	Coradas		
Altura uterina (se superior a 36 cm*)	Desacordada** Pedir Hb		
Foco (f requência cardíaca fetal)			
Apresentação	Cefálica		
Situação Transversa ***	Pélvica***		
Edemas:	Pés		
	Mãos e face		
Albumina superior a + +			
Estado clínico da OMS (I, II, III e IV)			
Sal ferroso com ácido fólico (Quant.)			
Melwendazol (Quant.)			
Entrega de nívratrina (NVP) (a partir de 28 semanas)			
Entrega de AZT (a partir de 14 semanas-Quant.)			
Outro profilaxia PTV ou TARV (acover regime ou TARV)			
Controlo de AZT (Quant.)	Apartir 20 semanas se CD4 < 350. Se não existe CD4 dar a todas as grávidas		
Sulfato de Paracetamol (mg) a 15 dias a partir de 20 semanas, se tem febre positiva e movimentos fetais. Dar a 2ª a 3ª dose if intermitente de 5 dias em 10 dias entre as doses			
teve alergia na toma da SPT? (Sim, Não)			
Bornia e de rube moseira na noite anterior? (Sim, Não)			
Aconselhamento em saúde/preparação para o parto/videobalização para presença do parceiro na consulta (escrever tema)			
Nome do provedor (legível)			

— 1** Unidades sanitárias com COF. físicas. *** Unidades sanitárias com COF. completos.

10

[illegible]

Caderneta de Saúde da Mulher

HISTÓRIA ACTUAL

Queixas _____

Aleitamento materno exclusivo? **Sim** ☐ **Não** ☐ Se não, porque? _____

Tem dor no baixo ventre? _____/_____/_____

Recomeçou o período menstrual? _____/_____/_____

Retomou as relações sexuais? **Sim** ☐ **Não** ☐

Tem dor ao urinar, corrimento e/ou úlcera genital? **Sim** ☐ **Não** ☐

Exame geral: Estado geral: _____

Mucosas: Coradas ☐ Descoradas ☐

Perímetro braquial: _____ cm. TA _____/_____. Temperatura: _____ °C

Hb (S/d): _____

Exame das mamas: Pele com alteração: **Sim*** ☐ **Não** ☐ Massa: **Sim** ☐ **Não** ☐

Palpação abdominal: Útero normal ☐ aumentado. ☐

Cicatriz abdominal: boa cicatrização ☐ infectada* ☐

Episiotomia/laceração : Limpa ☐ Infectada* ☐

Exame especular: Lóquios : normal ☐ com cheiro* ☐

Exame Ginecológico: _____

Teve algum sangramento vaginal após relações sexuais nos últimos 6 meses?
Sim ☐ **Não** ☐

Fez teste de HIV nos últimos 3 meses? **Sim** ☐ **Não** ☐

Se sim, TNR ☐ TR ☐

Estado clínico OMS I II III IV Cd4 _____ elegível ao TARV? **Sim** ☐ **Não** ☐

Está em TIO/TARV? **Sim** ☐ **Não** ☐ (Se não referir)

[illegible]

Exame físico

Dias após o parto _____ Estado geral _____
 Dispneia _____ Coloração _____ Icterícia _____
 Temperatura _____ Chupa bem? Sim ☐ Não ☐
 Estado do coto umbilical _____
 Irritabilidade _____ Fontanela anterior (abaulada/tensa) _____
 Tónus muscular: _____ Tem malformações
 congênicas? Não ☐ Sim? ☐ Qual? _____

Vacinação: BCG ☐ Pólio 0 ☐

Verifique tipo de alimentação e toma de ARVS, se aplicável

Registo Notarial da criança: Sim ☐ Não ☐ (fazer advocacia)

Consultas seguintes do RN :

[illegible]

Nota:* Enviar ao clínico o mais urgente possível. Se não tem o cartão de peso, avise e intentar a mãe. Reconselhar a mãe sobre a alimentação infantil e agendar a consulta de urgência salu/de risco!

