

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

MARIA ACÁCIA ERNESTO LOURENÇO

**POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
MOÇAMBIQUE: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem**

**Rio de Janeiro
2009**

Lourenço, Maria Acácia Ernesto Lourenço

Políticas de Assistência à Saúde Materno-Infantil em Moçambique: marcos evolutivos e a inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009. ix, 216f: il.

Orientador: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Tese de Doutorado em Enfermagem. UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, 2009.

Referências Bibliográficas: f. 203-210

1. Programas de Assistência. 2. Saúde Materno-Infantil. 3. Enfermagem. 4. Programas de Saúde. 5. Saúde da Mulher e da Criança. 6. Política de Enfermagem. 7. Enfermagem e Sociedade. 8. Tese.

MARIA ACÁCIA ERNESTO LOURENÇO

**POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
MOÇAMBIQUE: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários á obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Doutora Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Rio de Janeiro

Março, 2009

MARIA ACÁCIA ERNESTO LOURENÇO

**POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
MOÇAMBIQUE: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos á obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 03 de Março de 2009, por:

Prof^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ

Carlos Subuhana
Doutor em Serviço Social
Pesquisador da Casa das Áfricas – São Paulo/SP

Prof^a Enilda Rosendo do Nascimento
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – EE/UFBA

Prof. Valdecyr Herdy Alves
Doutor em Enfermagem
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fulminense – EEAAC/UFF

Prof^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ

Prof. Márcio Tadeu Ribeiro Francisco
Doutor em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FACENF/UERJ

Prof^a Carla Luzia França Araújo
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro
Março, 2009

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Minha filha Margarymafalda que, muito cedo (apenas com um ano), aprendeu a lidar com ausência da mãe. Margary! luz da minha vida. Perdão por dias, semanas, meses e anos que passei fisicamente longe de ti, te amo e



muito.

Também dedico esta Tese:

Aos meus filhos, Stira de Cácia e Malange e ao meu amigo e esposo Marcos, pela força, esperança e alegria que me dão; pelo amor incondicional e presença constante em todos momentos difíceis e felizes dessa trajetória, em que atravessei montanhas, pântanos, planícies, rios e mares, em busca deste bem maior: O CONHECIMENTO em ENFERMAGEM.

*A todos meus antepassados e familiares já falecidos que
Deus os tenha em PAZ;*

*Aos meus pais (Ernesto e Vitória), meus sogros Artur e
Maria e aos meus Irmãos, por tudo que representam em minha
vida.*

Estamos juntos.

AGRADECIMENTOS:

À DEUS, pela vida e proteção;

À Prof^a Doutora Maria Antonieta Rubia Tyrrell pelo apoio e disponibilidade para partilhar de seus conhecimentos;

À CAPES, MCT Moçambique e a Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery pela compreensão e apoio em todos obstáculos vivenciados durante quase toda trajetória deste Curso de Doutorado como estrangeira e bolsista;

Às colegas da Turma de Doutorado de 2006.1 e Núcleo da Pesquisa de Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRRJ pelas valiosas observações que contribuíram para o melhoramento da questão pesquisada.

À todos Professores Doutores que constituíram a banca da defesa do Projeto assim como de Exame de qualificação pelas observações e disposição em colaborar durante o percurso da pesquisa;

Aos Amigos e colegas Álvaro, António, Atália, Joaquim, Nerito, Odete Warota e Zindoga pelo apoio moral e tudo que fizeram em nome de amizade que contribuiu valiosamente na trajetória desse Curso de Doutorado em Enfermagem em Saúde da Mulher;

Às (os) funcionárias (os) e amigas (os) Jorge, Sónia, Sandra, Rosália e Marilyn pelo carinho e força que me proporcionaram para superar minimamente as consequências causadas pela saudade da minha família especialmente dos meus filhos, pela ajuda que me prestaram ao longo dessa difícil e longa trajetória. Levo vossas lembranças;

Aos Enfermeiros Simbine, Ndjinja, Margarida e Rita Mucache, assim como, Ao Professor Nhaca, Dr Nazir, Doutor Domingos Tuto, Professor Dr.Vaz, Dr Aurélio, Dr Caetano e a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para busca desse conhecimento.

Muito obrigada!

O que dizer neste momento?

*Em momentos emocionantes como esse,
as palavras rareiam. Por isso, só digo:*

*Posso até não ter feito o melhor.
Mas estou confiante que os próximos farão algo excelente, para uma
Enfermeagem brilhante em Moçambique. Pior é não ter tentado.*

Ou seja:

*(...) “o erro maior e mais comum é não sair da própria concha e medir o exterior
com um metro que não lhe é próprio: não ver as diferenças sob as aparências
iguais e não ver a identidade sob as diversas aparências”.*

António Gramsci,

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de
arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer
natural, nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertolt Brecht, Nada é impossível de mudar (1982)

LISTA DE QUADROS E TABELAS

		Página
Figura 1	Localização da República de Moçambique, no mapa do Continente Africano.	19
Quadro 1	Distribuição da população moçambicana por sexo e por Província.	20
Quadro 2	Distribuição da população de Moçambique por sexo, por província e índice de masculinidade.	21
Quadro 3	Evolução da Cobertura das metas na segunda metade 1995-2000.	48
Quadro 4	Evolução da cobertura das metas (2005, 2006, 2007).	49
Quadro 5	Evolução do Programa de Saúde Materno-Infantil e inserção de Enfermagem.	200
Quadro 6	Evolução do Programa de Saúde Materno-Infantil, Situação Social da Mulher e Estratégias Governamentais	201
Figura 2	Localização do cenário de Pesquisa no mapa da República de Moçambique	116
Quadro 7	Caraterísticas dos Sujeitos do grupo A	128
Quadro 8	Caraterísticas dos Sujeitos do grupo B	129
Quadro 9	Caraterísticas dos Sujeitos do grupo C	130
Quadro 10	Demonstrativo das categorias empíricas e a concepção analítica desde as falas dos protagonistas	134
Gráfico 1	Parte de Organograma do MISAU e a Inserção de Enfermagem e de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil	167

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

APE	Agente Polivalente Elementar
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CRM	Constituição da República de Moçambique
DNRH	Direção Nacional dos Recursos Humanos
DF	Departamento de Formação
DPS	Direção Provincial da Saúde
DSC	Direção de Saúde da Cidade
ESMI	Enfermagem em Saúde Materno-Infantil
FNUAP	Fundo da Nações Unidas de Apoio às Populações
HGJM	Hospital Geral José Macamo
HGM	Hospital Geral de Mavalane
IHD	Índice do Desenvolvimento Humano
IHP	Índice de Pobreza Humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
LSM	Lei de Socialização da Medicina
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
NSP	Nível de Saúde Primário
OMM	Organização da Mulher Moçambicana
ONG	Organização Não Governamental
PAV	Programa Alargada de Vacinação
PE	Parteira Elementar
PEC	Plano Estatal Central
PF	Planejamento Familiar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PMI	Proteção Materno-Infantil
PRE	Programa de Reabilitação Económica
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PT	Parteira Tradicional
SADC	Comunidade de Desenvolvimento de África Austral
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	Saúde Primária

RESUMO

LOURENÇO, M. A. E. Programas de Assistência á Saúde Materno-Infantil em Moçambique: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem. 2009. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

A presente pesquisa está centrada nos Programas de Saúde Materno-Infantil adotados pelo Sistema Nacional de Saúde em Moçambique independente. Objetivamos descrever os programas adotados para a assistência a saúde materna; analisar a inserção da Enfermagem e discutir os movimentos e as estratégias adotadas na implantação e implementação desses programas. Como referencial teórico optamos pela abordagem de António Gramsci sobre a hegemonia de classe que envolveu o processo de implantação e implementação dos Programas de Saúde Materno-Infantil. O método dialético fundamentou o processo de construção das categorias e a respectiva análise. Para a obtenção dos dados usamos uma entrevista semi-estruturada no período de março de 2007 a maio de 2008, aplicada em 19 sujeitos entre eles: Parteiras, Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, Enfermeiros e Médicos Especializados em Obstetrícia e Ginecologia. Constatou – se que, na década 70, o Sistema Nacional de Saúde garantiu a Assistência a Saúde Materna, na modalidade do Programa de Proteção Materno Infantil, herdado do regime colonial. Um estilo biomédico, voltado essencialmente a assistência médica curativa. Já na década de 80, o Sistema Nacional de Saúde adotou o Programa de Saúde Materno Infantil, posteriormente na década 90, foi inserido no Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Programa Alargado de Vacinação, Saúde Escolar e de Adolescente incluindo Saúde Sexual e Reprodutiva. O impacto dos programas foi considerado positivo tanto no contexto político quanto social. Os marcos evolutivos foram: a introdução dos Cursos Específicos de Enfermagem Saúde Materno Infantil do nível básico ao Superior e abrangência dos serviços do Programa Nacional Integrado que incluiu no discurso oficial a assistência da saúde integral da mulher, assim como do adolescente no contexto de Saúde Sexual e Reprodutiva. A inserção da Enfermagem foi evidenciada na implementação através das ações assistenciais das Parteiras, Parteiras Elementares e Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil de diferentes níveis de formação (básico, médio e superior) a implantação foi de caráter hegemônico favorecendo a classe médica para decisão dos procedimentos, elaboração dos protocolos assim como gestão dos programas.

Palavras Chaves: Programas de Assistência, Saúde Materno-Infantil e Enfermagem.

ABSTRACT

LOURENÇO, M. A. E. Maternal and Infant Health Assistance Programmers in Mozambique: Rolling landmarks and the insertion of Nursing. 2009. 215 f. Thesis (Nursing Doctorate). Anna Nery Nursing School. Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, 2009.

This research is centred on public policies on health sector of Mozambican Government, focusing on Maternal Health Assistance Programmers in post-independent Mozambique, its evolution and insertion into Nursing. We intended to describe adopted programmers for Maternal Health Assistance as well as to analyze the insertion of Nursing and to discuss movements and strategies adopted in the establishment and implementation of Public Policies directed to Maternal Health in post-independent Mozambique. As theoretical framework, Antonio Gramsci's approach on class hegemony was chosen, which involved the process of establishment of Infant and Maternal Health Programmer in Mozambique. The dialectic method allowed to ascertaining the process of category and its analysis. Data were obtained through a semi-structured interview conducted between March 2007 and May 2008 to 19 people among midwives, infant and maternal health nurses, nurses and doctors specialized on obstetrics and gynecology. It was found that in the 1970s the National Health System guaranteed Maternal Health Assistance in the modalities of Infant and Maternal Protection Programmer, inherited from colonial regime. It was a biomedicine model essentially focused on curative medical assistance. In the 1980s the National Health System adopted Infant and Maternal Health Programmer which subsequently in the 1990s was inserted into the Family Planning and Maternal-Infant Health National Integrated Programmer, Extended Vaccination Programmer, Adolescent and School Health including Sexual and Reproductive Health. The rolling landmarks were the introduction of Specific Courses on Infant and Maternal Health Nursing at the basic and higher levels and the coverage of National Integrated Programmer which included assistance to the health of women as well as of adolescents in the context of Sexual and Reproductive Health. The insertion of Nursing was evident in the implementation through assisting actions of midwives, elementary midwives and Maternal and Infant Health Nurses of different levels of education (from basic to higher education). The implementation was hegemonic because it promoted doctors' class in deciding procedures and protocol elaboration, as well as in the management of the programmer.

Keywords: Assistance Programs, Maternal and Infant Health and Nursing

RÉSUMÉ

LOURENÇO, M. A. E. Programme d'Assistance, la Santé Maternel-Infantile en Moçambique: poteaux evolutifs l'insertion d'Infirmière 2009. 215 f. Thèse de (Doctorat en Infirmier). École d'Infirmier Anna Nery Université Federal d'Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009

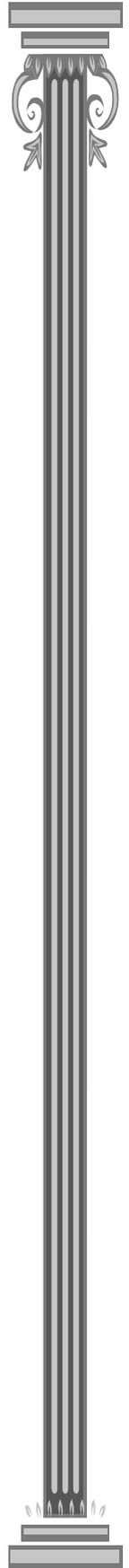
La présente recherche est centré dans le Programme de Santé Maternel – Infantile adoptés par le Système National de Santé en Moçambique independent. Notre Objectif c'est de décrire les programmes adoptés pour l'assitence la santé maternel, analyser l'insertion d'activité du infirmière et discuter les mouvements et les stratégies adoptés dans l'implantation et d'implementation de ces programmes. Comme réfèrence théorique nous optons par l'abordage d'António Gramsci sur l'hegemonie de classe qu'enveloppe le procès d'implantation des programmes de Santé Maternel-Infantile. Le méthode dialectique a faculté le porcès de épurer cathégories et la respective analyse. Pour l'obtention des dés nous utilisons un interview demi-structuré dans le periode de Mars de 2007 au Mai du 2008 appliqué en 19 sujets entre eux: sages-femmes, Infirmière de Santé Maternel-Infantile, Infirmier et Médecins Spécialisés en Obstétrique et Gynécologie. On a constaté que à la decade 70 le Système National de Santé a garanti l'Assistance la Santé Maternal de Santé, la modalité du Programme de Protection Infantile herité du régime colonial et un style biomedécien, tourné essentiellement l'assistance medecien soins. Déjà à la decade 80 le Système National de Santé a dopté le Programme de Santé maternel Infantile, postérieurement à la décade 90 était inseré dans le Programme National integré de Santé Maternel-Infantile et planification familiale, Programme Alargi de Vaccination, Santé Escolaire et d'Adolescent inclusivement Santé Sexuel et Reproductive. L'impact des programmes était consideré positif autant dans contexte politique comme social. Les poteaux evolutifs étaient: l'introduction des cours spécifiques d'activité Infirmière de Santé Maternel-Infantile du niveau basique au supérieur et Contenance des Services du Programme National Integré qu'ont inclu l'assistance de la femme à l'integralité ainsi comme d'adolescent dans contexte de Santé sexuel et reproductive. L'insertion d'activité Infirmière était evidencée dans l'impementation à travers des actions assistenciel des sages-femmes, sages Elementaires et Infirmières et Infirmières de Santé Maternel-Infantile de differents niveaux de formation (basique Moyen et Supérieur). L'implantation a eu un caractère hegemonique, pour favoriser la classe moyenne pour discussion de procédés, elaboration des procotoles ainsi comme gestion des programmes.

Mots clef: Programme d'Assistance, Santé Maternel-Infantile, poteaux evolutifs et activités Infirmière.

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract	vii
Francês	viii
CAPÍTULO I: Introdução	
1.1. O meu caminhar e a relação com a temática	2
1.2. Configurando o problema e a Justificativa	6
1.3. As diretrizes da Pesquisa: objeto, Questões Norteadoras e Objetivos	13
1.4. Relevância e Contribuição do Estudo	14
CAPÍTULO II: Contextualizando o Estudo	
2.1. Informação sucinta sobre Moçambique	18
2.2. Situação Geográfica e Demográfica de Moçambique	19
2.3. Contexto sócio-econômico e educacional	23
2.4. A situação da Mulher moçambicana	31
2.5. Sistema Nacional de Saúde e os Programa de Saúde Materna-Infantil	38
2.5.1. Situação Epidemiológica de saúde materna em Moçambique Independente	46
2.5.2. Evolução do programa de assistência à Saúde Materno-Infantil e a inserção de Enfermagem	51
2.5.2.1. Primeira década da independência (1975-1985)	51
2.5.2.2. Segunda década da independência (1985-1995)	54
2.5.2.3. Terceira década da independência (1995 – 2005)	58
CAPÍTULO III: Referencial Teórico	
3.1. Premissas Teóricas	73
3.2. Sobre o conceito da ideologia e cultura	74
3.2.1. Ideologia e sociedade civil, Estado e sociedade política	92
3.3. Conceito de hegemonia, sociedade civil e sociedade política	97
3.4. Conceito de Políticas Públicas, Saúde e Saúde Pública	104
CAPÍTULO IV: Trajetória Metodológica	
4.1. Tipo de Estudo e conceitos da fundamentação Metodológica	112
4.2. Cenário da pesquisa	114
4.3. Técnica de obtenção de dados	116
4.4. Sujeitos da Pesquisa	118
4.5. Procedimentos éticos da Pesquisa	119
4.6. Trajetória analítica	121

CAPÍTULO V: Apresentação e Análise de Dados	
5.1. Trajetória analítica: Iconografia dos sujeitos	125
5.2. Construção das categorias	132
5.2.1. Impacto Político-social do Programa de Saúde Materno-infantil	134
5.2.2. Costumes e hábitos culturais como fator decisivo para aceitação e adesão dos serviços de Saúde Materno-Infantil em nível das comunidades	148
5.2.3. Estratégias na implantação e implementação do programa de Saúde Materno-Infantil e da inserção de Enfermagem	162
5.2.4. Hegemonia e contradições da Política no processo de implantação e implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil e Inserção de Enfermagem	170
2.5.4.1. Dominação, autonomia e mudanças profissionais	182
CAPÍTULO VI: A Síntese da Tese	
6.1. Tecendo as considerações finais	190
Bibliografia	203
Apêndices	211
Anexos	217



CAPÍTULO I: *Introdução*

1.1 O meu caminhar e a relação com a temática

As experiências do cotidiano de minha militância na área de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil (ESMI) seja como acadêmica em diferentes níveis de formação em Enfermagem ou na prática assistencial como profissional integrando a equipe de trabalho de Enfermeiros, contribuíram em muito para a escolha da problemática de saúde da mulher como tema para o presente estudo. Portanto, foram experiências docentes e da prática profissional que fortaleceram o meu interesse para a pesquisa na área de Enfermagem e da Saúde Materna em Moçambique e, sobretudo, para a reflexão sobre a inserção da enfermagem nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher

Em julho de 1981, inicia o primeiro Curso de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil do nível básico¹ do qual fiz parte. Após a conclusão do referido Curso, em fevereiro de 1984, comecei a atuar profissionalmente na área assistencial voltada para a saúde da mulher no ciclo reprodutivo, realizando consultas de planejamento familiar, pré-natal e imunização de gestantes, assistência a parturiente na admissão, pré-parto, parto e puerpério, bem como exercendo a função de supervisão dos serviços de saúde materno-infantil a nível provincial (Província do Niassa - norte do País). Ademais, participei em atividades análogas atuando como membro do Núcleo Provincial de Saúde Materno Infantil. Na área da docência, lecionei a disciplina de “Obstetrícia Básica e Enfermagem Obstétrica” para o Curso de Parteiras Elementares (PE), no Centro de Formação de Saúde do Niassa-Lichinga.

¹ A formação do profissional de Enfermagem conforme a legislação de Moçambique se diferenciava nas seguintes áreas de conhecimento: Enfermagem e Obstetrícia sendo que em obstetrícia se formam: Parteira Elementar, Enfermeiras de Saúde Materno Infantil e Enfermeiras Parteiras; e, em Enfermagem se formam: Enfermeiro Elementar (Atendente de Enfermagem), Enfermeiro Básico (Auxiliar de Enfermagem) e Enfermeiro Geral (Técnico de Enfermagem).

Em 1986, fui transferida para Maputo, capital do País, tendo como destino a Maternidade 1º de Maio, uma das Unidades Sanitárias da área do Hospital Geral de Mavalane (HGM) – Direção de Saúde da Cidade (DSC) de Maputo. Nessa Unidade Sanitária assumi as consultas de pós-parto e planejamento familiar (PF) até o final de 1988, período em que fui novamente transferida para trabalhar na zona centro do País, concretamente na província de Tete, Distrito de Moatize. Nesta Província, além de trabalhar em consultas de pré-natal, pós-parto e planejamento familiar, colaborava com a responsável Provincial assim como Distrital de Saúde Materno Infantil, nas atividades inerentes a implementação do Programa de Cadastramento e Formação de Parteiras Tradicionais à nível da Província e do Distrito.

A experiência de trabalho em saúde da mulher nesses três âmbitos geodemográficos do País (norte, sul e centro), com hábitos e práticas de saúde e culturas diferentes, foi muito valiosa para à minha formação pessoal e profissional, pois despertou minha curiosidade na busca da compreensão destes e de outros fenômenos que ocorriam no ambiente acadêmico e da prática profissional relacionados à população feminina. E, posteriormente, a outra transferência para Maputo, em 1990, abriu novas perspectivas profissionais e acadêmicas, uma vez que era o único espaço que permitia conciliar os dois aspectos (estudo e trabalho), sobretudo o desenvolvimento acadêmico.

Do ponto de vista profissional passei a dedicar-me especificamente a assistência à parturiente na admissão, pré-parto e parto na Maternidade do Hospital Geral do José Macamo (HGJM) onde exerci, respectivamente, as funções de responsável adjunta da maternidade e encarregada da sala de partos. A colaboração com o Instituto de Ciências de Saúde de Maputo permitiu-me fazer o acompanhamento de estágios da disciplina de Enfermagem Obstétrica dos estudantes desta instituição e coordenar a formação contínua dos profissionais da Enfermagem e Enfermagem em Saúde Materno-Infantil dessa área Sanitária.

O envolvimento na problemática e em atividades assistenciais voltadas para a saúde materna, fez com que brotasse em mim a preocupação em continuar com os estudos em outros níveis de formação em Enfermagem. Esta minha preocupação pelos estudos de qualificação veio a juntar-se ao interesse da Instituição (Ministério da Saúde), em formar enfermeiros de nível médio e superior. Desta forma, em 1994 ingressei no curso de promoção para a formação de Enfermeiros do nível médio, que concluí em 1996.