Anexo M

Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais

Cuidados durante o trabalho de parto e o parto:

1. Criar condições, encorajar e permitir a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, de acordo com o desejo da gestante e sempre que for possível. O trabalho de parto e o parto são períodos de preocupação e *stress* para a mulher e a presença de acompanhante, da sua confiança, contribui para o seu bem-estar e para redução de angústias e complicações. Assim, é tarefa do trabalhador de saúde:

- Explicar que é possível e permitir a presença dum acompanhante do sexo feminino, ou do sexo masculino no caso de a US poder assegurar condições de privacidade.

2. Proporcionar acomodação e leito adequados e satisfatórios em limpeza, ventilação e iluminação. No caso de superlotação das camas da maternidade, explicar gentilmente o facto às parturientes e criar condições mínimas de conforto até que a situação se normalize.

3. Garantir a privacidade com a disponibilização de quartos/áreas individuais para cada gestantes ou com a colocação e permanência física de biombo/divisórias entre as camas nas salas de dilatação.

4. Ter um horário flexível para entrega da alimentação.

5. Garantir casas de banho limpas, com água (se possível com a opção de quente) e sabão para o banho da mulher e vestiário adequado.

6. Oferta de batas para as parturientes e puérperas, podendo elas usarem as suas roupas pessoais caso desejarem.

7. Assegurar suporte contínuo, boa comunicação interpessoal e atendimento cordial à mulher durante o trabalho de parto e o nascimento. É importante conversar com gentileza e com frequência com a mulher, transmitir confiança, segurança e profissionalismo.

8. Preparar e implementar um plano de parto para providenciar os melhores cuidados durante o trabalho de parto e o nascimento, de acordo com os achados da história clínica, o exame e as preferências da mulher. Neste âmbito, o trabalhador de saúde deverá:

- **Perguntar à mulher:** Quando foi a última vez que ela comeu e bebeu algo; qual foi o último medicamento que tomou antes de ir à maternidade e a que horas; que posição gostaria de adotar durante o parto (deitada de costas, de cócoras, ajoelhada, etc.) e se tem dúvidas ou preocupações sobre o trabalho de parto e o parto.

• **Orientar a mulher sobre a importância de:** Ir à casa de banho com frequência para esvaziar a bexiga; beber líquidos e comer comida leve sempre que desejar, quando não houver prévia indicação de cesariana; caminhar, e tomar banho quando desejar.

• **Informar sobre:** os sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, a evolução do trabalho de parto e parto (aumento da intensidade e frequência das contrações, periodicidade dos exames/auscultação fetal em cada 30min, possíveis posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido) e esclarecer possíveis dúvidas.

• **Perguntar à mulher sobre o seu plano de aleitamento:** materno ou artificial (especialmente para as mães HIV+) e dar aconselhamento de suporte para a escolha a todas as mulheres tendo em conta os critérios de Acessibilidade, Viabilidade, Segurança nutricional e Sustentabilidade (AVASS).

9. Ter água para beber e copos disponíveis a todo o momento e de fácil acesso.

10. Oferecer chá com pão e sopas na maternidade de acordo com o período de refeição do dia.

11. Estimular a deambulação e liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.

12. Realizar uma monitorização cuidadosa do progresso do parto por meio do uso correto do partograma para tomada de decisões atempadas e atualização do plano do parto.

13. Estimular posições mais verticalizadas (não deitada de costas) durante o parto.

• Evidências científicas demonstraram a vantagem das posições verticais, principalmente a de cócoras, em relação à posição tradicional para o parto. Na falta de uma cama ou cadeira apropriada, o parto de cócoras poderá ser assistido na própria cama da parturiente.

• O parto de cócoras para além de favorecer o nascimento, por estar a favor da gravidade, possibilita o contacto mais precoce entre o recém-nascido e a sua mãe, tornando este momento mais gratificante para a mãe ou o casal e benéfico para o futuro desenvolvimento da criança.

*Fonte: Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais
MISAU, Agosto de 2011: 21-22.*