Com a formação complementar ministrada em cinco períodos (dois anos e meio) em 1996, tornava-me Enfermeira de Saúde Materno-Infantil do nível médio ou “Enfermeira Parteira” conforme o disposto no Diploma Ministerial nº 56/85 de 9 de outubro, no Capítulo I, Secção III, Artigo 7, item 3, alínea b.

Todavia o meu interesse em continuar com os estudos não esgotava com o Curso médio de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil. E, como funcionária do MISAU, concorri e obtive uma bolsa de estudo para frequentar o Curso Superior de Enfermagem. A bolsa foi custeada pelo Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP). Nessa época, Moçambique não tinha Escola Superior de Enfermagem. E, uma vez que o país tinha convênio com o governo brasileiro, vim para o Brasil. De 1997 a 2001, fiz o curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na Universidade Gama Filho (UGF), Instituição particular na cidade do Rio de Janeiro.

Para aprofundar o conhecimento na área de saúde materna, esse programa de bolsa, previa também uma Especialização em Enfermagem Obstétrica. Em 2002, especializei-me em Enfermagem Obstétrica, na Universidade Federal Fluminense (UFF), cidade de Niterói. Nessa mesma época (2002), ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na área de Saúde da Mulher. Em 2003, terminei com sucesso o nível de Mestrado, uma das etapas da minha tão almejada qualificação em nível superior. A minha dissertação tinha como título: “A SAÚDE DA MULHER E A GRAVIDEZ

NA ADOLESCÊNCIA: estudo comparado sobre as repercussões para vida da jovem de Curicica, Rio de Janeiro-Brasil e a de área do José Macamo, Maputo-Moçambique”². Este deu lugar a uma nova sensibilidade orientada para estudo dos programas de saúde na assistência à saúde materna.

A experiência acumulada nos cursos básico, médio e superior e a prática profissional em Enfermagem ligada a saúde Materno-Infantil veio associar-se ao conhecimento adquirido, em nível de pós-graduação (lato e stricto sensu), estimulando um desejo ainda maior na busca do saber e, desta forma, para melhor poder contribuir, de fato e de direito, como professora e cidadã para o desenvolvimento do meu país na área de saúde. Nesse sentido, me propus a continuar os estudos no Brasil, em nível de doutorado, dentro da mesma área de conhecimento, aprofundando a Enfermagem em Saúde da Mulher. Por isso, justifica a tentativa em entender, cada vez mais, os marcos evolutivos das Políticas de Assistência à Saúde Materno-Infantil adotadas pelo Sistema Nacional de Saúde em Moçambique e a inserção de Enfermagem em programas de assistência, abordando com mais ênfase o componente materno.

A aposta pelo Curso de Doutorado, não se sustenta apenas pela questão de uma realização individual no campo de formação acadêmica e atuação profissional. Ela está inserida também, na necessidade do país em investir na formação de recursos humanos na área da saúde (Enfermagem). A formação de pessoal cada vez mais qualificado implica o desenvolvimento de capacidades e habilidades que permitam uma participação plena no desenvolvimento de políticas de saúde através de um olhar crítico em vista à melhoria da qualidade dos profissionais, da gestão dos serviços de saúde e da assistência. A curiosidade pela pesquisa, sobretudo na área da Enfermagem aviva esta trajetória que não foi fácil. Ademais, as atividades de estudo e pesquisa anteriormente descritas serviram para o

² Orientada pelo Professor Doutor Otávio Moniz Vargens

amadurecimento e atualização das bases fundamentais que ajudaram a refletir e a entender como se dá a inserção da Enfermagem na Políticas de Saúde dirigidas à mulher, em Moçambique.

Assim, o desenvolvimento, no plano das idéias e das ações através da revisão bibliográfica, avanços teóricos e metodológicos, auxiliou na melhoria do presente estudo, cujo objeto é Marcos Evolutivos nos Programas de Assistência à Saúde Materno-Infantil e Inserção da Enfermagem em Moçambique independente.

Este tema está inserido no eixo temático de Saúde da Mulher e a Enfermagem, na linha de pesquisa “Políticas de Saúde à Mulher: modelos de ensinar e assistir à mulher e ao recém-nascido”, do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), do Departamento de Enfermagem Materno e Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), no Brasil.

1.2 Configurando o problema e a justificativa.

Desde a proclamação da Independência Nacional de Moçambique, em 25 de Junho de 1975, o governo moçambicano considerou a saúde do povo como condição primordial para o desenvolvimento do país. Este princípio foi preconizado na primeira Constituição da República Popular de Moçambique, de 1977, e ratificado na atual Constituição, no Título III sobre Direitos, Deveres e Liberdades Fundamentais; Capítulo V sobre Direitos e Deveres Económicos, Sociais e Culturais; no Artigo 89, (direito à saúde), onde consta que: “Todos os cidadãos têm o direito a assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública” (CONSTITUIÇÃO da REPÚBLICA de MOÇAMBIQUE, 2004, p.26).

No programa de Governo de Moçambique independente, a nacionalização dos serviços de saúde foi uma das primeiras conquistas no domínio da saúde³. E, era política do primeiro Governo de Moçambique Independente, de orientação socialista, dar prioridade à assistência à saúde da “Mulher” e da “Criança” grupos considerados mais vulneráveis; ou seja, grupos com grande risco de morbimortalidade. Por isso, ambos constituíram o grupo alvo dos serviços implantados e implementados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) através do Programa de Proteção Materno-Infantil (PPMI) e do Programa Alargado de Vacinação (PAV).

O termo “mais vulnerável”, segundo o MISAU (1997, p. 02), foi concebido partindo do princípio de que a doença e a morte precoce não ocorrem aleatoriamente, mas associadas a outros fatores sócio-econômicos e culturais, ou seja, o nível da escolaridade, as condições do saneamento, o acesso aos serviços de saúde; assim como, o poder aquisitivo (poder de compra e os meios de subsistência familiar). Com base nesse princípio, a extensão dos cuidados básicos de saúde às zonas rurais foi uma das prioridades governamentais, com propósito de proporcionar uma assistência básica a toda sociedade moçambicana, principalmente à mulher no período gestacional, parto, puerpério e ao neonato, priorizando ações preventivas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal⁴.

A criação de Postos e Centros de Saúde, assim como de Hospitais Gerais e Rurais constituiu-se em uma das estratégias do programa de extensão de prestação dos cuidados básicos de saúde à comunidade de forma mais abrangente. Desse modo, para garantir o funcionamento, crescimento e desenvolvimento das instituições e a gestão desses serviços, foi concebido um programa de formação do pessoal da área técnica (assistencial e não assistencial). Dessa forma, foram criados inicialmente cursos básicos e elementares e,

³ Lei nº 02/77 da Socialização da Medicina – LSM, em 27 de setembro e Portaria nº 395/77-A, de 01 de novembro.

⁴ Perinatologia é um estudo dos fenômenos que ocorrem no período da reprodução, a partir da vigésima semana de gestação até o vigésimo oitavo dia após o parto (REZENDE, 2005).

posteriormente, os cursos médios iniciais e promocionais, nas áreas de Enfermagem, Obstetrícia, Paramédica e outras áreas de saúde, com as seguintes características:

- a) **Obstetrícia:** foram considerados cursos de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e Partejas Elementares;
- b) **Enfermagem:** Enfermagem Elementar, Básica e Geral;
- c) **Paramédica:** Agente de Medicina, Agente de Medicina Preventiva, Técnico de Cirurgia e Técnico de Medicina;
- d) **Outras áreas:** agentes e técnicos do laboratório assim como microscopista, agentes, técnicos e auxiliares da farmácia, agentes e auxiliares de radiologia; agentes e técnicos da reabilitação física, agentes e técnicos da estomatologia, agentes e técnicos de oftalmologia, agentes e técnicos de nutrição, entre outros (MISAU, 1985).

A formação desses profissionais passou a constituir um imperativo para a implementação de políticas de assistência à saúde da sociedade no geral, com destaque a da mulher. Para o efeito, foram criados quatro (04) Institutos Técnicos de Ciências Médicas e Paramédicas⁵, designação que passou posteriormente para Institutos de Ciências de Saúde da Beira, Maputo, Nampula e Quelimane (BR N^o 37, I SÉRIE, 1987).

A realidade de Moçambique na época era a seguinte: a maioria da população (quase 90%) era analfabeta, existiam poucas escolas de ensino médio e uma única Universidade, a Universidade Eduardo Mondlane (UEM) que na área da saúde só oferecia o Curso de Medicina. Esta realidade, justificava naquele momento, a formação profissional em nível básico e médio.

A situação sócio-econômica das populações após a independência e a condição em que o País se tornou independente (através de luta de libertação) e a situação sócio política mundial (existência de dois blocos ideológicos socialista e capitalista) contribuíram bastante

⁵ Conselho de Ministros – Decreto n^o 25/76 de 19 de Junho: como forma de busca de solução para a melhoria das condições de saúde para a maioria da população, esse de prioridade a colocação dos recém-formados nas zonas rurais onde a cobertura da rede sanitária básica era fraca.

para definição do modelo político e da criação de organizações de massas em Moçambique. Nesse sentido, o movimento da Frente de Libertação de Moçambique – FRELIMO constituiu-se em Partido Político FRELIMO em 1977, com a sua ideologia Marxista-Leninista, criando espaço para o surgimento de “movimentos democráticos de massas” que integravam trabalhadores, mulheres, jovens e crianças. Estas organizações eram criadas “de cima para baixo” sob a tutela e orientação do referido partido (CRUZ e SILVA, 1993).

O sistema socialista moçambicano defendia o princípio da construção da hegemonia do proletariado e/ou da classe trabalhadora. Porém, o processo de consolidação da independência de Moçambique teve suas diferenças ideológicas e um período de discórdias internas. Como explica Gramsci in Grupi (1987), é difícil uma classe hegemônica manter uma hegemonia total sobre todos os indivíduos de uma sociedade; somente pode ser hegemônica sobre classes auxiliares que lhe servem de base social e, usando a força para com os que lhe fazem oposição.

Esse pensamento, na nossa opinião, foi vivenciado pelo povo moçambicano, originando a organização de um movimento contrário ao regime da classe “hegemônica do primeiro governo de Moçambique”. Ou seja, desencadeou-se uma guerra interna⁶. Esta guerra causou grandes prejuízos ao país e, sobretudo a população e ao patrimônio nacional:

(...) atingiu principalmente as zonas rurais, onde foram destruídas escolas e hospitais, raptados alunos e professores, pessoal da saúde, destruídas infra-estruturas econômicas, como pontes, estradas, cantinas e tratores; do número de postos de saúde de nível primário, que entre 1975 e 1985, havia passado de 326 para 1195, cerca de 500 foram encerrados ou destruídos pelo movimento de resistência (MISAU, 1997, p. 20).

A guerra e as calamidades naturais (cheias constantes, ciclones e seca) alargaram o âmbito das pressões internas para a alteração das políticas públicas. A situação econômica e social sofria uma degradação crescente e era difícil manter os subsídios para a alimentação

⁶ Foi uma guerra perpetuada pelo movimento da resistência do regime do primeiro Governo de Moçambique independente, que durou 16 anos (1976-1992).

das populações ou para as áreas sociais como a saúde, habitação e educação. Este quadro acabou por deteriorar os serviços públicos (PNUD, 1998, p. 51).

A estratégia governamental em virtude dos sinais evidentes de desmoronamento dos serviços públicos foi de incentivar conversações para adesão ao Banco Mundial (BM) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI) em vista à mudança progressiva do cenário socioeconômico do País. Esta estratégia do governo veio a resultar no lançamento das reformas econômicas. Em meados da década de 80, foram visíveis os esforços no campo político e econômico, para alterar as conseqüências negativas resultantes da estratégia de desenvolvimento utilizada anteriormente.

A baixa qualidade de serviços à população, agravou a vulnerabilidade da mulher e da criança, sobretudo na área de saúde. Entre os aspectos da vulnerabilidade resultantes da debilidade sócio-econômica podemos referir a subnutrição de gestantes e crianças, com maior ênfase nas zonas rurais. Associado a essa questão, encontramos o baixo nível de escolaridade como um outro fator que contribuiu para o baixo nível de qualidade de vida das populações, e da mulher e criança, em particular.

Desse modo, várias estratégias foram adotadas para a melhoria da assistência à saúde materna. O estado passou a concentrar à sua atenção para os cuidados de saúde primários. Os programas concebidos pelo governo através do Sistema Nacional de Saúde, para a Assistência a Saúde Materna, foram sofrendo mudanças em função da evolução e das necessidades de saúde da própria comunidade moçambicana, bem como, das tendências preconizadas pelas entidades sanitárias nacionais e internacionais.

Assim, entendemos que a assistência à saúde materna em Moçambique foi, ao longo dos 30 anos da implementação da Lei de Socialização da Medicina (LSM), caracterizada por modelos de assistência diversificados em função das políticas governamentais, das condições e/ou disponibilidade de recursos, assim como das tendências nacionais e internacionais, como

nos referimos anteriormente. Supomos que a Enfermagem se inseriu nessa dinâmica através de ações assistenciais e de formação contínua do pessoal da área. Entretanto, a adoção das políticas de saúde orientadas para a inserção de Enfermagem na Assistência à Saúde Materna, não fragilizou e muito menos acabou com a hegemonia do modelo médico, dominante, sobretudo em relação ao poder decisório sobre a classe de Enfermagem, dominada. Assim, o pressuposto que abrange a idéia de que ainda existe dentro da área de saúde uma classe dominante e outra dominada, impõe uma necessidade de interpretação dialética das relações de formação e trabalho na área de assistência à saúde materna.

Ademais, nossa inquietação reside no fato de que, ao longo do período que trabalhei como Enfermeira em Moçambique, atuando na área assistencial e de docência, implicaram na vivência de situações que podemos caracterizar como sendo de hegemonia de classe no processo de implantação e implementação das Políticas Públicas direcionadas à Saúde Materna com ênfase na inserção da Enfermagem.

Essa preocupação por um estudo dialético, se justifica porque ainda nos dias atuais, as decisões para a implantação dos Programas de Assistência a Saúde Materna são da competência da classe médica. E, na prioridade de promover ações dos cuidados primários na área de Obstetrícia são realizadas, em sua maioria, por Parteiras Elementares e Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil de nível básico e médio, sem clareza de critérios sobre as atribuições e diferenciação das competências para um desempenho qualificado da categoria. Ou seja, a delegação de competências a esse grupo sem prévia auscultação e clarificação de sua atuação, faz com que o grau de atuação esteja aquém das expectativas do programa. Isto, na opinião pessoal, acontece, não porque o profissional da Enfermagem negligenciou o cumprimento das suas funções, mas dado ao seu nível de preparação e formação profissional, que pela modalidade não teve solidez quanto aos conteúdos ministrados para realização de determinados procedimentos. E, mais do que isso, nem se deu a possibilidade de contestar. As

vezes ocorrem erros graves na implementação dos programas, mas nem sempre assumidos pela classe médica, hegemônica, na atuação no sistema de saúde.

Por isso, julgamos nesta oportunidade, pertinente pesquisar e vincular numa relação dialética a implantação e implementação das políticas públicas dirigidas para área de saúde materna, integrando os movimentos e ações envolvidos para melhor compreender o objeto de estudo. Acreditamos que esta seja uma das formas de reconhecer a realidade e elaborar uma reflexão que nos permita compreender melhor a inserção da própria classe de Enfermagem no sistema de saúde e nos Programas de Saúde Materna em Moçambique. Uma reflexão nesse sentido ajudará avançar na perspectiva de poder delinear as características e modelos de formação e atuação que contribuam para uma atenção à saúde da mulher numa efetiva inserção no Sistema Nacional de Saúde no País.

Nesse sentido, entendemos que o conhecimento do passado “explicita a compreensão do presente, proporcionando a modificação do entendimento já passado” (VIEIRA et al,1989, p.69). Nessa linha de pensamento, acreditamos que a descrição da retrospectiva formal constitui um caminho que pode ajudar o estudo pela categoria da Enfermagem a reconhecer e a analisar por meio da trajetória evolutiva, o seu passado no sentido de preservar a sua identidade profissional, sua inserção, prosseguindo na sua atuação de forma institucionalizada. Mas para lograr esse propósito precisa ter um olhar reflexivo-crítico sobre a caracterização da sua evolução profissional, sobretudo no contexto da evolução dos programas assistenciais ofertados pelo Governo Moçambicano à saúde da mulher na condição de mãe, bem como na inserção da profissão de Enfermagem.

1.3 As Diretrizes da Pesquisa: objeto, questões norteadoras e objetivos

- ☞ Em função da problemática descrita, nos propomos a desenvolver o presente estudo, cujo objeto é: **Marcos evolutivos nos Programas de Assistência à Saúde Materna-Infantil e a inserção da Enfermagem em Moçambique independente**, formulando as seguintes questões norteadoras:
- ☞ **Quais os marcos evolutivos das Políticas Públicas direcionadas à saúde materna, delineadas pelo aparelho hegemônico estatal, no Sistema Nacional de Saúde em Moçambique independente?**
- ☞ **Como ocorreu a inserção e a práxis da Enfermagem na evolução dos Programas de Assistência à Saúde Materna em Moçambique independente?**
- ☞ **Que relações de forças emergiram na trajetória da Institucionalização da Assistência à Saúde Materna e na Inserção de Enfermagem?**

À luz destas indagações definimos os seguintes objetivos:

- **Descrever os marcos evolutivos dos Programas de Assistência à Saúde Materna-Infantil adotados pelo Sistema Nacional de Saúde em Moçambique Independente;**
- **Analisar a inserção da Enfermagem na implantação e implementação dos Programas direcionados à Saúde Materna;**
- **Discutir os movimentos e as estratégias adotadas pela Enfermagem na implantação e implementação das políticas públicas direcionadas à saúde materna na concretização desses marcos evolutivos.**

Entendemos por inserção, neste estudo, a inclusão da classe com oportunidade de participar discutir na elaboração de planos e/ou protocolos que orientam a prática de ações conjuntas entre classes que atuam na área de Assistência a Saúde Materna. Tendo em conta que “o ato de participar integra o cotidiano de todos os indivíduos” (Tenório, 2007, p.115).

1.4 Relevância e Contribuição do Estudo

Durante a revisão bibliográfica, enquanto Estado da Arte, denotamos que existe uma grande lacuna sobre esta temática, sobretudo em relação as fontes primárias e secundárias sobre as Políticas Públicas direcionadas à Assistência a Saúde Materna, em Moçambique. Essa escassez de literatura no País, acaba influenciando na característica do desenvolvimento profissional da área de Enfermagem, quer por falta de clarificação das políticas orientadas para a inserção de sua área, quer pela forma como elas evoluíram até o estabelecimento do Curso de Graduação em Enfermagem, em nível superior.

O conhecimento e análise do processo evolutivo de Políticas Públicas, associadas, dentre o Curso de Graduação em Enfermagem, em nível superior, à trajetória da inserção da Enfermagem, de um lado, favorecem o processo de formação e a inserção no mercado de trabalho dos profissionais. Por outro lado, o conhecimento e análise desse processo possibilitam uma maior visibilidade das ações governamentais e da maneira como estas influenciam no setor da saúde como um todo e da Enfermagem, em particular, constituindo-se assim a Tese a ser estudada, a rigor, na modalidade de uma Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde da Mulher.

O interesse da análise das políticas públicas adotadas para a assistência a saúde materna, não se restringe somente à ampliação do conhecimento sobre planos, programas e projetos desenvolvidos e/ou se desenvolver. Visa também identificar ideologias e modelos historicamente construídos, que a própria história apresenta.

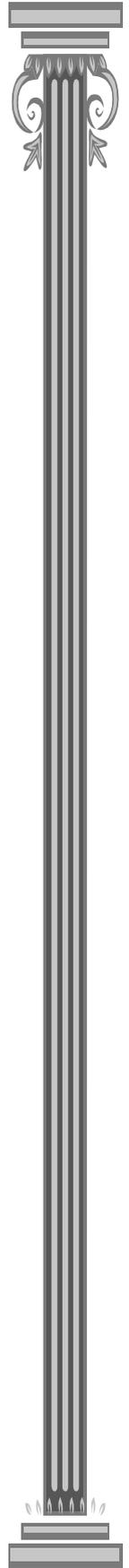
Deste modo, torna-se importante buscar uma melhor compreensão das leis e princípios próprios que a partir dos quais o governo delineou as políticas de assistência à saúde materna, assim como, a dinâmica do movimento da inserção da Enfermagem nas diferentes etapas do desenvolvimento do País. Acreditamos que esta pesquisa vem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde materna e para a busca do estado da arte da área de Enfermagem, mediante a reflexão na perspectiva de um estudo qualitativo de natureza dialética, sobre a temática que favoreça a compreensão da identidade e da posição/missão da Enfermagem em Saúde da Mulher em Moçambique.

Acreditamos também, que este estudo trouxe à tona discussões que contribuam para uma melhor reflexão sobre a dinâmica das políticas públicas para assistência à saúde materna adotados no Sistema Nacional de Saúde, assim como da inserção da Enfermagem e sua influência na reformulação de currículos e planos de formação das Enfermeiras de Saúde Materno–Infantil nos diferentes níveis. Da mesma forma, poderá contribuir na caracterização das atribuições em especial, as específicas dessas Enfermeiras considerando o nível de formação (elementar, médio e superior).

Por se tratar de um estudo voltado para a realidade estrutural e especificamente da Enfermagem em Moçambique, esta pesquisa vem contribuir também, para o desenvolvimento científico da profissão da Enfermagem e/ou da classe profissional, na reconstrução política da sua história através da descrição dos marcos importantes do processo de desenvolvimento da Assistência à Saúde Materna no País. Portanto, possibilitará a análise dos avanços e/ou

retrocessos, sobretudo na área da Enfermagem, sua inserção nas políticas de Saúde, subsidiando outras pesquisas nesta temática.

No contexto acadêmico, além de enriquecer o acervo das pesquisas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Coordenação Nacional de Pesquisa/Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Divisão de Temas Educacionais – Direção Geral Cultural do Ministério das Relações Exteriores, o estudo constitui principalmente uma contribuição valiosa para o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem na Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Igualmente para a Associação de Enfermeiros de Moçambique (ANEMO), Repartição de Saúde da Comunidade do MISAU, Associação Moçambicana das Parteiras e Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (APARMO), assim como de outros profissionais da área da saúde aprimorar a sua reflexão em relação aos passos para a sua integração efetiva no sistema.



2.1 Informação sucinta sobre Moçambique

A história de Moçambique registra, entre outros acontecimentos de destaque, o impacto da penetração, conquista e colonização portuguesa, a luta de libertação (1964-1974)⁷, a conquista da Independência Nacional (1975)⁸, a guerra de desestabilização (guerra civil) e o Acordo de Paz seguido do processo da democratização assinalado pelas primeiras eleições multipartidárias no país.

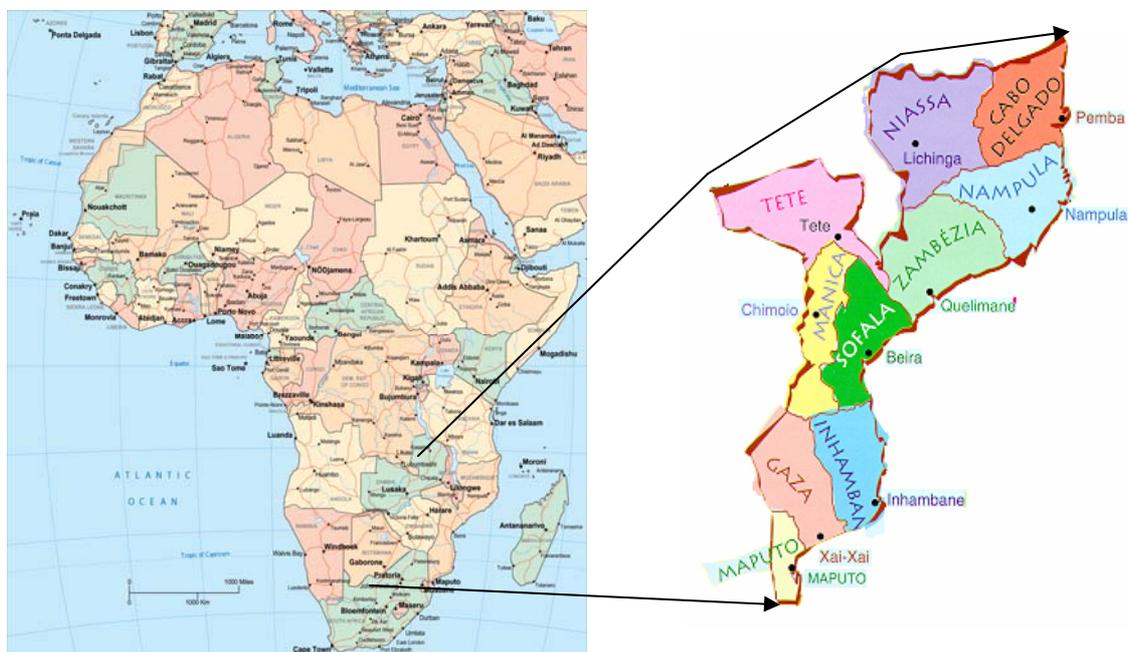
Quanto a colonização, segundo Subuahana, (2001, p. 82), Moçambique foi um dos países da África que permaneceu maior tempo sob domínio colonial, de 1505 à 1974, aproximadamente 500 anos (469). Porém, a presença dos portugueses ocorreu dez anos antes, em 1497. Portanto, trata-se de um país jovem, com apenas 33 anos de independência; esta que foi proclamada em 25 de Junho de 1975, após 10 anos de luta armada contra o regime colonial português. Esta luta foi liderada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), um movimento criado em 1962. Em 1977, dois anos após a independência, no seu III Congresso, o movimento se transformou em partido político, definindo-se como Partido de Vanguarda de Aliança Operária – Camponesa, de ideologia Marxista – Leninista. Este partido político, dirigiu o país em regime monopartidário e liderou o estado de caráter socialista sem concorrência de outros partidos, e continua liderando o processo de construção do Estado aberto à economia do mercado e pluripartidário.

⁷ A luta armada contra o regime colonial português teve seu início a 25 de Setembro de 1964 e terminou com assinatura de acordo de Lusaka, a 07 de setembro de 1974.

⁸ A proclamação da Independência Nacional aconteceu a 25 de Junho de 1975, 6 meses depois de acordo de cessar fogo, ocorrido em Lusaka.

2.2 Situação Geográfica e Demográfica de Moçambique

Figura 1 – Localização da República de Moçambique no mapa do Continente Africano



Montagem nossa

Moçambique situa-se no sudeste do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51', longitude Este. Faz fronteira com outros países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), da qual é membro. É limitado no norte pela República de Tanzânia, oeste República do Malawi, República da Zâmbia e República do Zimbábue, no sul pela República de África do Sul e Reino de Suazilândia e, no este é banhado pelo Oceano Índico. Possui uma área total de 799.380 km² e uma extensão costeira de 2.470 km² que tem um significado vital, tanto para Moçambique como para os países fronteiriços situados no interior, que usam os portos moçambicanos para o desenvolvimento econômico por meio da importação e exportação de produtos diversos entre outros.

Moçambique é o 3^o país mais populoso da África Austral. Em 1975, tinha uma população estimada em 16 milhões de habitantes. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2004), até 2005 contava com uma estimativa populacional de 19.420.036

habitantes com uma densidade populacional de 24 habitantes por km², distribuídos em onze (11) províncias, divididas em três zonas (norte, centro e sul), como se pode observar no quadro a seguir:

Quadro-1 Distribuição da População de Moçambique por Sexo e por Província

Província	Mulheres	Homens	Total	%
◆ Maputo Província	548592	496354	1044946	5.1
◆ Maputo Cidade	619155	597718	1216873	6.3
◆ Gaza (Xai-Xai)	728892	575906	1304798	6.7
◆ Inhambane	765926	615097	1381023	7.1
♣ Sofala (Beira)	840644	797177	1637821	8.4
♣ Manica (Chimoio)	682649	637583	1320232	6.8
♣ Tete	778202	733630	1511832	7.8
♣ Zambézia (Quelimane)	1901056	1808955	3710011	19.1
♠ Nampula	1845858	1830145	3676003	18.9
♠ Cabo Delgado (Pemba)	832537	784628	1617165	8.3
♠ Niassa (Lichinga)	508100	491232	999332	5.1
Total	10051611	9368425	19420036	100

Fonte: INE; Estatísticas Básicas de Moçambique, 2005

◆ zona sul;

♣ zona centro;

♠ zona norte.

Pelos resultados preliminares do último censo geral realizado no ano de 2007, residiam no País cerca de 20.530.714 de habitantes, sendo 9.787.135 do sexo masculino e 10.743.579 do feminino. Como se pode notar, há uma ligeira diferença entre os efectivos dos dois sexos, com uma vantagem para a população feminina. Portanto, para cada 100 mulheres há cerca de 91 homens como se observa no quadro a seguir:

Quadro-2 Distribuição da População de Moçambique por Sexo, por Província e índice de masculinidade

Províncias	Total	População		Índice de Masculinidade
		Homens	Mulheres	
Total	20,530,714	9,787,135	10,743,579	91.1
Niassa	1,178,117	573,768	604,349	94.9
Cabo Delgado	1,632,809	783,235	849,574	92.2
Nampula	4,076,642	1,999,958	2,076,684	96.3
Zambézia	3,892,854	1,862,091	2,030,763	91.7
Tete	1,832,339	885,311	947,028	93.5
Manica	1,418,927	674,257	744,670	90.5
Sofala	1,654,163	801,417	852,746	94.0
Inhambane	1,267,035	559,843	707,192	79.2
Gaza	1,219,013	541,866	677,147	80.0
Maputo Província	1,259,713	573,595	686,118	83.6
Maputo Cidade	1,099,102	531,794	567,308	93.7

Fonte: INE (2007), dados provisórios do último censo populacional

Estes dados apesar de serem mais atualizados e disponíveis na versão eletrônica, são considerados preliminares. Estes irão sofrer revisão para apuração de dados definitivos a serem publicados. Por isso, neste estudo, optamos por trabalhar com dados anteriores.

Estima-se que 53,7% corresponde a população com uma faixa etária de 15-64 anos, 43,6% de 0-14 anos e apenas 2,6% igual e/ou superior a 65, sendo assim, a população é predominantemente jovem. As mulheres representam 51,8% da população total, sendo que, 25,1% correspondem às mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos), com uma taxa global de fecundidade alta (n^0 de filhos por mulher) de 5,4 filhos. A taxa bruta de natalidade é de 41,3 por mil e a esperança de vida ao nascer é de 49 anos para mulheres e 48,6 para homens (INE, 2005).

Em suma, a população é predominantemente jovem, sua maior representação é pela população feminina, com uma taxa alta de fecundidade e natalidade. Sendo que a esperança de vida a nascer para ambos os sexos não chega sequer aos 50 anos.

Quanto a distribuição geográfica a maioria da população é predominantemente rural, mesmo com franco movimento migratório condicionado pela instabilidade político-militar (conflito armado de 16 anos que terminou em 1992), fez com que parte da população se refugiasse para zonas urbanas e Países vizinhos. Até 2003, 69.5% da população viviam em zonas rurais e o resto da população nas zonas urbanas. A maior concentração populacional se registra nas Províncias de Nampula e Zambézia com 38% da população total, sendo 18,9% e 19,1% para Nampula e Zambézia, respectivamente.

Uma das principais características culturais do país é a diversidade linguística que torna sua população multilingue. Entre as línguas mais utilizadas para a comunicação se distinguem: Emakhuwa por 26.1%, Xangane 11.3%, Elomwe 7.6%, outras línguas 44.5%. O Estado valoriza todas as línguas faladas no país como patrimônio cultural e educacional. Ademais promove seu desenvolvimento como línguas veiculares da identidade moçambicana. Porém, conforme artigo 10 da Constituição da República (2004, p.3) a língua oficial é a língua portuguesa que é utilizada em 8.8% e falada⁹ quase por 40% da população. As outras línguas são registradas e usadas no sistema de ensino básico, como sistema bilingue, regionalmente. Quanto a religião, 31.9% do total da população professa a religião Cristã, 24% são muçulmanos, 23.6 ziones¹⁰; a parte restante da população professa outras religiões não especificadas (INE 2005, p. 7-8).

A estrutura social é caracterizada por famílias alargadas, e mais ou menos nucleares, monogâmicas ou poligâmicas. Os sistemas de linhagem se diferenciam em patrilinear e matrilinear, sendo esta última preservada em algumas regiões do norte do país. As diferenças se observam em duas vertentes: quanto aos membros masculinos da família que permitem o acesso da mulher a terra e quanto a pertença dos filhos. No que respeita à pertença dos filhos,

⁹ Existem pessoas que sabem ler e escrever em línguas locais; mas, não sabem ler nem escrever em língua portuguesa.

¹⁰ Uma religião com ritos semelhantes aos do Candomblé no Brasil.

no sistema de parentesco patrilinear os filhos pertencem à família do marido e no matrilinear, à família da mulher.

No que diz respeito a lei coexistem três sistemas normativos, reconhecidos constitucionalmente pelo artigo 4 (CONSTITUIÇÃO da REPÚBLICA, 2004, p. 2)

- ⇒ Direitos escritos: baseados na legislação vigente reconhecida pelo Estado;
- ⇒ As normas consuetudinárias¹¹: com várias especificidades e características consoante a modalidade dos costumes e cultura local; e
- ⇒ *Sharia* : praticada pelos seguidores ou crentes da religião Islâmica e/ou Muçulumanos correspondentes a 24% da população, como referido anteriormente.

A poligamia é compreendida como uma prática costumeira aceite em todo país, embora proibida legalmente pela lei escrita; mas tem cobertura no sistema normativo *Sharia* e normas consuetudinárias. Não se tem dados estatísticos sobre isto, uma vez que esta prática não é sustentada pela lei escrita, mas reconhece-se nas zonas rurais onde a maior parte dos casamentos tradicionais são poligâmicos. E, pelo artigo 118, da Constituição da República (2004, p. 34), o estado reconhece e valoriza a autoridade tradicional legitimada pelas populações.

2.3 Contexto Sócio-Econômico e Educacional

A situação econômica de Moçambique depois da independência nacional, caracterizou-se por um fraco desenvolvimento dos recursos naturais e uma grande pobreza de capital humano, ou seja, de pessoal qualificado. A estrutura do regime anterior, servia os interesses coloniais e a economia dependia fortemente das receitas de trabalho de mão-de-obra barata para os países vizinhos e serviços ferroportuários.

¹¹ Normas de consenso comum numa dada comunidade ou povoado com costumes e cultura local

Essa fase foi seguida de recessão econômica profunda com a introdução de mudanças radicais marcadas pela nacionalização e socialização dos principais meios de produção e infra-estruturas econômicas e sociais. Entretanto, a falta de infra-estruturas industriais e de recursos humanos qualificados fez com que a base de desenvolvimento do País se detivesse nas áreas da agricultura e pesca. E, a sobrevivência e subsistência, da maioria da população também se prendia na prática da agricultura e pesca artesanal.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 04), na década de 80, um conjunto de fatores naturais entre eles, a seca e outras calamidades naturais, tais como cheias e ciclones, acrescidos da instabilidade político-militar, fizeram com que a produção agropecuária decrescesse e a sobrevivência da maioria da população moçambicana dependesse de ajuda alimentar externa.

Na metade da década 80, o governo envidou esforços e iniciou um processo de reformas econômicas, tendo encontrado alternativas junto às instituições econômicas internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), na perspectiva de resgatar a economia do país. Concomitantemente, foi introduzido o Programa de Reabilitação Econômica (PRE), com os seguintes objetivos: reverter o declínio econômico da produção; garantir um nível mínimo de consumo e renda; reduzir os desequilíbrios financeiros e criar as condições para o crescimento da economia. Porém, esse plano não respondeu as expectativas de todos, inclusive da população que se encontrava em dificuldade (LOURENÇO, 2005).

Segundo o INE (2005, p. 4), os resultados do esforço do governo para a melhoria das condições econômicas do país tornaram – se aparentemente, notórios na década de 90, com o crescimento do controle dos mecanismos econômicos e financeiros e a reativação da produção nacional, justificada pela redução anual da taxa de inflação de 16,6% em 1996 para 9% em 2002. Essas tendências de recuperação e crescimento econômico têm permitido o

melhoramento da condição de vida da população moçambicana que, nesses últimos anos, além de agricultura e pesca, o comércio foi se filiando na lista dos meios de sobrevivência do povo moçambicano. Por conta desse esforço, baixou o índice da população que vive abaixo da linha da pobreza, de 69.4% para 54,1% nos anos de 1996-1997 e 2002-2003, respectivamente (INE, op. cit.), considerando-se ainda “alto” esse índice.

Por outro lado, existem aspectos desfavoráveis na economia moçambicana. De certo modo, diversas ações são limitadas pela prevalência do nível de pobreza que o País enfrenta, onde fatores como o baixo nível de qualificação dos recursos humanos, debilidade da estrutura económica e administrativa têm contribuído para a continuidade da vulnerabilidade do País, mantendo a sua dependência/recurso a ajuda internacional.

Apesar dos aspectos “positivos” ora citados, o Programa da Reabilitação Económica (PRE) teve o seu lado negativo. Os aspectos negativos do PRE se devem, não só ao fato de ter sido concebido e implementado sob o regime de partido político único, mas também, pela sua durabilidade. Entre os aspectos que caracterizam o impacto “negativo” do PRE se destacam: a falta de sustentabilidade, em virtude do agravamento da exclusão social, o desemprego, a criminalidade e a extrema pobreza. Justifica-se então, o fato de que a instabilidade do PRE não se resumiu apenas na incapacidade em resolver problemas sociais no geral, mas também, no agravamento de outros problemas como por exemplo a adoção de políticas emanadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) não ajustadas às condições específicas do país. Ou seja, foram surgindo ao longo do tempo situações ligadas ao elevado grau de dependência do País aos recursos externos, como acontece com outros países considerados em desenvolvimento na América Latina.

Acreditamos que, em geral, a dependência origina, de um lado, situações ligadas a falta de autonomia no que se refere a coordenação e definição das estratégias adequadas a serem implementadas nos programas, tal como, na articulação dos atores intervenientes e de todos

(organizações não governamentais, profissionais e entre outras entidades governamentais) envolvidos na sua implementação e de outro lado fortalece a hegemonia estatal. Nesse sentido corroboramos com a ideia do Nhareluga (2006, p 132), segundo a qual:

O alto grau de dependência do governo moçambicano é revelado pela incapacidade de recursos financeiros os quais, na sua maioria são alocados pela comunidade internacional. E estes ao destinarem os recursos ao País definem as prioridades de alocação e decidem as formas de sua canalização interferindo, na maioria das vezes, na formação e cobertura da agenda governamental, conforme as necessidades priorizadas pelo governo no desenvolvimento de suas políticas públicas.

No caso de Moçambique, a dependência levou também a aceitação de inúmeras Organizações Não Governamentais (ONGs), operando no País, dentre outros, ligadas a diferentes Instituições. Na maioria das vezes, essas organizações transformaram diversos programas de assistência às comunidades vinculadas a nível dos ministérios, em projetos específicos. Este fenômeno fragiliza a estrutura organizacional da instituição, comprometendo a estabilidade e a inserção das classes profissionais ligadas diretamente a estes setores e/ou programas.

Um outro aspecto que merece análise para melhor compreensão da realidade moçambicana é o fato de que, após o conflito político-militar seguiram-se as eleições multipartidárias em 1994, 2000 e 2004, respectivamente. Os governos resultantes desses dois processos eleitorais optaram por um plano governamental na base de programas quinquenais compreendendo o período de 1995-1999 e o de 2000-2004, aprovados pela Assembleia da República Multipartidária. É de salientar que, embora tenham ocorrido mudanças políticas e esforços governamentais, caracterizados pela constituição de um sistema multipartidário, a gestão do estado parece continuar sendo feita pelo mesmo partido que está governando o País, há 33 anos. Nos programas quinquenais, o governo optou pela realização de ações que

sustentam a “Paz” conquistada pela assinatura do acordo de Roma¹², em 4 de Outubro de 1992, uma vez que a instabilidade social ora vivida é também responsabilizada ao então conflito político-militar. Outra grande aposta do país neste momento apontava para:

(...) A redução dos níveis da pobreza absoluta, visando à sua erradicação a médio prazo, e na melhoria de vida do povo, com incidência na educação, saúde, desenvolvimento rural e emprego. A definição destas ações como objetivos principais do governo, resulta da constatação de que a paz e a estabilidade são as condições básicas para a reativação da atividade econômica e social. Só com o crescimento da produção interna será possível eliminar a pobreza e promover o desenvolvimento econômico e humano auto-sustentado; (INE, 2005, p.03).

Na realidade, podemos dizer que a pobreza que assola o estado moçambicano retarda o processo de desenvolvimento do País por influenciar diretamente no baixo nível do desenvolvimento econômico e das condições de vida e de saúde da população.

Dados do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) publicados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1997, classificaram Moçambique na ordem de Índice de Desenvolvimento Humano (IHD) como o 116^o entre 175^o países. Com base nos indicadores do Índice da Pobreza Humana (IHP), em Moçambique a esperança de vida reduziu, não obstante o aumento do acesso à educação básica e aos recursos públicos e privados. Desse modo, Moçambique figura entre os sete (07) países onde a pobreza humana afeta mais de 50% de toda a população, reafirmando o que já foi exposto.

A situação educacional, após a independência, apresentava o seguinte quadro: Moçambique tinha 90% da população analfabeta, conforme o discutido no *New Internation* apud Lourenço (2005, p.30). Esta elevada taxa de analfabetismo foi condicionada pela filosofia da educação do regime colonial que colocava barreira para o acesso a escola formal aos nativos não assimilados, ou seja, os que não deixaram de pertencer ao seu grupo sócio-cultural (LOURENÇO, op. cit). Os poucos nativos que tiveram a educação formal no

¹² O acordo de Paz entre as duas partes em conflito FRELIMO e o Movimento de Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO) foi assinado em Roma-Itália em 1992.

tempo colonial, o fizeram através das Escolas Missionárias (católicas e protestantes), cujo acesso era vedado aos praticantes de outras religiões, pois a escolarização nessas instituições tinha como objetivo conquistar mais crentes que pudessem disseminar o ensino de catecismo e apoiarem as atividades religiosas, sobretudo na interpretação da Bíblia. Outro grupo nativo que se beneficiaria do acesso à educação formal, era o de assimilados, que pela regra do processo de assimilação ditada pela legislação colonial, tinham que renunciar às suas práticas sócio-culturais para aderirem a modelos culturais da metrópole (CABAÇO, 1986). Porém, a progressão dos assimilados nos estudos tinha limitações, pois estudavam até o nível básico (quarta classe equivalente a quarta série no Brasil). Poucos conseguiam prosseguir com os estudos além da quarta classe. A maioria era encaminhada para cursos técnicos ou profissionalizantes nas escolas de artes e ofícios, o que não lhes possibilitava continuar seus estudos nos níveis do ensino superior para alcançarem carreiras de nível superior.

Neste contexto, a primeira proposta do governo Moçambicano foi a de adotar política educacional marcada pela nacionalização do ensino que determinou o fim do critério seletivo e discriminatório praticado pelo sistema colonial. Esta medida fortaleceu a decisão acordada no III Congresso da FRELIMO, priorizando a alfabetização e a educação formal dos adultos, tendo sido lançada a primeira Campanha Nacional de Alfabetização, em 1978, que garantiu a cada cidadão o direito e a educação formal, segundo relatório do IV Congresso da FRELIMO (1983, p.51).

Esse processo possibilitou a formação dos recursos humanos, priorizando as áreas chaves: a Educação e Saúde, por meio do compromisso assumido pelo programa governamental denominado Plano Estatal Central (PEC). Este programa consistia em sua essência, no recrutamento de estudantes graduados em diferentes níveis de ensino, a partir de 17 anos de idade, para cursos de formação de nível básico e médio. Ademais, priorizava a formação para as principais áreas anteriormente referidas, recrutando os graduados de sexta

classe do Antigo Sistema de Educação (ASE). Entre os cursos podemos destacar os seguintes: Curso de Professores Primários, Enfermeiros, Agentes de Medicina e Medicina Preventiva, Agentes do Laboratório, Agentes de Nutrição, entre outros, o que representou uma grande conquista, embora enfrentando ainda grandes desafios nestas e outras áreas que foram contribuir para o desenvolvimento requerido pelo país.

Os graduados de quarta classe do ASE eram realizavam os Cursos Elementares da área de Saúde como: Microscopistas, Parteiras Elementares, Enfermeiros Elementares, Auxiliares da Farmácia e Agentes polivalentes elementares. Os recrutados na sua maioria graduados de nona classe do ASE, eram diretamente encaminhados para o preenchimento de vagas em diferentes Empresas Estatais do País, sem nenhuma formação específica. Estes profissionais tinham como missão responder à demanda das necessidades educacionais, de saúde e das Empresas Estatais, priorizando as zonas rurais. A permanência obrigatória em cumprimento do PEC era de dois anos. Depois desse período, os interessados podiam prosseguir com os estudos, dependendo da política de cada empresa ou entidade empregadora.

O PEC repercutiu positivamente, principalmente no setor da Educação e Saúde, uma vez que, possibilitou a ampliação da rede sanitária e educacional em nível nacional, permitindo o aumento quanti-qualitativo de graduados em todos os níveis, tidos como prioritários. Segundo o Relatório do Comité Central da FRELIMO ao IV Congresso (1983, p. 51-2), desde a independência nacional de 1975 a 1982, os efetivos para o ensino básico ou primário (primeira à quarta classes) do Antigo Sistema de Educação (ASE) cresceram de 672.000 para 1.330.000 alunos. No ensino geral (de sexta à décima primeira classes do ASE) o crescimento foi de 23.000 para 94.400 alunos sendo que a reabertura das décimas e décimas primeiras do ASE, foi possível somente a partir de 1981. Ainda no mesmo período (1975-1982) foram graduados 430.000 na quarta classe, 88.000 na sexta classe, 7.400 na nona classe e 1.100 na décima primeira classe.

Essa evolução ou caminhar crescente da situação educacional ficou comprometida nos anos seguintes em virtude do conflito armado interno entre o governo e o movimento de Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO), cujo término foi em 1992, com a assinatura de um acordo geral de paz.

Em 1997, a taxa de analfabetismo era de 33% nas áreas urbanas e 72,2% nas áreas rurais. De 2000 a 2001, esta cifra reduziu para 31,45 e 68,9% nas áreas urbanas e rurais, respectivamente, sendo a percentagem de analfabetismo de 60,5% em 1997 e 56,7% em 2000/2001 em população igual e superior a 15 anos ou mais. Nessa época, estimava-se que, seis(6) em cada dez(10) adultos e oito(8) em cada dez(10) mulheres não sabiam ler nem escrever português¹³. Verificava-se que, 32% das crianças em idade escolar frequentavam o ensino básico e menos de 10% o secundário.

A elevada taxa de analfabetismo não está apenas relacionada com a devastadora guerra de mais de 10 anos terminada em 1992, mas também, com a disparidade e/ou desigualdade da distribuição da rede escolar, bem como as condições sócio-econômicas desfavoráveis para as populações do interior sobretudo nas regiões do centro e norte do país. A baixa renda familiar e alguns hábitos culturais (casamentos prematuros e ritos de iniciação) são outros fatores que contribuíram para a elevada taxa de analfabetismo.

Como se pode observar acreditamos que o elevado índice de taxa de analfabetismo que o País apresentou nos primeiros anos de independência, influenciou a opção de investimento em formação de recursos humanos em nível básico e elementar tanto para área de educação como para a da saúde. Pelo que, a formação nos níveis acima referidos se tornava imprescindível, principalmente para a área de saúde. Exigia-se, desse modo, a prestação de cuidados básicos de saúde para a população, e para o efeito era necessário formar os

¹³ Existem pessoas que sabem ler e escrever em língua materna e árabe conforme os hábitos culturais e não sabem ler nem escrever na Língua Portuguesa.

profissionais para cada área, a fim de garantir o mínimo de qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

2.4 A situação da mulher moçambicana

No contexto internacional, a época compreendida entre os anos de 1975-1985, foi considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU), como a década da mulher. Segundo Tyrrell e Carvalho (1995, p. 32) constituíram marcos preponderantes desse período a definição do ano de 1975 como o “Ano Internacional da Mulher” pela declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) e a promoção da primeira Conferência Mundial. Ambos eventos fundamentais no desenvolvimento do papel social da mulher na sociedade. Em 1976, realizou-se o primeiro encontro de mulheres feministas onde se aprovou a discussão sobre o conceito de gênero e igualdade na sociedade (MARTINS, 1999, p. 79).

No contexto africano, concretamente na África Austral da qual Moçambique faz parte, a abordagem das questões relacionadas a situação da mulher, ou seja, à integração e/ou incorporação da mulher nos programas políticos nacionais e regionais, só começou a tomar dimensões consideráveis após a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que teve lugar em Beijing China, em 1995.

Esta conferência constituiu uma alavanca para a abordagem de questões de gênero, sobretudo, para os governantes dos países da África Austral. Partindo desta Conferência, o Conselho de Ministros da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC¹⁴); optou por elaborar uma série de recomendações face a situação da mulher na região. E, conseqüentemente, os governos da África Austral participantes da Conferência de Beijing determinaram avançar com os objetivos das declarações da conferência com destaque para a

¹⁴ Sigla em inglês para: Comunidade de Desenvolvimento da África Austral.

promoção da igualdade, desenvolvimento e paz para a mulher no interesse da humanidade. E, reafirmaram o compromisso pela implementação de:

Igualdade de direitos e a inerente dignidade humana da mulher e do homem enunciados na carta das Nações Unidas, à Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais dos direitos humanos, em particular a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção dos Direitos da Criança, bem como, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra mulher e a Declaração sobre o direito ao Desenvolvimento;

Garantir a implementação plena dos direitos humanos da mulher e da rapariga como uma parte inalienável, integral e indivisível de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

Construir um consenso e progresso registado nas conferências e cimeiras anteriores das Nações Unidas – sobre a mulher em Nairobi em 1985, sobre a criança em Nova Iorque em 1992, sobre os direitos humanos em Viena em 1993, sobre a população e desenvolvimento em Copenhaga em 1995 com o objetivo de alcançar a igualdade, desenvolvimento e paz;

Realizar a implementação plena e efetivas das Estratégias de Nairobi para o avanço da mulher com visão no futuro;

Empoderamento e avanço da mulher, incluindo o direito de liberdade de pensamento, consciência, religião e crença, contribuindo assim para as necessidades morais, éticas, espirituais e intelectuais da mulher e do homem, individualmente ou em comunidade com os outros e garantindo-lhes, deste modo, a possibilidade de realização do seu pleno potencial na sociedade e na determinação de suas vidas de acordo com as suas aspirações (DECLARAÇÃO DE BEIJING, 1995, in SILVA & ANDRADE, 2000, p.116).

Acreditamos que o empoderamento da mulher e a sua participação plena na base de igualdade em todas as esferas da sociedade, incluindo o processo de tomada de decisão e acesso ao poder, são fundamentais para o alcance da igualdade, e desenvolvimento. Julgamos que os direitos da mulher são efetivamente direitos humanos. Um reconhecimento explícito e reafirmação do direito de toda a mulher para controlar os aspectos da sua saúde, em particular à sua fecundidade, é essencial para o seu empoderamento. “A participação e contribuição de todos agentes da sociedade civil, particularmente os grupos de mulher e suas redes e outras organizações não governamentais e comunitárias, com maior respeito pela sua autonomia, em cooperação com governos são importantes para a efetiva implantação da plataforma de ação” (SILVA E ANDAE, 2000, p. 116).

A declaração dos Chefes de Estado ou Governo dos Países constituintes da SADC, em setembro de 1995, priorizou o debate sobre a situação da mulher nos programas de ação da região e nas iniciativas de edificação da comunidade.

Apesar desses compromissos a realidade da mulher na África Austral apresenta-se como sendo de grande vulnerabilidade, marginalidade e não gozo da igualdade de condições, acesso aos serviços e recursos de igual modo que os homens. Fatores como o analfabetismo, limitação do acesso à zonas urbanas, a crença e a conservação de alguns tabus e hábitos culturais, entre outros, fazem com que as mulheres estejam mais concentradas nas zonas rurais onde as possibilidades e facilidades aos serviços são escassos. Portanto, os aspectos sócio-culturais são fatores considerados que fazem com que elas permaneçam como primeiras vítimas dos efeitos negativos dos programas de ajustamento econômico. A minoria, que aparentemente vence essa barreira, permanece em geral nas chamadas “profissões femininas” ou ascende apenas para posições intermediárias de direção.

A situação da mulher moçambicana é parte da realidade da mulher da África Austral. Os costumes característicos constituídos a nível familiar e cultural, determinam a socialização de homens e mulheres, e em Moçambique não é nada diferente, tanto nas famílias mais alargadas quanto nas nucleares, nas monogâmicas ou nas poligâmicas, das zonas rurais ou das urbanas, e mesmo nas famílias do sistema de linhagem matrilinear, as mulheres ocupam de um modo geral, posições subalternas. Elas sofrem discriminação de acordo com a idade, nível de escolaridade e outros fatores, como por exemplo, o de ser a segunda ou terceira até mesmo, quarta mulher num casamento poligâmico.

A nível do governo moçambicano, o reconhecimento do papel da mulher na reconstrução do país foi demonstrado ainda no governo de transição, pela sua relevante participação na luta de libertação nacional e na mobilização e organização da população, na produção coletiva e na transformação das concepções e práticas da sociedade feudal nas zonas

libertadas. Constitucionalmente, foi definido o dia 07 de abril, como feriado nacional¹⁵, dia em que morreu uma das primeiras mulheres¹⁶, que se distinguiu na participação da luta armada pela libertação nacional. Em plena guerra, além de ações inerentes à luta, ela dedicou-se aos assuntos de assistência social, principalmente no atendimento ao grupo de grande vulnerabilidade naquele meio, o das crianças.

É de sublinhar que, mesmo com a distinção da mulher pela sua prestação para o bem social, verificava-se que, nenhuma lei favorecia totalmente a situação da mulher. Assim sendo, a mulher moçambicana inspirada pelos movimentos feministas internacionais, mostrou-se decidida em continuar a luta pela sua emancipação, ideal construído desde a formação da Organização da Mulher Moçambicana (OMM) nos últimos anos da luta de libertação nacional (1973). Esta decisão foi fortalecida pela II Conferência Nacional da OMM, em 1976 (um ano depois da Independência Nacional), que recomendou o incremento da participação da mulher em todas as atividades de consolidação da independência. Nesta época, as ações da organização resumiam-se, essencialmente, no engajamento para a participação massiva no trabalho voluntário como indicador da consciência patriótica e cívica da mulher moçambicana. Além das organizações de massa a mulher teve um papel importante no processo de cooperativização traduzido pela criação de cooperativas agrárias, artesanais e de confecção de vestuários entre outros (RELATÓRIO DO COMITÉ CENTRAL AO IV CONGRESSO DA FRELIMO, 1983).

No âmbito da saúde materna, a OMM teve uma participação muito valiosa, marcada pela mobilização das mulheres grávidas e das famílias em geral à nível das comunidades, para adesão a consulta pré-natal e vacinação anti-tetânica, serviços que o Sistema Nacional de

¹⁵ É um dia consagrado a mulher moçambicana,

¹⁶ Josina Machel na época, era esposa do Samora Moséis Machel, primeiro Presidente da República Popular de Moçambique. Na história de Moçambique, ela é tida como uma das primeiras mulheres que liderou o grupo feminino que venceu os preconceitos sociais e entrou na batalha da luta armada contra o colonialismo português. Esta mulher, perdeu a vida em 7 de abril de 1971, por problemas da saúde, dois anos antes do acordo de Lusaka (acordo de cessar fogo) e três anos antes da independência nacional.

Saúde oferecia nos Centros de Saúde existentes e em brigadas móveis da saúde que atuavam nas aldeias comunais. Foi por iniciativa da Organização da Mulher Moçambicana, que se construíram as casas de espera para mulheres em estado avançado de gestação nas unidades sanitárias, com maternidades de referência.

A capacitação da mulher foi considerada prioritária para o seu desenvolvimento. A organização criou dois centros regionais, sendo um em Nampula e outro em Gaza, zonas norte e sul do País, respectivamente. Porém, a capacitação proporcionada nesses centros, não oferecia muitas alternativas pois, estava voltada predominantemente para a educação social da mulher, como mãe e como esposa. Portanto, não teve um impacto positivo para sociedade, porque não respondeu as expectativas da maioria, uma vez que o conteúdo educativo não era diferente daquilo que as comunidades, tradicionalmente ou culturalmente, passavam para as jovens através dos hábitos culturais nos ritos de iniciação; ou seja, fazia parte da educação passada na família e nas comunidades conforme os hábitos culturais de cada comunidade ou de cada região do País.

Na estrutura familiar, a mulher moçambicana ocupa um papel importante como educadora das novas gerações. Segundo Silva & Andrade (2000, p.25) “entre os chefes de agregados familiares no setor informal segundo o sexo, 52% corresponde aos agregados familiares, chefiados por mulheres”.

Na política e na tomada de decisão em processos eleitorais, as mulheres aparecem como maioria numérica, ou seja, constituem o maior percentual do total da população moçambicana. Contudo, elas não constituem um grupo maioritário ou dominante (MOSCOVICI, 1981), visto que poucas são as mulheres que ocupam posições de tomada de decisões à nível governamental, nas organizações para-estatais, assim como em empresas privadas.

Segundo Silva (2000), estudos realizados e divulgados pelo *Center for African Studies*¹⁷ revelam que desde meados da década 90, a situação da mulher tende a melhorar, uma vez que o governo tem mostrado interesse em integrar a mulher em todos setores de desenvolvimento do País. A criação do Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social em Moçambique visa a promoção da própria mulher. Este Ministério ocupa-se de ações ligadas a situação da mulher e da família, tal como da coordenação de ação social e/ou atenção à população vulnerável.

Moçambique figura como um dos países da África Austral que ocupa uma das posições de destaque, com “28,6% de representatividade, no parlamento, por mulheres”, (SILVA e ANDRADE, 2000, p.78). Porém, segundo os mesmos autores, de uma forma geral, esta representatividade, ainda não repercutiu positivamente na vida social da mulher. Esta presença considerada “significativa” teve como base na estratégia governamental que consiste na inclusão de maior número de mulheres na lista de candidatos aos cargos políticos e de direção para os diversos setores da economia nacional. Contudo, a discriminação da mulher ainda se faz sentir, e a sua prevalência se deve a fatores como limitação de acesso a educação formal, violência doméstica, e muitas outras formas de discriminação de cunho sócio-cultural que privilegiam o caráter machista do homem moçambicano concebido sócio-culturalmente como um fenômeno normal.

A constituição de Moçambique nega um tratamento discriminatório para a mulher moçambicana, mas a prática social mostra-se contrária a esse preceito constitucional. Daí, que a mulher continua apostando na luta pela sua emancipação e por uma legislação não discriminatória, que corrobore com o texto Constitucional. O artigo 57, da Constituição da República (1990), diz que “o Estado promoverá a emancipação da mulher, e agirá para

¹⁷ Centro de Estudos Africanos

melhorar o papel da mulher na sociedade”. Esta disposição é ainda reforçada na Constituição atual, no seu Artigo 122, nos seguintes termos:

- 1) O Estado promove, apoia, e valoriza o desenvolvimento da mulher e incentiva o seu papel crescente na sociedade, em todas esferas da atividade política, econômica, social e cultural do País;
 - 2) Reconhece e valoriza a participação da mulher na luta de libertação nacional, pela defesa da soberania e plena democracia.
- (MOÇAMBIQUE – CONSTITUIÇÃO, 2004, p.36)

Entendemos que há uma discrepância entre o instituído na Constituição e o que acontece na realidade, visto que os problemas da mulher persistem, exigindo maior cuidado e enfrenta o desafio, na busca de igualdade de oportunidades de gênero e discussões ou debates mais abertos.

A existência de discriminação apresenta duas vertentes: a) há evidências de discriminação contra mulher, pelo alto índice de todas formas de violência contra a mulher no âmbito doméstico/privado e social, através do abuso sexual e outros métodos; e, b) as mulheres não gozam dos mesmos direitos quanto ao acesso e/ou facilidade de crédito pois, as instituições direta ou indiretamente exigem apresentação de bens imóveis como garantia subsidiária para a obtenção do crédito, condição que a maior parte das mulheres não possui. Esses aspectos constituem pontos frágeis do Ministério da Mulher e da Coordenação da Ação Social, provocando as desigualdades de gênero.

Entre os pontos fortes do Ministério da Mulher encontramos à sua dedicação aos problemas da população vulnerável e a busca da emancipação da mulher e da família. Porém, notamos uma contradição em virtude da ênfase que o governo dá à separação das discussões sobre questões da mulher, ao criar um ministério específico para tais assuntos. O que transparece a exclusão do homem na busca de solução para assuntos sociais, ou seja, tenta promover discussões sobre a mulher isoladamente, enquadrando-as no eixo de grupos vulneráveis. Entendemos que, nesta perspectiva, a vida da mulher está relacionada diretamente

a família, e o isolamento do homem implica excluí-lo do compromisso e responsabilidade para com a família, no contexto social.

De modo geral, a trajetória evolutiva da situação sócio-cultural da mulher moçambicana vem-se evidenciando, porém, de uma forma lenta. São múltiplos os fatores que contribuem para a lentidão no desenvolvimento da mulher, entre eles podemos destacar os aspectos culturais, que colocam a população feminina numa condição desfavorável para um rápido desenvolvimento.

2.5 Sistema Nacional de Saúde e a Política de Assistência à Saúde Materna.

Após a independência de Moçambique, na ex-República Popular de Moçambique, o discurso do primeiro Presidente Samora Moises Machel era extremamente valorizado. Foi no âmbito da valorização discursiva do dia 24 de julho de 1975 (Dia Nacional de Nacionalização), que a prática da medicina privada passou a ser concebida como uma forma ou um meio de exploração, que utilizava a doença como modo de enriquecimento. Assim sendo, era de um lado, prioridade do governo a nacionalização do setor da saúde, respaldada pelo Decreto Lei nº 5/75 de 19 de agosto de 1975, do Conselho de Ministros. Por outro lado, o disposto no Artigo 7, na alínea c do Artigo 54 da primeira Constituição da então República Popular de Moçambique, descrevia o seguinte: “todas atividades relacionadas a prevenção e tratamento de doenças, assim como a formação de técnicos de saúde passam a ser exclusivas do Estado”. Daí que no despacho de Conselho de Ministros de 12 de agosto de 1975, era aprovado a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), também respaldada pelo Artigo 116 da Constituição da República de Moçambique (2004, p.33), com o objetivo de “planificar

todos os serviços médicos e sanitários disponíveis e assegurar a assistência sanitária a todos cidadãos indiscriminadamente”¹⁸.

No início da primeira década pós independência, o Sistema Nacional de Saúde criado em 1996, operacionalizou as suas actividades através das seguintes Direções Nacionais¹⁹:

Direção Nacional de Medicina Preventiva (DNMP);
Direção Nacional de Assistência Médica (DNAM);
Direção Nacional de Ação Social (DNAS) e;
Direção Nacional de Pessoal (DNP).

A criação destas Direções teve como base o Decreto n^o 1/75 que criou a estrutura orgânica dos Ministérios. Cada direção tinha competências específicas, exercidas em consonância com outras direções e setores sociais. Portanto, estas direções sustentavam o avanço do plano Ministerial no contexto de promoção, proteção e prevenção da saúde, à toda sociedade moçambicana, através da criação de Centros e Postos de Saúde, priorizando desta forma, as zonas fronteiriças e ex-zonas libertadas, principalmente nas aldeias comunais.

A Direção Nacional de Pessoal foi concebida como um órgão de nível central com competência de:

- a) Promover adequadamente a disponibilidade de recursos humanos e respectiva formação;
- b) Dirigir a atividade de todo pessoal a nível ministerial;
- c) Proceder ao licenciamento e ao controle dos títulos profissionais de saúde, assim como, promover a formação de quadros de todas as profissões técnicas da área de Saúde.

A Direção Nacional de Assistência Médica tinha como função:

- a) Organizar um sistema de prestação de cuidados médicos;
- b) Organizar e dirigir a rede hospitalar do país;
- c) Criar hospitais provinciais auto suficientes; e
- d) Controlar os serviços de exames médicos e certificação de doenças.

¹⁸ DECRETO LEI N^o 67/75 de 12 de junho.

A Direção Nacional de Medicina Preventiva por sua vez, assumia a responsabilidade de organizar e dirigir a prevenção da doença através de:

- a) Educação sanitária das populações;
- b) Saneamento do meio ambiente;
- c) Combate as doenças evitáveis;
- d) Vigilância epidemiológica;
- e) Proteção Materno Infantil e Planejamento Familiar;
- f) Organização dos Serviços de Saúde Escolar;
- g) Organização dos Serviços da Medicina do Trabalho;
- h) Organização dos Serviços da Medicina Preventiva;
- i) Organização dos Serviços de Higiene, da Nutrição e da Educação.

Essa estrutura concebida pelo primeiro governo, para o Ministério da Saúde nos primeiros anos da independência, foi sofrendo reajustes conforme as necessidades e políticas públicas atribuídas ao setor de saúde, bem como, as diferentes estratégias adotadas pelo Sistema Nacional de Saúde, através dos Programas de Saúde implementados ao longo desse período. A perspectiva era de responder, de forma abrangente, às necessidades de assistência à saúde de toda a comunidade moçambicana.

Uma das reformulações desta organização aconteceu sob a cobertura do Decreto Presidencial nº 75/83, de 29 de dezembro publicado pelo Diploma Ministerial nº 35/85, de 14 de agosto. O referido Decreto presidencial estabeleceu objetivos e funções principais do Ministério da Saúde. E, para a realização eficaz destes objetivos e funções, tornou-se necessário definir as estruturas deste Órgão do Aparelho do Estado, bem como, as suas funções e métodos de direção e trabalho através de um Estatuto específico. Nestes termos, após a aprovação do Estatuto pela Comissão de Administração Estatal, ao abrigo do Artigo 3, do Decreto nº 3/85, de 22 de Maio, o Ministério da Saúde ficou organizado de acordo com as seguintes áreas de atividades:

- a) Área de prevenção e tratamento de doenças;
- b) Área de farmacologia;
- c) Área de ação social;

E, quanto a estrutura, foram considerados os seguintes Órgãos:

- a) Direção Nacional de Saúde;
- b) Direção Nacional de Ação Social;
- c) Direção de Recursos Humanos;
- d) Direção de Administração e Finanças;
- e) Direção de Aprovisionamento;
- f) Departamento de Planificação;
- g) Departamento de Cooperação Internacional;
- h) Gabinete do Ministro; e
- i) Secretariado do Vice-Ministro;

As funções da Direção Nacional de Saúde se resumiram em:

- a) Organizar, dirigir e controlar o sistema de prestação de cuidados de saúde nas unidades sanitárias do País numa perspectiva integrada, incluindo cuidados preventivos e curativos no regime ambulatorio e de internamento;
- b) Promover a prevenção e combate das doenças transmissíveis;
- c) Organizar e dirigir a rede hospitalar e toda a infra-estrutura sanitária do País;
- d) Promover a saúde materno-infantil e o planeamento familiar;
- e) Promover a saúde dos trabalhadores e a saúde escolar;
- f) Controlar o exercício da profissão médica e técnica de saúde;
- g) Planificar e controlar a importação, exportação, produção e distribuição de medicamentos para uso humano;
- h) Orientar e investigar a experimentação científica no domínio da saúde e a investigação da medicina tradicional;
- i) Assegurar o cumprimento do disposto em convenções no que se refere a medicamentos tóxicos, estupefacientes, psicotrópicos e outros fármacos.

Dentro desta organização segundo o mesmo Diploma Ministerial na secção II, Capítulo, II, Artigo 11, são definidos os seguintes conselhos que compõem o Ministério da Saúde:

1. **Conselho Consultivo:** composto pelo **Ministro da Saúde**, Vice-Ministro, Diretores Nacionais e outros quadros indicados pelo Ministro;
2. **Conselho Coordenador:** composto pelo Ministro da Saúde, Vice-Ministro, Diretores Nacionais, Diretores Provinciais e outros quadros indicados pelo Ministro, como por exemplo, representantes do partido, representantes das organizações democráticas de massas, bem como, quadros técnicos e outros especialistas.
3. **Conselho Técnico-Científico:** Considerado como órgão de consultoria técnica em áreas de investigação e tem por funções elaborar metodologias de combate as endemias e outras situações de doença, bem como, dar parecer sobre a adoção de novas técnicas de saúde. Ademais, é este órgão que aprova todos processos referentes aos protocolos ou projetos de pesquisas desenvolvidos no País.

A Política de Saúde até o final dos anos 80 caracterizava-se pelo Sistema Único de Saúde. Os serviços de saúde eram cobertos pela rede pública do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tendo como órgão central o Ministério da Saúde através das Direções Nacionais e suas representações em todas as Províncias do País, pelas Direções Provinciais. Esses serviços eram extensivos aos Distritos e seus respectivos postos administrativos. Após a reformulação da Constituição da República em 1990, foi introduzida a rede privada regulamentada pelo Sistema Nacional de Saúde. Porém, até então, o seu efeito não era notório. As suas ações beneficiavam e/ou beneficiam até agora, a classe média alta, ou seja, a classe com maior poder aquisitivo. Portanto, a sua existência faz-se sentir apenas nas grandes cidades. Tanto no modelo anterior da rede única de saúde como no atual que inclui-se a rede privada e o poder decisório é centralizado.

A assistência médica e sanitária, assim como o direito de defender e promover a saúde para todos, constitui um ideal defendido desde a primeira Constituição da República Popular de Moçambique. Este desafio em defender e promover a saúde para todos foi mantido pela atual Constituição, Artigo 89, Capítulo V sobre Direitos e deveres económicos, sociais e culturais (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA, 2004, p. 24) . Porém, entendemos que a manutenção desse ideal continua constituindo um desafio para um país, como Moçambique, caracterizado como um país pobre. Aqui, a pobreza, é um fator que influencia negativamente à implementação efetiva de programas, porque a ela estão associados outros fatores que direta ou indiretamente interferem na realização plena das ações programadas. Contudo, acreditamos que as propostas de implementação de diferentes programas, com intuito de melhorar o estado de saúde à populações, constituem uma forma de atenuar a pobreza.

A atual política de saúde continua a enfatizar a estratégia de expansão da rede sanitária, apostando na garantia e melhoria da qualidade e equidade no acesso aos cuidados primários de saúde. Essa estratégia visa proporcionar assistência de saúde com maior

abragência da população, sobretudo aos grupos mais vulneráveis, tendo em conta a redução de elevadas taxas de morbimortalidade no país, principalmente da mortalidade materna.

Segundo o MISAU & INE (2005, p.09) à estratégia apontada anteriormente, objetiva-se essencialmente em:

- a) Promover e prestar cuidados de saúde de boa qualidade e sustentável com equidade e eficácia, tornando-os acessíveis à população, nomeadamente os grupos mais desfavorecidos;
- b) Elevar o acesso e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde da mulher;
- c) Melhorar os cuidados de saúde infantil e infanto-juvenil;
- d) Prevenir as principais endemias que afetam as crianças através de vacinações;
- e) Melhorar a saúde e os conhecimentos sanitários dos jovens e adolescentes, através de saúde escolar;
- f) Prevenir a infecção pelo HIV;
- g) Atender os indivíduos vivendo com HIV/SIDA;
- h) Reduzir o impacto da SIDA;
- i) Reduzir a prevalência e incidência em falta de micronutrientes (Iodo, Vitamina A, Ferro) nas crianças e mulheres em idade fértil;
- g) Diminuir a desnutrição protético-energético”.

Para obter efeito positivo nessas metas/estratégias, o setor de saúde conta com o atual Sistema de Saúde que compreende três setores que se complementam:

- 1) Setor Público – que corresponde ao Sistema Nacional de Saúde organizado por diferentes níveis de Atenção de Saúde e proporciona cuidados integrados de saúde;
- 2) Setor Privado – Instituições com fins lucrativos ou não, voltados essencialmente para prestação de cuidados médicos curativos;
- 3) Setor Comunitário – preocupado com a questão de auto sustentação, envolve Parteiras Tradicionais (PT), Agentes Polivalentes Elementares (APEs) que respondem pelos cuidados básicos de saúde nas unidades sanitárias de saúde mais ínfimas, situadas geralmente nos locais de trabalho e/ou aldeias mais afastadas da área de influência direta de um Centro de Saúde (CS).

Os médicos tradicionais filiados na Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), são altamente estimados pela comunidade, principalmente as mais desfavorecidas, onde o acesso à Unidade Sanitária continua sendo obstáculo. Nesses locais, o médico tradicional é quem presta cuidados de saúde, dentro do seu conhecimento enquanto não houver meio para alcançar a referida Unidade. Por isso, os médicos tradicionais fazem parte do corpo que constitui o setor de saúde comunitária.

A definição do Ministério da Saúde de Moçambique, apresentada no Diploma Ministerial nº 127/2002, de 31 de julho, considera o Centro de Saúde (CS) como sendo: “uma unidade sanitária de nível de Saúde Primário (NSP) que tem a função de oferecer Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de sua área de saúde, incluindo intervenções sobre o meio ambiente”. E, a Área de Saúde como “unidade territorial com uma população até um máximo de cem mil (100 000) habitantes atendida por um Centro de Saúde” (MISAU, 2002, p.05).

Entre as múltiplas ações de cuidados primários de saúde preconizadas pela Resolução nº 4295 de 11 de julho de 1990, que aprovou a política do setor de Saúde para o quinquênio 1995/1999, as mais realizadas são as ligadas a assistência a saúde Materno-Infantil. Este dispositivo estabelece como prioridade à preservação e melhoria de saúde da mulher, criança e adolescente, através do Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Programa Alargada de Vacinação (PAV) e Programa de Saúde Escolar.

A estratégia, de priorizar cuidados primários vem arrastando-se desde o primeiro governo de Moçambique independente; e, deve-se a existência de irregularidade na distribuição da rede sanitária entre áreas rurais e urbanas, bem como, entre as zonas do interior do sul, centro e norte do País. Essa diferença pode ser atribuída, primeiro, às desigualdades sociais, econômicas e culturais das populações; segundo, a destruição das infra-estruturas sanitárias durante o conflito armado interno, entre forças armadas do governo e as do movimento da Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO). Esta guerra (interna) que durou 16 anos foi devastadora, aliada aos efeitos de calamidades naturais, colocou o País na penúria. Causou grandes seqüelas ao corpo social, as infra-estruturas e a todas as outras esferas da vida social, aumentando o nível de deterioração das condições de vida da população (INDE/MINED, 1999, p.10)

Estimativas do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) revelam que apenas 40% da população moçambicana tem acesso aos cuidados de saúde primário e 20% à água potável, (MISAU, 1997). Esta situação também é apontada pelos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), segundo o qual a população que consome água canalizada é de 15,8%, água de poços ou furos de 61,7%, água de rios, lagoas e lagos 15,6% e 6,8% consome água proveniente de outras fontes, agravando a situação de promoção da saúde e das condições de vida (INE, 2004, p. 29).

A mesma fonte (op. cit), mostra que o acesso, a utilização e a satisfação em relação aos serviços de saúde do ano de 2002 para 2003, apenas 15,9% utilizaram serviços de saúde por doença ou ferimento. No mesmo período, 36,9% consultaram algum Posto de Saúde, 31,7% ao Centro de Saúde, 11,1% ao Hospital, 14,5% aos curandeiros chamados de Médicos Tradicionais, 1,1% aos farmacêuticos 1,0% ao médico 0,9% a clínica privada e 2,9% a outros serviços. Isto nos dá a idéia de que a realidade é crítica e pode ser ditada pelas condições de saúde e a necessidade de expansão da rede sanitária do País. Por isso, consideramos que existem fatores que impedem a abrangência de cuidados de saúde à toda comunidade de acordo com o previsto na Constituição moçambicana, exigindo ao Ministério da Saúde providências para a melhoria das condições de saúde básicas para a população, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida, em especial dos mais vulneráveis (crianças mulheres-gestantes e idosos).

Segundo o INE (2004, p. 49), dados do Ministério das Finanças indicam que entre os setores que o governo mais investe, o da Saúde aparece em último lugar com 9%; seguido de Segurança e Assistência Social 11%; Serviços Públicos Gerais 14%; Defesa e Segurança Pública 15% e Educação no primeiro plano com 21%. Daí que a situação de saúde em Moçambique ratifica-se como crítica, requerendo uma reconsideração das propostas governamentais em termos de investimentos para o fortalecimento do papel do Estado em

relação a saúde da população. Contudo, reconhecemos os esforços governamentais e societários, a respeito da busca da melhoria da saúde, em especial da condição feminina através do Programa Nacional Integrado de SMI/PF-PAV e SEA.

2.5.1 Situação Epidemiológica de Saúde Materna em Moçambique Independente

Pretendemos nesta parte, mostrar um pouco daquilo que foi a saúde materna após a independência, considerando os aspectos evolutivos da sua trajetória epidemiológica.

Os indicadores da situação de saúde materna têm sido e ainda serão, ilustrativos da condição e/ou do nível de desenvolvimento de um determinado País. Nossa pretensão é de objetivar o estado epidemiológico, dando a conhecer um pouco a realidade do diagnóstico de saúde materna em Moçambique independente.

Os dados estatísticos constituem, até então, os alicerces para o esboço do quadro da saúde de uma população. Para o caso da situação epidemiológica da saúde materna maior ênfase tem sido dada a questão da morbimortalidade materna, como um dos indicadores essenciais do diagnóstico da situação de saúde da mulher e/ou de uma determinada população.

A descrição das características da população constitui um aspecto importante para uma avaliação circunstanciada do grupo, objeto do diagnóstico. Nos primeiros 10 anos após a independência (1975-1985), a estimativa da população moçambicana variava entre 10.627.000 a 12.130.000 habitantes com uma população feminina que variava de 5.456.00 a 6.222.000 e a taxa de crescimento de 2.4 a 2.7. A mortalidade materna estimava-se em 1600/100.000 nascidos vivos (INE, 2003, p. 05). E, como já nos referimos no capítulo anterior a maioria desta população ainda era analfabeta.

A Política de assistência adotada pelo SNS através do Programa de Proteção Materno-Infantil, carecia de recursos humanos que pudessem dar resposta satisfatória a curto prazo.

Por exemplo, a estratégia se baseava na exigência em cumprir metas na área de assistência pré-natal e partos institucionais consideradas na altura vertentes mais importantes para a saúde da mulher, contando apenas com os poucos quadros de nível básico.

A partir de 1985, a situação da assistência de saúde materna começou a registrar melhorias. Os Programas concebidos pelo SNS começam a dar conta do diagnóstico das necessidades prementes para a melhoria da condição da saúde da mulher. As dificuldades registradas nos primeiros anos da independência, com a saída massiva do pessoal médico, paramédico e auxiliar, começaram a ser minimamente ultrapassadas. O quadro de pessoal da carreira de obstetrícia, passa a integrado por Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil do nível básico, que se juntaram as antigas Parteiras e passaram a garantir consideradas suas possibilidades, à assistência à saúde materna e/ou da mulher de forma abrangente. A situação epidemiológica da saúde materna à época (1985), quando comparada com os anos anteriores, começava a mostrar tendências de melhoria bastante satisfatórias.

Apesar da taxa de mortalidade materna continuar muito elevada, considerando os indicadores da OMS, havia uma tendência de baixar de 1600 para 1500/100.000 nascidos vivos. A lentidão da diminuição dessa taxa é influenciada por fatores de risco gerais, dentre os quais destacam - se:

a) Contexto familiar: os aspectos socioculturais que configuram a tradição em Moçambique (crenças e tabús) e a diversidade de sub-culturas nas comunidades etnolinguísticas do País, são fatores que restringem por exemplo, o consumo de certos alimentos à mulheres gestantes. A restrição alimentar diminuiu substancialmente os nutrientes na mulher durante a gestação, prejudicando assim, o estado de saúde nutricional da gestante. Outros aspectos se relacionam ao casamento prematuro, multiparidade e o tipo de trabalho que a mulher desenvolve na vida familiar, sobretudo nas zonas rurais;

b) Contexto comunitário: refere-se as condições de saneamento do meio, acesso a unidade sanitária, desenvolvimento sócio-econômico da comunidade, entre outras. O País na época (1985), se caracteriza por baixo nível de desenvolvimento, calamidades naturais e diminuição da resposta dos serviços de saúde por insuficiência de recursos humanos e materiais. A guerra foi um outro fator que influenciou bastante nessa época, a lentidão da resposta do setor da saúde nos aspectos que tangem a assistência a saúde materna e na expansão da rede sanitária para os Cuidados Básicos da Saúde das populações em geral.

A partir de 1995, com o fim da guerra em 1992, até os dias atuais, os índices da cobertura das metas referentes as ações de assistência à saúde materna mostram uma curva ascendente nos quatro componentes primordiais, como se pode ver no quadro que segue:

Quadro 3 – Evolução da cobertura das metas na 2ª metade da década 90 (1995-2000)

COMPONENTES	ANO					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Consulta Pré-natal	65%	68%	71%	74%	77%	80%
Partos Institucionais	24%	28%	32%	36%	40%	45%
Consulta Pós-parto	27%	35%	43%	51%	59%	65%
Consultas de Planejamento Familiar	14%	17%	20%	23%	26%	29%
Variação da taxa da M M/ 100.000 NV	—	1500	1500	1500	—	980

Fonte: MISAU/Departamento de Saúde da Comunidade-Repartição de Saúde familiar

Observando o quadro supracitado, mostra claramente que o aumento das coberturas das metas do Programa e Saúde Materno-Infantil foi significativo. O que pode-se inferir numa melhoria nos quantitativos, no período e 1995 a 2000. Esta evolução de cobertura quando comparada com a tendência de crescimento populacional ao longo do mesmo período que variou aproximadamente de 16.000.000 a 18.000.000 entre os anos de 1995 a 2000, é considerada “positiva e crescente” como mostrado no quadro a seguir.

Quadro 4 - Evolução da cobertura das metas (2005, 2006, 2007)

Componentes.	Ano	2005	2006	2007
Consulta Pré-natal		97,5%	99,4%	116,4%
Partos Institucionais		50,1%	48,4%	51,9%
Consulta Pós-parto		55,6%	63,8%	69,9%
Consultas de Planejamento Familiar		■	■	■
Varição da taxa da M M/ 100.000 NV		182	190	■

Fonte: MISAU

- Cobertura além da meta estabelecida, que era de 98%;
- Dados não encontrados nos documentos consultados.

Para o sucesso da cobertura das metas, os fatores contribuintes que se destacam referem-se a política governamental de insistir na educação, incidindo na alfabetização à toda população, e sobretudo incentivando a população feminina a investir na escolaridade. No setor da saúde a aposta incidiu igualmente na formação específica do pessoal da área de Saúde Materno-Infantil e de agentes da medicina preventiva para garantir os cuidados primários do cunho preventivo no contexto da saúde da mulher.

O envolvimento de líderes comunitários e membros da Organização da Mulher Moçambicana, assim como, a gratuidade dos serviços de assistência inerentes à saúde materna constituíram parte das estratégias governamentais, que permitiram o acesso aos cuidados primários de saúde à maioria da população feminina de baixa renda ou baixo poder aquisitivo.

Uma das causas obstétricas da mortalidade materna e fundamentais no mundo é o aborto, sobretudo quando praticado fora do ambiente hospitalar, de forma insegura e clandestina. A situação da mulher moçambicana, no que concerne a lei do aborto é ambígua. Constitucionalmente, o aborto no País é ilegal e à sua prática é penalizada em todas suas formas. Porém, a Lei do Código Civil, no seu Artigo 358, permite o aborto quando a evolução

da gestação coloca em risco a vida da mulher. Esta permissa foi corroborada pelo Conselho de Ministros e aprovada pelo Decreto de 1980, publicado pelo Ministério da Saúde.

Segundo Bugalho²⁰ (1995), para se realizar o aborto hospitalar existem condicionantes, como por exemplo, o termo de responsabilidade que tem que ser assumido pelo parceiro da mulher ou alguém da família e não apenas pela própria gestante, independentemente da faixa etária (adolescente ou adulta). A aprovação do aborto é feita pelo corpo diretivo dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia de Unidades Sanitárias onde existem serviços de ginecologia. Esta situação mostra que existe uma contradição entre o que a lei determina sobre a saúde reprodutiva relativo a garantia dos direitos da mulher quanto à sua autonomia, e da abertura que se dá para a interrupção da gravidez.

Ademais, o que torna a situação mais polêmica é o que ocorre na realidade, ou seja, as mulheres desfavorecidas continuam a realizar abortos fora dos hospitais, de forma clandestina, ilegal e insegura aumentando o risco e a taxa da morbimortalidade feminina, materna e perinatal por causa do uso de métodos não adequados e das graves complicações pós-aborto. Ao contrário, à procura dos serviços de ginecologia nos hospitais da rede pública é mais registrada pelas adolescentes e mulheres com condições sócio-econômicas aparentemente aceitáveis, na maioria das vezes, sem risco de vida que justifica a solicitação da interrupção da gestação.

Para assistência a saúde materna, o Ministério da Saúde dentro do plano quinquenal, priorizou um conjunto de atividades. Estas atividades estavam essencialmente ligadas aos serviços de saúde materno- infantil, e o governo, através do Ministério da Saúde, reconhecendo a importância dos serviços de saúde materna, e motivado pelos resultados da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, em Cairo, incluiu nesses

²⁰ Médico especializado em Obstetrícia e Ginecologia. Na época médico Chefe dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Central do Maputo (maior Hospital do País).

serviços, a atenção à saúde reprodutiva, ou seja, a necessidade de assegurar direitos reprodutivos e sexuais (MISAU, 1999, p.6), tendo como resultado um “cuidado cidadão”.

2.5.2 Evolução dos Programas de Assistência à Saúde Materna e a Inserção da Enfermagem

A evolução dos programas de assistência a mulher em Moçambique pode estar directamente relacionada com os marcos históricos da inserção da enfermagem ao longo dos tempos, que vão desde a independência até aos nossos dias. O estabelecimento desta relação deve-se ao fato de que foram essas épocas e os(as) profissionais de Enfermagem que garantiram a continuidade dos serviços de assistência à saúde materna preconizados pelos diferentes programas adotados pelo Sistema Nacional de Saúde conforme a descrição que segue:

2.5.2.1 Primeira Década da Independência (1975-1985)

A primeira metade da década 70, foi marcada pelo fim da luta de libertação para a independência de Moçambique e pelo governo de transição. Logo após a independência Nacional em 1975, foram várias as dificuldades enfrentadas pelo Governo da Ex-República Popular de Moçambique, devido a falta de recursos financeiros e humanos qualificados. Esta situação foi herdada do governo colonial em virtude de não ter apostado, durante o tempo que durou a colonização, na formação de nacionais/cidadãos de raça negra. Mas, dentro das estratégias e políticas públicas aplicadas, os grupos de “Mulheres” e “Crianças” foram definidos como grupos alvos para as ações dos Serviços de Saúde Materno-Infantil e do Programa Alargado de Vacinações (PAV). Estes grupos, representava uma grande parte da

população moçambicana que na época (1975-1985), se estimava em 16 milhões de habitantes e, o grupo de mulheres e crianças correspondia a 40% da população total, sendo 17% crianças e 23% mulheres em idade fértil isto é, mulheres na faixa etária de 15 a 45 anos (MISAU, 2004). Nessa época, ao integrar um modelo de assistência que contemplasse a prestação dos cuidados da saúde não apenas no contexto de assistência “médica “ mas também a promoção, proteção e prevenção; Assim, em 1977, foi adotado o Programa de Proteção Materno-Infantil (PPMI), que tinha como principal objetivo “reduzir a mortalidade materna e infantil” (MOCUMBI & ARAÚJO, 1980)²¹.

As ações do Programa de Proteção Materno-Infantil se concentravam exclusivamente na assistência à saúde materna apenas no que diz respeito ao parto, puerpério imediato e a criança no período neonatal²². Entendemos que essa limitação foi ditada pela falta de recursos humanos mais qualificados para esta área, que pudessem assumir, seguramente, as ações assistenciais de forma mais abrangente.

A Enfermagem se inseria hegemonicamente, no Programa de Proteção Materno-Infantil através das ações das Parteiras, Parteiras Auxiliares e Parteiras Visitadoras formadas no período colonial. A preparação oferecida a estas profissionais lhes conferia o domínio de ações inerentes ao atendimento do parto, puerpério imediato e assistência ao recém-nascido no período neonatal. Os cuidados oferecidos a mulher (nova mãe) se limitavam a higiene puerperal e cuidados com cordão umbilical do recém-nascido. O acompanhamento à mulher gestante não se registrava no contexto preventivo, mas sim quando a mulher apresentasse uma patologia de importância clínica.

²¹ Pascoal Mocumbi, Médico Especializado em Ginecologia e Obstetrícia, ex-Ministro da Saúde, ex-Ministro de Negócios Estrangeiros, e ex-Primeiro Ministro da República. Nomeado pela OMS como embaixador de boa vontade para redução da mortalidade materna na região Africana (4 de julho de 2005). Atualmente representante e membro da equipe Europeia e países em desenvolvimento para realização de estudos Clínicos de medicamentos para combate ao risco de infecção por Malária. Teresa de Araújo: Médica Especializada em Ginecologia e Obstetrícia Representante da OMS em São Tomé Príncipe e Cabo Verde, Conselheira da OMS para Projetos de Saúde Materno-Infantil e Conselheira Regional da OMS na África (Brazavil, Congo, Ruanda) para Programas de SMI e Saúde de Adolescentes e Conselheira da OMS em Moçambique, Cabo Verde, Guine Conakry e Vietnan.

²² período que corresponde aos primeiros 28 dias da vida extra-uterina incluindo o recém-nascido.

A adesão aos serviços de assistência a saúde materna pelas mulheres era quase nula, por vários fatores, tais como: os serviços não eram conhecidos nem disseminados; maior parte das mulheres não tinham conhecimento da sua existência, hábitos culturais e a elevada taxa de analfabetismo que naquela época correspondia quase a 100% da população feminina.

Para a redução do impacto dos fatores acima referidos, o governo adotou uma estratégia de formação do profissional da área de Enfermagem, assim como de outras áreas de saúde, abrindo cursos de curta duração para os níveis elementar e básico que, posteriormente, foram estendidos para o nível médio. Esta estratégia foi adotada para garantir os cuidados básicos de saúde e melhorar a qualidade dos serviços. A formação do pessoal mais qualificado era limitado, devido a elevada taxa de analfabetismo que se estimava em 90%, como já nos referimos anteriormente. Este índice elevado de taxa de analfabetismo foi condicionado pela filosofia da educação do regime colonial que colocava barreira para o acesso à escola formal aos nativos não assimilados (CABAÇO, 1999).

No contexto social, apesar da mulher ter mostrado à sua valiosa contribuição durante à luta de libertação nacional, mesmo com a criação do seu primeiro movimento, em 1973, o da Organização da Mulher Moçambicana, a visão que se tinha do papel da mulher se resumia apenas pelo seu aspecto biológico, tendo como principais papéis a procriação (ser mãe), dona de casa com competências de cuidados domésticos e obrigação de cuidar do marido. Este fato, era vivenciado por toda mulher moçambicana independentemente da camada social. E, mesmo em sociedades matrilineares, a mulher era privada à sua autonomia de gozar os seus direitos, como cidadã.

Porém, os desafios da mulher na luta pela sua emancipação foram-se delineando a partir da II Conferência da OMM, que recomendou o incremento da mulher em todas atividades da consolidação da independência²³.

²³ Relatório do Comitê Central ao IV congresso da FRELIMO (1983)

2.5.2.2 Segunda década da Independência (1985-1995)

Apesar da guerra interna que desestabilizava o País (várias infraestruturas sanitárias foram destruídas e o acesso a unidade sanitária nas zonas do interior era difícil), esta década foi caracterizada pelos primeiros passos e primeiros movimentos societários que demarcaram a evolução, tanto dos programas de assistência à saúde materna quanto da competência da Enfermagem, na garantia dessa assistência. A mobilização das mulheres e divulgação dos serviços em prol da saúde materna envolvia a própria mulher e a comunidade em geral.

Uma das diretrizes Governamentais consistia na melhoria das condições de saúde da mulher e da criança. E desse modo, o anterior Programa de Proteção Materno-Infantil passou a ser conhecido como Programa de Saúde Materno-Infantil, ampliando os seus objetivos. Este Programa definiu como objetivos: a) diminuição da morbimortalidade materno-infantil e perinatal; b) proteção à saúde da própria mãe; c) melhorar a saúde da criança; e, promover um espaçamento mínimo de dois anos, entre uma gestação e outra, garantindo um espaço entre – parto e o bem estar familiar e social; observando-se desta forma que os objetivos focalizavam a diminuição da mortalidade materna e infantil e melhoria da saúde da mãe e da criança.

A taxa da mortalidade materna assim como a infantil continuavam sendo elevadas, com uma estimativa para a mortalidade Infantil de 139/1000 nascidos vivos. As principais causas, se resumiam em casos de enfermidades, como: a malária, infecções respiratórias agudas, desnutrição, doenças diarréicas e sarampo. A taxa da mortalidade materna indicava 1.500/100.000 nascidos vivos, sendo as causas principais: septicemia, hemorragias pós-parto, ruptura uterina, eclampsia, complicações por aborto, anemia grave e doenças inflamatórias pélvicas (DIP), geralmente por conseqüências de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O Programa de Saúde Materno-Infantil incluía, além da assistência à mulher durante o ciclo

gravídico, parto e puérpério imediato, a “consulta pós-parto e a de planeamento familiar” (MISAU, 1997).

O governo através do Sistema Nacional de Saúde disponibilizou, na primeira fase, de forma gratuita, os métodos anticoncepcionais, dando prioridade às Mulheres de alto risco obstétrico, sobretudo as grandes múltiparas²⁴. Mais tarde, esses métodos passaram a ser disponibilizados gratuitamente para todos usuários. Os serviços do Programa de Saúde Materno-Infantil eram oferecidos em todos os Centros de Saúde existentes no País, e garantidos pelas Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil e Parteira Elementares.

Foi nesta época que se evidenciou a estratégia do Governo na implementação do Programa de Saúde Materno Infantil, com a introdução, pela primeira vez, da formação específica de profissionais da área de Enfermagem (Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil). O perfil profissional dessas Enfermeiras se enquadrava nas pretensões do Programa. Esta estratégia permitiu a implementação do plano do Primeiro Ministro da Saúde de Moçambique – Dr. Pascoal Mucumbi, articulando com o Projeto da Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP). Esses cursos obedeceram a um Currículo elaborado e assessorado por Enfermeiras brasileiras, destacando-se o registro da atuação da Enfermeira Vera Aragão²⁵, entre outras. O Curso foi ministrado desde julho de 1981, por um grupo de docentes (Enfermeiros Especializados em áreas de Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Anatomia, todos profissionais Chilenos acreditados e contratados dentro dos acordos governamentais dos dois Países). A direcção do Curso foi assumida por Enfermeiras moçambicanas, com destaque para o registro da Enfermeira Ernestina Jorge e Enfermeira Balbina, Diretora do Curso e Diretora da área Pedagógica, respectivamente.

²⁴ Mulheres que tiveram 6 ou mais partos

²⁵ Enfermeira que participou na Elaboração e reformulação do Curso de Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. Atualmente docente da Universidade Gama Filho.

Era obrigatório que todos os candidatos fossem do sexo feminino,²⁶ como uma estratégia para promover e garantir um elevado nível de aceitação cultural das futuras profissionais a nível da comunidade, atendendo o tipo de atividade que lhes esperava principalmente o de assistência ao parto. Estas profissionais tinham que obedecer a norma de vínculo empregatício de tempo integral em regime interno. A primeira turma deste Curso terminou em 25 de Fevereiro de 1984, após 30 dias de treinos Políticos e Militares, que eram de carácter obrigatório. O cumprimento do treinamento militar era um dos requisitos para prestação da prova final do curso. E, era o plano de Governo colocar as futuras Enfermeiras nas diferentes Províncias do País. A maioria das províncias tinha sido afetada pela guerra, o que justificava a obrigatoriedade do cumprimento dos treinamentos militares antes, para aquisição de conhecimento de algumas táticas militares para autodefesa, para o caso de surgir alguma situação militar imprevista.

A formação das Enfermeiras em Saúde Materno-Infantil passa a integrar a agenda governamental e no setor de saúde como verdadeiro e gigantesco passo na resposta do setor de saúde na luta contra a diminuição da mortalidade materna-infantil, meta prioritária do programa.

A inserção da Enfermagem se tornou evidente nesta década, através da integração e atuação das primeiras Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil que tiveram início de funções, em março de 1984. Cabia a essas Enfermeiras garantir a assistência à saúde da mulher conforme o preconizado pelo Programa de Saúde Materno-Infantil, atuando em: a) consulta pré-natal; b) admissão de parturientes e acompanhamento da evolução do trabalho de parto; c) assistência ao parto e puerpério; d) consulta de pós- parto e de planeamento familiar; e) imunização da gestante e criança; f) consulta de puericultura (desenvolvimento e controle de estado nutricional da criança); e, g) triagem de consulta de pediatria. Em funções simultâneas

²⁶ Esta estratégia, era para promover a aceitação das profissionais no seio das comunidades, uma vez que as recém formadas eram jovens e que não tinha experiências da maternidade.

supervisionavam os serviços de Saúde Materno-Infantil, a nível de algumas Direções Provinciais da Saúde (DPS), assim como Direções Distritais, geralmente em coordenação com o Médico Gineco-Obstetra e/ou o responsável Provincial e/ou Distrital da Medicina Preventiva. Também respondiam pela formação contínua das Parteiras formadas na época colonial, Parteiras Elementares, assim como cadastramento e formação de Parteiras Tradicionais (PT).

No contexto sócio-cultural e político desta década, registraram-se mudanças pouco significativas. A luta pela emancipação da mulher continuava patente, mas a condição da mulher permanecia desfavorável. A luta pelo emprego começou a mostrar resultados positivos, mas a maioria conseguia empregar-se no setor agrícola e no comércio informal, o que não dissociava da relação da mulher com os afazeres domésticos. A mulher continuava privada na forma de decisão de forma autónoma. Na adesão aos programas de assistência a sua saúde, mesmo com a disponibilidade dos métodos anticoncepcionais de forma gratuita, as poucas usuárias que aderiam, tinham limitação na tomada de decisão, pois preservavam a norma cultural segundo a qual o marido e/ou a sogra é quem devia decidir por ela. Esta postura caracteriza a submissão da mulher diante do poder machista. A dominação da Mulher pelo Homem constituiu um fator preponderante para o agravamento da situação da mulher, em virtude da falta de autonomia em matéria da tomada de decisão sobre a adesão aos programas, sobretudo da sua saúde. Por outro lado a saúde sexual e reprodutiva, foi negativamente influenciada pela elevada taxa de analfabetismo, não só da população feminina, mas também, da população em geral.

Por isso, o analfabetismo é considerado como sendo o fator que mais contribuiu para o baixo índice de emancipação da mulher e da fraca adesão aos programas de assistência à saúde materna. Daí a decisão do governo em incluir, no plano de desenvolvimento de

programas outros programas complementares de educação (alfabetização e educação de adultos), a fim de melhor orientar e informar a população alvo.

2.5.2.3 Terceira década da Independência (1995-2005)

Constituiu a época do início da reconstrução e superação dos traumas do conflito armado interno. A assistência a Saúde Materna mostrava uma maior cobertura, e por conseguinte, ampliava-se cada vez mais mostrando aspectos positivos. O Programa de Saúde Materno Infantil que no organograma do Ministério da Saúde constituía-se uma seção, passou a ser inserida na Repartição de Saúde Familiar dentro do Departamento de Saúde da Comunidade. Contudo, o Programa como tal era concebido como Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil (SMI) / Planejamento Familiar (PF) – Programa Alargado de Vacinações (PAV) – Saúde Escolar e de Adolescente (SEA). Este programa, surgiu como uma estratégia para melhorar a resposta do setor da saúde aos problemas e necessidades de saúde da mulher, criança, adolescente e jovem. O objetivo geral do Programa Nacional Integrado de SMI/PF – PAV – SEA, se concentrou na proposta de redução da:

(...) morbimortalidade materna, infantil e juvenil assim como crianças em idade escolar e adolescentes, promovendo as práticas necessárias para uma vida saudável, através de intervenções integradas preventivas e curativas, a serem desenvolvidas desde a comunidade até aos níveis de referência do Serviço de Saúde, dirigidas especialmente para as doenças e as situações que mais contribuem para a morbi-mortalidade e que prejudiquem o desenvolvimento individual e social, priorizando os indivíduos e grupos mais vulneráveis (MISAU, DNS/PNI/DSC/RSF,²⁷ 1997, p.09).

Com o referido programa esperava-se que até o final do ano 2000, no componente materno, se registrasse:

²⁷ Direção Nacional de Saúde Programa Nacional Integrado de SMI/PF-PAV-SEA 1997-1999. Departamento de Saúde da Comunidade Repartição de Saúde Familiar; (Maputo 1997, p. 02).

1. Redução da taxa geral de mortalidade materna em um terço, assim como a taxa da mortalidade materna intra-hospitalar que se estimava em maior de 300/100.000 nascidos vivos em 1994 para menor de 80/100.000 nascidos vivos;
2. Assegurar acesso aos cuidados básicos de maternidade, incluindo informações, educação e aconselhamento sobre riscos, sinais e sintomas de complicações e sobre o planejamento familiar;
3. Redução da taxa de letalidade intrahospitalar para casos de sepsis, trabalho de parto prolongado, hemorragia pré e pós-parto, complicações por aborto, eclampsia e malária, assegurando uma conduta e tratamento corretos e eficaz destes casos;
4. Redução da taxa de morbimortalidade materna em zonas rurais do País através da capacitação e treinamento de parteiras tradicionais, referências de casos de risco para as unidades sanitárias; e,
5. Redução da taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada e redução do número de mortes neonatais por prematuridade, asfixia e hipotermia em pelo menos 50%.

Ainda no âmbito desse programa, para a Saúde Materna, o estabelecimento de metas tinha o objetivo de:

1. Aumentar a cobertura da consulta pré-natal para 80%, com identificação de 90% dos casos de Alto Risco Obstétrico (ARO);
2. Aumentar a cobertura de partos institucionais de 29% (em 1994) para 45%;
3. Assegurar a assistência dos partos extrainstitucionais por parteiras tradicionais treinadas;
4. Aumentar a cobertura de consultas pós-parto de 20% (em 1994) para 65% e;
5. Aumentar a cobertura de consultas de planejamento familiar de cerca de 10 % (em 1994) para 20%, com especial atenção para as mulheres de ARO, motivando o cumprimento do intervalo de parto no mínimo de 2 anos, entre um nascimento e outro.

Nesta década, a coordenação das atividades de SMI era separada em dois componentes: o Materno que assumiu ações inerentes a saúde da mulher e o componente Infantil que além da assistência a criança dos 0 aos 5 anos incluiu crianças na idade escolar, adolescente e jovem. Entre as ações de saúde escolar a maior ênfase foi dada a educação em saúde voltada para imunizações, saúde oral, saúde mental e saúde sexual com enfoque nas Infecções de Transmissão Sexual (ITS), incluindo HIV/SIDA.

Esta mudança programática do Programa de Saúde Materno-Infantil, deu-se com base nos resultados da Conferência da População e Desenvolvimento que teve lugar no Cairo, em 1994, onde foi relacionada “a Saúde Reprodutiva e Sexual com o desenvolvimento dos povos e das Nações” (OSMAN et al, 2002, p.07).

Ainda na vertente materna, foram desenvolvidos diferentes projetos como por exemplo, o da Maternidade Segura (MS), Prevenção de Transmissão Vertical (PTV), o da Saúde Sexual e Reprodutiva e, Cuidados Obstétricos Essenciais. Estes projetos, surgem como uma necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, estabelecendo padrões uniformes de condutas nas causas, complicações e/ou patologias mais frequentes, e assim contribuir para diminuir a morbimortalidade materna (MISAU, 2002).

O projeto de Cuidados Obstétricos Essenciais, consistia basicamente na delegação de competências. Neste projeto são capacitadas Esfermeiras de SMI do nível básico, médio, Enfermeiras Obstétricas, Técnicos de Cirurgia e Médicos que atuam na área de Obstetrícia a realizarem procedimentos técnicos considerados de competência “exclusiva” de Médicos Ginecologistas e Obstétricas, ou seja, médicos especializados. Tratava-se de uma capacitação que conferiu aos participantes conhecimentos técnicos para atuarem de forma segura nas principais patologias conducentes às mortes maternas, através da determinação do diagnóstico, reconhecimento do quadro clínico e tomada da conduta correta. Os objetivos de implementação do curso de cuidados obstétricos essenciais se centraram na:

melhoria da capacidade de diagnóstico e manejo das principais complicações obstétricas, conducentes as mortes maternas; subsidiar os profissionais de saúde que trabalham na área de saúde reprodutiva, particularmente na atenção materna, de conhecimentos e capacidades técnicas sobre a monitorização das principais complicações obstétricas e seu manejo assim como na uniformização das normas de conduta obstétrica (LIBOMBO et al, 2002, p. 06).

A inserção da Enfermagem continuava a ser evidente não apenas pelas ações das Parteiras Elementares, Enfermeira de Saúde Materno-Infantil do nível básico e médio, mas também nelas, Enfermeiras do nível superior: Licenciadas e Especializadas em Enfermagem Obstétrica e, uma Mestre em Enfermagem (capacitada na área de saúde da mulher). Nesta ótica, as atribuições desta classe profissional a nível do Sistema Nacional da Saúde, foram acrescidas responsabilidades passando a assumir direções em número significativo, o que

repercutiu em parte, na melhoria significativa da qualidade e da resposta as necessidades, as diretrizes e ações programáticas do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva assim com da saúde em geral.

Entre os componentes do Programa de Saúde Reprodutiva, segundo OSMAN et. al (2002, p. 7) se destacam:

a) Componentes da Maternidade Segura:

- Cuidados pré-natais;
 - Atenção ao Parto;
 - Cuidados Obstétricos Essenciais;
 - Cuidados Perinatais e Neonatais;
 - Cuidados Pós-parto e Aleitamento Materno;
- b) Informação, educação, comunicação, aconselhamento em saúde reprodutiva e serviços de Planejamento Familiar;**
- c) Prevenção e tratamento da infertilidade e disfunções sexuais de ambos, (homem e mulher);**
- d) Prevenção e tratamento de complicações do aborto;**
- e) Garantia de aborto seguro;**
- f) Prevenção e tratamento de infecções do aparelho reprodutor, especialmente as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e SIDA;**
- g) Promoção da maturação sexual saudável desde a pré – adolescência e uma vida sexual saudável e responsável ao longo da vida, com equidade de gênero;**
- h) Eliminação de práticas negativas e nocivas, tais como a Mutilação Genital Feminina, casamentos prematuros e violência doméstica e sexual contra mulher; e,**
- i) Tratamento das condições não infecciosas do sistema reprodutor, tais como fistula genital, carcinoma do colo, complicações da mutilação genital feminina e problemas de saúde associadas com a menopausa.**

Diferente dos programas anteriores, com o novo nível de Inserção da Enfermagem começa a se fazer sentir o “envolvimento” da categoria, não apenas na implementação, mas também na implantação dos programas. Porém, a capacidade de gerência dos programas por profissionais da Enfermagem constata-se que é mais evidente em projetos de Organizações Não Governamentais, em que a Enfermagem lidera esta área (51%)²⁸, sobretudo, por meio de Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. No Sistema Nacional de Saúde a gerência de

²⁸ Informação verbal dada pela coordenadora da Amodefa, numa conversa sobre as ações das Enfermeiras de SMI no Projeto, no dia 7 de abril de 2007.

Programas ligados às ações de Enfermagem apesar de haver quadros superiores da área, continua sendo predominantemente da hegemônica representada pelos médicos.

No plano governamental e para o melhoramento da qualidade do pessoal, o marco de destaque nesta década foi a formação de profissionais de Enfermagem em Saúde Materno – Infantil do nível médio, inicialmente no curso de promoção, posteriormente, cursos iniciais em simultâneo com os promocionais. Estes cursos foram promovidos também pelo Projeto da FNUAP, em coordenação com o Departamento de Formação do Ministério da Saúde. Após o término da primeira turma do Curso Médio de Enfermagem, nos anos seguintes (1996 e 1997) o mesmo projeto financiou o Curso Superior de Enfermagem para a mesma área, fora do País (no Brasil). Neste projeto, se formaram no país, as Primeiras Enfermeiras do nível Superior, Especializadas em Enfermagem Obstétrica. Este avanço constituiu a base para o início no País, do Curso Superior em Enfermagem e Enfermagem em Saúde Materna em 2004. Ambos os cursos são oferecidos pelo Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA)²⁹, uma Instituição Pública com uma política politécnica, voltada para formação do pessoal da área de Saúde.

Segundo o currículo de formação das profissionais da área de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil, reformulado em 2002, as mesmas deviam responder ao seguinte Perfil:

a) Perfil ocupacional:

As Profissionais de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil desenvolverão as suas funções principalmente nas Maternidades e consultas preventivas de SMI/PF dos Centros de Saúde, Hospitais Rurais, e Provinciais, com a finalidade de promover e melhorar a saúde da mulher, da criança e do adolescente, através da educação e informação sobre os programas preventivos, de tratamento de situações e casos dentro das competências, e do despiste, do diagnóstico e referência precoce de casos ou situações de riscos.

²⁹ O ISCISA e a EEAN/UFRJ, através de suas autoridades competentes, assinaram um protocolo de Intenções de Intercâmbio Técnico-Científico/Consultoria ao Primeiro Curso Superior de Enfermagem em Moçambique

b) A nível das consultas Preventivas de Saúde Reprodutiva e Infantil

1) Componente Materno:

- ✓ Fazer diagnóstico de gravidez e controlar a sua evolução através de observação regular, utilizando a ficha pré-natal e de acordo com as normas vigentes;
- ✓ Fazer a detecção da situação de risco durante a gravidez, e referir oportunamente com a devida documentação (ficha pré-natal e guia de transferência) a mulher para uma Unidade Sanitária de nível superior (ou para clínico tecnicamente mais qualificado);
- ✓ Detectar, controlar e tratar as patologias próprias da gravidez, que estejam dentro da sua competência (Parasitose e Anemias leves), e referir as situações ou casos que estejam fora da sua competência (devidamente documentados com a ficha pré-natal e guia de transferência);
- ✓ Dar educação em saúde e informar a mulher grávida sobre a evolução da sua gravidez, os possíveis riscos e conduta, assim como a alimentação e cuidados a ter;
- ✓ Diagnosticar e tratar doenças ginecológicas mais frequentes, que estejam dentro da sua competência (incluindo DTS), e referir os casos ou situações que ultrapassam a sua competência, assim como, educar a mulher sobre a prevenção de DTS e explicar a conduta no caso de ter adquirido uma DTS;
- ✓ Informar as mulheres sobre os vários métodos contraceptivos e ajudá-la (**aconselhá-la**) a escolher o método mais apropriado, utilizando a técnica e as normas vigentes.
- ✓ Informar as mulheres de alto risco sobre a sua situação e sobre a importância do Planeamento Familiar, e mobilizá-las para o seu uso;
- ✓ Educar, informar e aconselhar aos adolescentes sobre aspectos fundamentais da sexualidade e sobre o uso de métodos de contraceção apropriados para a sua idade;
- ✓ Prescrever e aplicar todos os métodos não cirúrgicos de contraceção.

2) Componente Infantil:

- ✓ Controlar a evolução do crescimento e desenvolvimento da criança desde o 10º dia do nascimento, através do exame clínico detalhado e do cartão de peso e de acordo com as normas vigentes;
- ✓ Aplicar a cada criança as devidas vacinas, de forma a fazer cumprir o calendário de vacinações;
- ✓ Detectar e tratar as doenças mais frequentes da infância, que estejam dentro da sua competência, e em relação aos casos ou situações que a ultrapassem, referi-las antecipadamente para a Unidade Sanitária de nível superior ou para o clínico tecnicamente mais qualificado;
- ✓ Informar e educar a mãe ou familiares sobre a importância do controlo de peso e da vacinação, e mobilizá-la para o cumprimento do calendário de vacinação;
- ✓ Informar e educar as mães sobre as doenças mais frequentes da infância, e qual é o papel da mãe na deteção precoce e no tratamento dessas doenças.

b) Organização das consultas de Saúde Reprodutiva/Infantil

- ✓ Organizar fluxogramas simples e funcionais para um atendimento integrado à mulher/mãe e criança, de modo a evitar fuga ou perda de oportunidades;
- ✓ Planejar e gerenciar estoques de todas as fichas e cartões para o atendimento à mulher/mãe e criança, principalmente o gerenciamento de estoques de contraceptivos de forma a evitar ruptura de estoques;
- ✓ Manter organizados e em dia os registros e os ficheiros de planejamento familiar (PF), atenção especial da criança e de alto risco obstétrico; e,
- ✓ Organizar sessões de educação em grupo e individuais, sobre os assuntos mais pertinentes e importantes da atenção à mulher/mãe e criança.

c) Organização da Consulta dos Adolescentes:

- ✓ Organizar fluxogramas simples e funcionais para um atendimento integrado ao adolescente, de forma a evitar fuga ou perda de oportunidades;
- ✓ Planejar e gerenciar os estoques das fichas para o atendimento de adolescentes e, principalmente, gerenciar a distribuição de contraceptivos requeridos para este grupo alvo, de forma a evitar ruptura de estoques;
- ✓ Organizar sessões de educação e aconselhamento em grupo e individuais, sobre os assuntos mais pertinentes e importantes da atenção ao adolescente;

d) A nível do Programa de Prevenção das DTS/SIDA

- ✓ Implementar as normas nacionais definidas para o seu nível de atenção no contexto das consultas integradas de saúde reprodutiva da mulher/mãe e dos Adolescentes;
- ✓ Organizar sessões de informação, educação e aconselhamento em grupo e individuais, sobre as medidas de prevenção e participação comunitária no contexto das consultas integradas de saúde reprodutiva (SR);

e) A nível de outros programas preventivos (Saúde Escolar, entre outros)

- ✓ Implementar atividades que forem definidas para o seu nível de atenção;

f) A nível da Maternidade- Atenção ao Parto e Puerpério:

- ✓ Conduzir e controlar a evolução de um trabalho de parto normal, utilizando sempre o partograma;
- ✓ Detectar e diagnosticar precocemente situações anormais durante o trabalho de parto;
- ✓ Prestar os cuidados assistenciais no trabalho de parto, ou em situação que ultrapassam a sua competência;
- ✓ Fazer a transferência dentro do mais breve tempo possível, enviando a parturiente devidamente assistida de acordo com cada caso;
- ✓ Prestar cuidados imediatos, clínicos e de enfermagem ao recém-nascido normal e patológico;

- ✓ Detectar o recém-nascido de risco, ou situações que possam contribuir para o risco, dar os cuidados imediatos necessários e referir de acordo com o nível de competência;
- ✓ Prestar cuidados clínicos de enfermagem às puérperas normais, patológicas e pós operadas;

g) A nível da Gestão de Programas de SR/I

- ✓ Assistir e apoiar o chefe da secção de saúde da comunidade em todos os aspectos ligados à gestão dos Programas de SR;
- ✓ Fazer a gestão e apoiar a logística dos programas de SR (Planificação e implementação das atividades definidas para o seu nível-distrital/US), assim como supervisionar e avaliar a implementação das actividades realizadas nos níveis hierarquicamente inferiores;
- ✓ Planejar e gerenciar o armanejamento de todas as fichas e cartões para o atendimento à mulher/mãe, criança e adolescente, e principalmente, controlar os estoques de contraceptivos de forma a evitar ruptura nesses estoques;
- ✓ Elaborar planos de ação anuais, semestrais e trimestrais, a seu nível, sobre as principais atividades a serem levadas a cabo, numa perspectiva de plano integrado com a seção de vacinações e de saúde escolar e dos adolescentes;
- ✓ Coordenar com outras Seções da Repartição (p.ex. Seção de Educação para a Saúde) de forma a desenvolver o Programa e ações integradas com maior eficácia;
- ✓ Participar nas atividades do Núcleo Distrital de SR/I, do Comitê de Estudo de Mortes Maternas, Natimortalidade e Mortes Perinatais;
- ✓ Apoiar e fazer parte do corpo de formação contínua, no desenvolvimento de um plano previamente elaborado de formação contínua (formação em trabalho) do pessoal elementar do Programa (Parteiras Elementares e Tradicionais);
- ✓ Apoiar na definição, elaboração e implementação de pesquisas operacionais, com a finalidade de definir estratégias e atividades para a melhoria da implementação do programa de saúde e da qualidade da atenção dos serviços de atendimento à Saúde da mulher.

Como se pode notar o currículo dos Cursos das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, aponta um perfil que responda às necessidades do país, abrangendo uma diversidade de competências dentro dos programas de saúde voltados, neste caso, para Assistência à Saúde Materna.

Entretanto, a inserção dessas profissionais, no Sistema Nacional de Saúde, ficou fragilizada por não envolver as mesmas, em nível central, na discussão da planificação e avaliação dos Programas. Contudo, as ações desenvolvidas por enfermeiras de Saúde

Materno-Infantil, na implementação dos programas de assistência à mulher e adolescente, começaram a mostrar resultados positivos a curto prazo, quando as mulheres começaram a procurar os serviços de saúde materno-infantil com maior afluxo, nos anos 90. Tanto nas comunidades urbanas como em algumas comunidades rurais, um considerável número de mulheres, começou a mostrar conhecimento da existência dos serviços específicos para a assistência a saúde materna. O grau de adesão aos mesmos começou a crescer de ano para ano. Os dados estatísticos, mostravam um padrão ascendente, principalmente na consulta pré-natal, como é mostrado no quadro 1, na página 51.

Nesta década a condição social da mulher começa a ganhar novos horizontes. À luz da Conferência Mundial sobre a Mulher no Beijing-China, (1995), o governo propõe a elaboração de um plano de atividades a serem desenvolvidas no contexto da Plataforma de Ação de Beijing, priorizando projetos de investigação sobre o desemprego feminino, analisando às suas causas. Ademais, implementou diversos projetos, cursos de curta e/ou longa duração; concessão de créditos às populações de zonas rurais com prioridade às mulheres; e projetos de educação a meninas e de apoio a jovens/mulheres do ensino superior, com concessão de bolsas de estudo. Tudo, com objetivos de melhorar as condições da mulher moçambicana e promover, principalmente em mulheres jovens, o espírito de trabalho, de auto-estima, de confiança e de combater a prostituição e o consumo de drogas, assim como as desigualdades sociais acentuadas entre zonas urbanas e rurais.

No levantamento do Estado da Arte, apuramos também que nesta época houveram avanços no que tange as pesquisas voltadas para a análise da situação da mulher em Moçambique. Entre eles podemos destacar as seguintes pesquisas: a) o Impacto da guerra sobre as mulheres em Moçambique; b) Mudanças sociais e crescimento econômico; c) Estratégia para sobrevivência e a situação da mulher: constrangimentos para o crescimento das atividades da mulher; d) a Mulher e a Educação; e) a Mulher e a Saúde, entre outras.

Todos esses estudos estão resumidos numa obra intitulada: *BEYOND INEQUALITIES: Women in Mozambique*³⁰ publicada pelo Fórum da Mulher em Moçambique e *Women in Development*, em coordenação com o Centro de Estudos Africanos sediado na Universidade Eduardo Mondlane em Moçambique.

A abordagem de questões de gênero toma as primeiras páginas da agenda do governo. O Diploma Ministerial 44/97, de 20 de Junho de 1997, reconhece formalmente o grupo operativo para o avanço da mulher, uma unidade central de coordenação de políticas dentro do Governo Moçambicano, cuja principal tarefa é apoiar a integração do gênero a nível do governo (SILVA & ANDRADE, 2000, p.85-6).

Vários estudos foram também realizados na sua maioria pelo Núcleo de Estudos da Mulher no Centro de Estudos Africanos através do seu Departamento de Estudos da Mulher e Gênero (DEMG), oficializado em Maio de 1999. Os estudos abordam questões sobre as relações sociais mulher/homem, no contexto da economia política do país, enfatizando aspectos do gênero na realidade moçambicana. Ademais, esses estudos reforçaram a temática de gênero e possibilitaram a ampliação do interesse de alguns moçambicanos participar na formação na área de gênero e desenvolvimento.

Moçambique, no atual contexto mostra sinais de reconhecimento da integração da mulher nos órgãos do poder. Desde as eleições multipartidárias, que marcaram o início do processo democrático no país, a participação de mulheres estima-se em 31,2%, em relação ao número total dos Deputados na Assembléia da República (RP³¹, 2003, p.28). O número de mulheres que assumem cargos governamentais mostra que a mulher ganha visibilidade social e política, como objetivamos a seguir: Primeira Ministra, Ministras e Vice Ministras, assim

³⁰ Expressão em Inglês que significa: PARA ALÉM DAS DESIGUALDADES: A Mulher em Moçambique.

³¹ REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. 1º Relatório Nacional Sobre a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher: Maputo, 2003.

como, Governadoras Provinciais e Administradoras Distritais, estes cargos estão aumentando significativamente de ano para ano.

Entretanto, ainda a nível do governo, cabe registrar que foi criado um Ministério específico, o atual Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social, que se ocupa da população vulnerável, mulher e a família. Na nossa opinião a ação social e de saúde do homem deverá ser incluída, respeitadas as diretrizes de gênero e de humanização de uma atenção integral à Família.

Considerando o exposto sobre a situação da mulher e os programas de assistência a saúde materna em Moçambique independente, podemos dizer que sendo Moçambique um país jovem, os avanços conseguidos até ao período em estudo foram ampliados e significativos. A história da assistência a saúde em Moçambique, como país, começa no governo de transição que adotou políticas e diretrizes orientadas para superação das dificuldades herdadas do governo colonial caracterizado, principalmente, por pobreza, fraca economia e falta de recursos humanos na área da saúde.

A trajetória evolutiva dos Programas de Atenção à Saúde Materno-Infantil, adotada como política pública governamental mostra que o setor da saúde através do Sistema Nacional de Saúde e as propostas programáticas, assim como, a inserção da Enfermagem nelas registraram marcos evolutivos gradualmente positivos desde o nível elementar até o superior. Os programas de Assistência à Saúde da Mulher foram-se adequando a realidade do desenvolvimento sócio-econômico e político do país ao longo das décadas apresentadas. Portanto, não se distanciaram das diretrizes nacionais e internacionais preconizadas para a assistência à saúde da mulher no que tange a Saúde Reprodutiva e Sexual. Segundo diretrizes internacionais das Organizações que lutam pela defesa dos direitos humanos e pela equidade e justiça social das nações.

No contexto sócio-cultural, a experiência da participação da mulher na luta armada para conquista da independência Nacional, não foi suficiente para superar as representações sócio-culturais e/ou a associação da sua imagem social ao papel biológico de procriação e vida submissa a do homem. Contudo, a mulher foi manifestando a necessidade da sua emancipação, intensificando as ações programadas na década anterior pela OMM. Desse modo, no país, começa a inserir-se no mercado de trabalho e no poder legislativo. Esse processo de inserção inicialmente muito limitada à sua condição social feminina e subsidiária ao poder masculino. Porém, a agenda governamental societária, procurou sempre ampliar, enfatizando a abordagem do gênero, possibilitando outros horizontes ampliando a participação da mulher também no poder legislativo fortalecendo, desta forma, o processo democrático tão necessário na contemporaneidade para a conquista dos direitos dos cidadãos fundamentalmente da autonomia, liberdade, equidade e solidariedade.

Contudo, a questão da classe feminina ainda é vista tanto no contexto social como no político, de forma discriminatória quando comparada com as determinações constitucionais. Na realidade, o reconhecimento social a mulher moçambicana consiste no fato de que ela ocupa um papel importante como educadora. Apesar da constituição da República consagrar os mesmos direitos para homens e mulheres trabalhadores e a lei constitucional defender o tratamento não discriminatório da mulher, a prática social e a legislação ordinária demonstram uma prática inversa e incoerente com a realidade atual hegemonicamente dirigida por legisladores e gestores à condição masculina.

Assim, podemos dizer que existem traços da discriminação da mulher, como categoria social, apesar de algumas conquistas já analisadas, constituindo-se ainda numa grande contradição. No quadro legal moçambicano, foi adotada a convenção relativa a proteção dos direitos humanos e ratificada a Convenção das Nações Unidas sobre a “Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Mulher”, tendo esta última entrado em vigor em Maio de

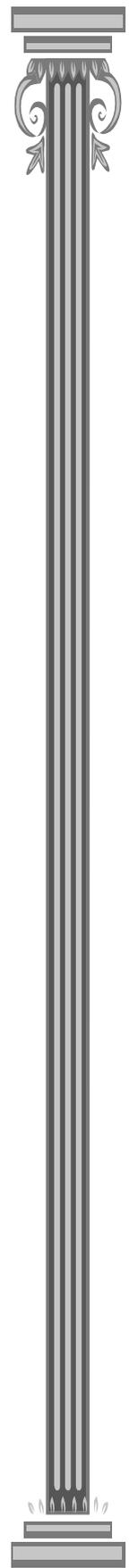
1997³². Apesar deste inquestionável avanço na legislação no discurso oficial, ainda existem algumas ambigüidades na realidade social. Por exemplo, a Constituição proíbe a discriminação contra a mulher e no Título III, Capítulo I, Artigo 3, que trata do Princípio da Igualdade do Gênero onde consta que: “O homem e a Mulher são iguais perante a lei em todos os domínios da vida política, econômica, social e cultural” (Constituição da República de Moçambique, 2004, p. 11). E, no Artigo 9^o sobre a lei de nacionalidade, determina que os direitos são iguais á mulher no que tange a nacionalidade dos filhos. Mas, quando se trata de casamentos, a mulher estrangeira que contrai matrimônio com um homem moçambicano, pode aderir a nacionalidade Moçambicana. Contudo, o mesmo direito não é conferido ao estrangeiro que contrai matrimônio com uma mulher moçambicana.

A criação do Ministério da Mulher e Ação Social suscitou várias correntes sendo umas a favor e outras contra. Uma reflexão mais apurada na realidade atual, leva-nos a entender que a criação deste Ministério pode ser compreendida como uma forma de discriminação, se considerarmos que existem aspectos de ordem cultural, fortemente valorizadas na sociedade moçambicana. Infere-se que a separação dos *fóruns* (feminino/masculino) dificulta uma discussão aberta dos problemas na relação homem-mulher, ou seja, inibe uma posição bilateral compartilhada e justa da família. Em contrapartida, a criação do Ministério da Mulher pode trazer a idéia da preservação da discriminação feminina, colocando a mulher no auge da vulnerabilidade. Esta reflexão, leva-nos a corroborar com a seguinte afirmação:

(...) a criação do Ministério da Mulher e Ação Social que se ocupa da população vulnerável, da mulher, e da família... Esta decisão contrária a perspectiva de gênero que o próprio governo diz assumir, já que a questão da mulher é inserida num Ministério que se ocupa dos grupos vulneráveis e por outro lado, a mulher é vista em relação com a família, retirando ao homem a responsabilidade pelas tarefas de zelo familiar (SILVA & ANDRADE, 2000, p.77).

³² REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. 1^o Relatório Nacional Sobre a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher: Maputo, 2003.

Na verdade, julgamos que a questão fundamental e prioritária não reside no fato de condicionar uma instituição que aborde questões da mulher de uma forma isolada, mas sim, promover ações orientadas para a inclusão da mulher e/ou atividades que contribuam para o seu desenvolvimento, sem excluir o homem ou a família, ou seja, que a abordagem das questões femininas seja considerada de igual maneira como a dos demais integrantes sociais, para assim lograr uma equidade de gênero e de justiça social eliminando a violência de gênero.



3.1 Premissas Teóricas

O objeto e o contexto do estudo leva-nos a aceitar que grande parte da temática trata da maneira como as políticas públicas proporcionaram e possibilitaram a implementação de Programas de Assistência a Saúde Materna em Moçambique ao longo do período pós independência. Por isso, enfatizamos a busca da reflexão e compreensão de marcos evolutivos e de como a Enfermagem se inseriu nas diferentes fases evolutivas das respostas programáticas governamentais concebidos para a Assistência à Saúde Materna. no país.

A preocupação básica aponta, sobretudo para o estudo da inserção profissional da classe de Enfermagem, a qual esteve sempre ligada as representações da identidade e imagem que enfatizam a “relação tradicional” hegemônica à classe Médica, caracterizada pela dominação desta sobre a da Enfermagem e outros profissionais da área de saúde em que pese as determinações constitucionais, e dos ideários defendidos pelos movimentos sociais e das mulheres no país, no atual contexto.

Com base nessa assertiva optamos por abordar fundamentalmente os conceitos que entendemos que definem melhor a base teórica do estudo, tais como Estado, sociedade civil, Ideologia, Hegemonia, Cultura (devidamente articulados na formulação das Políticas Públicas e dos Programas de Saúde Materna), à luz do pensamento gramsciano, na tentativa de compreender, por um lado, como a classe de Enfermagem se inter-relacionou com outras classes na perspectiva evolutiva do saber, saber fazer e gestão desse mesmo saber aplicado à prática profissional na área da saúde, especificamente da população feminina. Ou seja, procuramos entender como o processo de desenvolvimento da economia e do poder, na realidade social, pelo Estado, controla a sociedade civil, atuando como um grupo hegemônico. Portanto, como o Estado busca e conquista o poder político-social através de formulação e controle de Políticas Públicas orientadas para a Saúde Pública do país. E, neste caso, para que a Enfermagem possa (re) visitar sua “história” e “identidade” como classe, deve distinguir-se

das demais áreas e/ou classes através de uma ideologia que expresse os princípios e diretrizes de sua organização, na “práxis” do seu “reconhecimento” político-social como uma área técnico-científica aplicada à realidade social.

Desta maneira, afirmamos que o pensamento teórico-político gramsciano, serviu de base para as reflexões do estudo na perspectiva de compreender os marcos evolutivos dos Programas de Assistência à Saúde Materna em Moçambique e de como se construiu e se constrói o processo de inserção da Enfermagem. Ademais, a abordagem de Gramsci é coerente com a idéia de estruturas históricas, constituídas em parte pela consciência e pela ação de indivíduos e grupos. Portanto, o pensamento gramsciano contrasta com o “estruturalismo” abstrato, na medida em que tem um aspecto humano(ista) em virtude de que a mudança histórica é compreendida num grau significativo como consequência da atividade humana coletiva.

Assim se faz necessário conhecer, mesmo que brevemente obra de Antonio Gramsci, denominado por consenso pelos estudiosos, especialmente gramscianos, como: o “comunista italiano sardo”, “dirigente das classes operárias”, o “teórico da política” e da “hegemonia e democracia”, dentre outros. Isto posto, registramos por oportuno, em que pesem as críticas feitas a esses conceitos no passado e presente que servirão, sem dúvida alguma, para as reflexões do pensamento comunista presente e futuro.

3.2 Sobre os Conceitos de ideologia e Cultura

O termo ideologia possui vários sentidos: pode ser concebido como conjunto de idéias, opiniões a respeito de algum objeto em discussão; pensamento e/ou uma doutrina ou mesmo uma organização sistemática dos conhecimentos destinados a orientar a prática, e/ou a ação

efetiva; ou seja, conjunto de valores, opiniões, atitudes inerentes à natureza do Homem e da Sociedade, à sua condição e funcionamento passado, presente ao seu advir (Gallino, , 2005).

A ideologia como “conjunto de idéias” pode ser observado, por exemplo, em uma dada classe ou grupo social que tem suas idéias, suas condições, seus objetivos que orientam à sua prática. Mas também, “ideologia” pode ser concebida como uma forma sutil de pensamento podendo trazer certas conseqüências prejudiciais que podem levar um homem ou uma determinada classe social a pensar, sentir, agir de maneira conveniente com interesses que permanecem vedados e que, na maioria das vezes, dignificam a uma outra classe (hegemônica-dominante) que tira proveito do trabalho da outra (dominada).

Segundo Gramsci in Coutinho (1995, p. 61), a ideologia foi um aspecto do “sensorialismo”, ou seja, do materialismo francês do século XVIII. Sua significação original se concebia como “ciência de idéias” e, já que a análise era o único método reconhecido e aplicado a ciência, significava “análise das idéias”, portanto, pesquisa das idéias. E, o conceito da ideologia assim concebido, passou a significar um determinado “sistema de idéias” que deve ser examinado historicamente já que logicamente o processo é fácil de ser analisado e compreendido. A abordagem Gramsciana ainda enfatiza a necessidade de:

(...) distinguir entre ideologias historicamente orgânicas, isto é, que são necessárias a uma determinada estrutura, e ideologia arbitrárias, *racionalistas*, “desejadas”. Na medida em que são historicamente necessárias, as ideologias possuem uma validade que é validade “psicológica”: elas organizam as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam etc. Na medida em que são “arbitrárias”, elas não criam senão “movimentos” individuais, polêmicas, etc. (Coutinho, 1995, p. 62-3).

Para Gramsci (2006, p. 98-9), a ideologia orienta a prática dos homens. “É o topo de uma concepção do mundo que se manifesta não só no direito e atividade econômica, mas também, em todas as manifestações da vida singular e coletiva, o que forma uma unidade ideológica em todo bloco social unificada por essa ideologia”.

Gramsci ao descrever sobre a "ideologia" preocupou – se com a maneira como se realiza a sua difusão. Para esse fim, considera que o processo de difusão ocorre, basicamente, em dois momentos progressivos: num primeiro momento, é natural que uma determinada concepção de mundo seja mais difundida entre a classe dirigente; num segundo, a ideologia difunde-se na cultura popular (GRUPI, 1978).

Desta forma, ideologia pode ser caracterizada como uma concepção do mundo ou visão do mundo que permeia em cada um de nós.

Na abordagem gramsciana, a ideologia existe para orientar o pensamento de uma sociedade ou grupo, mas o erro está no ato de considerar o valor das ideologias, pois se dão o nome de "Ideologia", tanto a uma superestrutura que é necessária a uma determinada estrutura, como as iniciativas individuais. Por isso, é essencial distinguir: as que são historicamente orgânicas e/ou que surgiram conforme a necessidade que a história apresenta e, as que surgiram por iniciativas individuais e racionalistas (GRUPI, Op. cit).

Segundo Eagleton (1997), ninguém até hoje propôs uma definição única de ideologia; porque o termo “ideologia” tem toda uma serie de significados convenientes, nem todos eles compatíveis entre si. E, ainda, o autor diz sobre a definição da “ideologia” ela ser “um texto, tecido com uma trama inteira de diferentes fios conceituais; é traçado por divergentes histórias, e mais importante, provavelmente, do que forçar essas linhagens a reunir-se em alguma grande Teoria Global é determinar o que há de valioso em cada uma delas e o que pode ser descartado”.

Cabe enfatizar também, que além de observar nessa relação de significações de “ideologia” de que nem todas elas são compatíveis entre si; observam-se em outras: conotações pejorativas, outras ambigualmente pejorativas e outras ainda nada pejorativas; questões epistemológicas (questões relacionadas com o conhecimento do mundo), enquanto outras se calam a esse respeito; algumas compreendem um sentido de percepção inadequada

da realidade (enquanto uma definição como “conjunto de crenças orientadas para toda a ação”(...)).

Isso traduz de forma geral, segundo Eagleton (1997), duas das tradições correntes que se encontram inseridas no termo de “ideologia”: de um lado, uma linhagem central de Hegel e Marx a Georg Lukács e alguns pensadores marxistas posteriores a qual esteve muito preocupada com idéias de verdadeira e falsa cognição, com a ideologia como ilusão, distorção e mistificação; de outro lado, a outra corrente dirige-se a uma tradição de pensamento menos epistemológica que sociológica direcionada para idéias na vida social do que para seu caráter real ou irreal. A herança marxista hesita entre as duas correntes intelectuais, e o fato de que ambas têm algo importante a nos dizer. Para os sociólogos norte-americanos existe a crença de que a ideologia é uma forma esquemática inflexível de se ver o mundo, em oposição a alguma sabedoria mais simples, gradual e pragmática, que foi elevada, no pós-guerra, da condição de uma peça de sabedoria popular à posição de uma elaborada teoria sociológica. Para o teórico político norte-americano Edward Shils, as ideologias são explícitas, fechadas, resistentes a inovações, promulgadas com uma grande dose de afetividade e requerem a total adesão de seus devotos.

Nessas reflexões sobre as significações da ideologia Eagleton (op. c.t) registra várias objeções ao termo (ideologia) do qual destacamos à alegação de que “a ideologia consiste em um conjunto particularmente rígido de idéias e que nem todo conjunto rígido de idéias é ideológico” e o ilustra com vários exemplos chamando a atenção para aspectos práticos, filosóficos o que ele traduz da seguinte forma: o termo ideologia parece fazer referência não somente a sistema de crença, mas a questão de poder. Aqui, ele refere que a ideologia tem a ver com legitimar o poder de uma classe ou grupo social dominante. E faz referência a obra de John (1984) quando afirma que “estudar ideologia é estudar os modos pelos quais o significado (ou a significação) contribui para manter as relações de dominação”. Nesta

perspectiva ao avançar na análise do termo afirma ser provavelmente, a única definição de ideologia, mais amplamente aceita e onde o processo de legitimação parece envolver seis estratégias diferentes: um poder dominante pode legitimar-se promovendo crenças e valores compatíveis com ele; naturalizando e universalizando tais crenças de modo a torná-las óbvias e aparentemente inevitáveis; denegrindo idéias que possa desafiá-lo; excluindo formas rivais de pensamento, mediante talvez alguma lógica não declarada, mas sistemática; e obscurecendo a realidade social de modo a favorecê-lo. Reconhece também que nessas significações podem originar-se resoluções imaginárias e contradições reais e podem estabelecer entre essas seis estratégias de poder interações entre si complexas.

Apoiando-nos em Eagleton (1997, p. 36 - 40) passamos a interpretar as seis maneiras diferentes mais possíveis de definir “ideologia”, as quais segundo seus estudos são as que encerram os enfoques mais nítidos e são elas enfocadas como:

1. processo material geral de produção de idéias, crenças e valores na vida social.
2. idéias e crenças (verdadeiras ou falsas) que simbolizam as condições e experiências de vida de um grupo ou classe específico, socialmente significativo.
3. promoção e legitimação dos interesses de tais grupos sociais em fase de interesses opostos;
4. atividades de um poder social dominante;
5. idéias e crenças que ajudam a legitimar os interesses de um grupo ou classe dominante, mediante sobretudo a distorção e a dissimulação;
6. crenças falsas ou ilusórias considerando-as porém oriundas não dos interesses de uma classe dominante mas da estrutura material do conjunto da sociedade como um todo.

Em nossa compreensão, essas seis concepções se interrelacionam e são “perfeitamente aplicáveis e aplicadas à fundamentação das categorias empíricas”³³, construídas, nesta investigação, a partir da vez e da voz dos protagonistas mais relevantes nos marcos evolutivos dos programas de saúde materna e da inserção da Enfermagem neles.

Concordando com Eagleton a primeira definição “processo material de idéias e crenças e valores na vida social” assemelha-se a cultura, denotando aqui todo o complexo de

³³ O grifo é nosso.

práticas significantes e processos simbólicos da sociedade em particular – neste caso da sociedade moçambicana –, assinalando o modo como os indivíduos “vivenciam” suas práticas sociais, mais do que as próprias práticas, que seriam o âmbito da política, economia, teoria da afinidade, entre outras. Considera-se aqui também, que a acepção de ideologia é mais ampla que o sentido de “cultura” que se restringe ao trabalho artístico e intelectual de valor conhecido, porém é mais restrita que a definição antropológica de cultura, que engloba todas as práticas e instituições de uma forma de vida. Esta abordagem, segundo o autor, enfatiza a determinação social do pensamento oferecendo assim um antídoto valioso ao idealismo mais há que ter cuidado para que não fique em silêncio a questão do conflito político; pois ideologia, neste sentido significa mais que as práticas significantes que uma sociedade associa ao alimento (por exemplo), envolve as relações entre estes signos e os processos de poder político. Para objetivar esta definição poderíamos citar as afirmações populares encontradas nas categorias empíricas de que *o médico é quem dá a vida, receita os medicamentos, cura as doenças, e dirige as políticas de saúde.*

Na segunda definição a assertiva de a qualificação “socialmente significativa” é necessária, pois, seria estranho falar de idéias e crenças como uma ideologia própria. Aqui a ideologia aproxima-se da idéia de uma “visão de mundo”, embora se possa afirmar que as visões de mundo se ocupam de maneira geral, com assuntos fundamentais, tais como o significado da morte ou o lugar da humanidade no Universo, ao passo que a ideologia poderia estender-se a questões mais específicas, por exemplo, da identificação e identidade.

Aplicamos essa definição (visão de mundo) neste estudo, quando se distinguem nas propostas governamentais os protagonistas “formuladores”³⁴ dos Programas de Saúde Materna (essencialmente técnicos: Ministros, Assessores Técnicos, Diretores, Chefes,

³⁴ As expressões e grifos são nossos

Coordenadores) e os protagonistas “executores”³⁵ das ações formuladas (neste caso, Enfermeiras elementares, de nível médio e superior). Em outras palavras, poderíamos dizer que se cria um “conflito político-cultural” entre os que “pensam” e os que “fazem” (intelectuais/operárias).

A terceira definição trata da “promoção e legitimação dos interesses de grupos sociais que são dominantes”; neste caso, aplica-se aos interesses que tem relevância no sentido de apoiar ou desafiar toda uma forma de vida política. Aqui a ideologia é vista como um campo discursivo no qual os poderes sociais que se auto-promovem conflitam e colidam acerca de questões centrais para a reprodução do poder social como um todo. Também há que considerar nesta acepção que ideologia é um discurso especialmente “orientado para a ação”, em que a cognição é contemplativa subordina-se, de modo geral, ao favorecimento de interesses e desejos “a-rationais”. É por isso, que Eagleton (1997), diz que falar “ideologicamente” tem às vezes na opinião popular um desagradável tom de oportunismo, sugerindo uma prontidão para sacrificar a verdade a objetivos menos honrados.

Nesse caso, nos apoiamos nesta definição para compreender o discurso médico na formulação, controle e avaliação dos Programas de Saúde Materna-Infantil, um “discurso oficial dominante” que subordina os discursos dos demais profissionais – da área da saúde (enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, assistente social, psicóloga, entre outros), em especial o da enfermagem - “discurso oficial dominado”, mostrando-se como um “discurso verídico” mas com um tipo de “fala retórica” e persuasivo mais preocupado com a produção de certos efeitos eficazes a propósitos políticos do que com a situação “como ela é”. Segundo o autor, esta é uma ironia, que a ideologia pode ser considerada como excessivamente pragmática e por outros, insuficientemente pragmática, extremamente absolutista, inflexível e fora da realidade.

³⁵ As expressões e grifos são nossos

O que poderíamos dizer, para uma reflexão, com base nesta definição, é que é muito objetivo para nós, Enfermeiras, referimo-nos a uma inferência que trata da ideologia nos seguintes termos: a ideologia da classe médica, como uma referência que fortaleceria e estaria ao serviço da mercantilização da medicina à favor da do grupo social da população rica, ou seja, aquela que pode pagar “qualidade”. E, nesta assertiva os outros profissionais da saúde, “excluídos” do fato político, de “formulador” de políticas de saúde, não constituiriam uma ideologia dominante. Portanto, não poderiam “unificar” uma formação social de maneira que seja conveniente para seus governantes e para a sociedade. Neste sentido, fica muito claro que não se trata apenas de aceitar a imposição de idéias da classe dominante, mas sim de garantir uma cumplicidade das classes.

As seis maneiras de definir ideologia apresentadas por Eagleton (1997) escolhemos a quarta (4^a) e a quinta (5^a) definição para fundamentarmos o princípio de que uma ideologia (enquanto idéias, crenças e valores) pode ajudar a legitimar os interesses de um grupo ou classe dominante, mediante sobretudo a distorção e a dissimulação. Aqui, cabe chamar a atenção para o fato de que a ideologia nos coloca num campo muito difícil, ao tratar de identificar se se trata de um discurso politicamente oposicionista como aquele que promove e busca legitimar os interesses de uma classe ou grupo subordinado, por meio de recursos como “naturalização” universalização e dissimulação de seus reais interesses.

Como Enfermeiros observamos que a legitimação da ideologia da classe dominante médica tem a seu favor, por um lado, os intelectuais (médico político, artistas e atores culturais); e por outro lado, os integrantes da mídia escrita (jornais, revistas, materiais didáticos do Estado e/ou privados), da rádio e da televisão. Para favorecer a legitimação do seu discurso dominante, a classe médica utiliza como fundamentos, dentre outros: ser uma profissão milenar no mundo; ser uma classe profissional rica, cultural e economicamente; ser secular (200 anos) por exemplo, no Brasil, é uma profissão que remota da época imperial; por

ser quantitativamente superior ao número de enfermeiros; ser formuladores de políticas públicas e de saúde; ser de ocupantes quase que exclusivamente do cargo de Ministros da Saúde ou de chefe de Estado (nível central) e de Secretários ou Diretores de Saúde (nível regional ou provincial). A afirmação de que nas sociedades capitalistas avançadas, os meios de comunicação são frequentemente considerados um possante veículo através do qual a ideologia dominante é disseminada, é verdadeira; assim como o reconhecimento de que a mesma é mais um recurso de controle social do que um aparato ideológico.

Em nossa compreensão, esse “discurso dominante” aproveitou-se e ainda aproveita-se da desorganização da fragilizada “unidade”³⁶ da Enfermagem, desprovida de um “discurso de oposição”, explorando essa situação com cinismo e concedendo benefícios à aqueles a quem solicitou e/ou solicita apoio. E, todas essas manobras fazem parte de um tipo de ideologia ou de um tipo de coação ideológica, mas nenhuma delas é irredutível à questão da ideologia. Contudo, cabe enfatizar que o fato de as pessoas não combaterem ativamente um discurso dominante ou um regime político que oprime, não significa que seus valores governantes tenham sido absorvidos mansamente. Pode ser até que ainda não despertaram para perceber o sentido do pensamento e ação. Talvez possa ser medo das conseqüências do opor-se a um regime ou discurso, ou poder que desgasta ou, na melhor das hipóteses preocupadas para não desperdiçar o precioso tempo que se investe em várias jornadas de trabalho para poder subsistir dignamente. Por isso, é por demais importante registrar que as classes dominantes têm à sua disposição inúmeras técnicas de controle social que são consideradas prosaicas e materiais de mais valia do que convencer seus sujeitos de que pertencem a uma raça superior ou exortá-la a identificar-se com o destino da nação.

Na sexta definição pode-se constatar, segundo Eagleton (1997), que o termo ideologia permanece com uma conotação pejorativa, mas evita-se uma descrição genético-classista e

³⁶ Termo e grifo nosso

ainda cita como exemplo típico nesta definição de ideologia, como veremos, a célebre teoria de Marx: o fetichismo das mercadorias.

Retomando a questão da ideologia, na abordagem de Eagleton (op cit), podemos dizer que ideologia é entendida como “relações vivenciadas” e não como “representações empíricas”, e sendo isto verdadeiro seguem-se algumas conseqüências políticas importantes, das quais três são assinaladas abaixo:

- a) Não se pode transformar substancialmente a ideologia oferecendo-se aos indivíduos descrições verdadeiras em lugar de falsas;
- b) Falar de um erro ideológico é falar de um erro com tipos específicos de causas e funções;
- c) Uma transformação de nossas relações vivenciadas com a realidade só poderia ser assegurada mediante uma mudança material dessa mesma realidade.

Para o autor (op. cit), negar que a ideologia seja principalmente uma questão de representações empíricas corresponde a uma teoria materialista de como ela opera e de como ela pode ser alterada. Ao mesmo tempo, afirma o autor, é importante de um lado, não reagir de modo tão violento contra uma teoria racionalista de ideologia, como abster-se de tentar corrigir às pessoas quanto às questões factuais; e, de outro lado, negar que a ideologia seja fundamentalmente uma questão de razão, não significa concluir que ela é totalmente imune a considerações racionais. E, por esta razão, para o autor, teria o sentido quando: o tipo de discurso que resultaria da participação ativa do maior número possível de pessoas em uma discussão sobre esses assuntos, estando elas tão livres quanto possível da condição de dominação.

Nos *Cadernos de Carcer*, a referência gramsciana de ideologia está presente na reflexão carcerária, numa ampla gama de casos. Tomando como base o já exposto e conforme Liguori (2007), constatamos que a palavra “ideologia”, no pensamento gramsciano tem quatro significados que nos parecem fundamentais, à guisa de conclusão, frisar neste estudo: a) concepção de mundo; b) sistema de idéias políticas; c) ideologia política; e, d) ideologia

social. Nestes significados Gramsci afirma a relação que há entre ideologia e filosofia, entendendo a filosofia como concepção de mundo geral de uma classe “*ideologia*” (sobretudo se política).

Portanto, a “ideologia”, em Gramsci é a representação da realidade própria de um grupo social. O sujeito individual tem uma visão própria do mundo, que não é só sua, mas também do grupo do qual faz parte; ou muitas vezes sincreticamente, participa de várias visões de mundo. As “ideologias” nesta perspectiva constituem o terreno em que os homens se movem. Os sujeitos coletivos são definidos pelas ideologias. Para Gramsci, sem ideologia, não há sujeito. A ideologia é o lugar da constituição da subjetividade coletiva, mas também – de modo mais contraditório – da individual, no âmbito da luta hegemônica. Ante as escolhas e comportamentos escolhidos pelos indivíduos mantêm-se uma relação dialética e explicita-se nas formas da vida cotidiana. Aqui, as ideologias vivem independentes da vontade³⁷ e dos comportamentos dos indivíduos. Modificam-se mas não podem ser heterodirigidas porque nenhum sujeito é capaz de controlar inteiramente o processo e o resultado. São, em outras palavras, o resultado da luta hegemônica e do choque entre as classes, mas também da parcialidade do ponto de vista do ator social e de sua demanda intrínseca de identidade.

As ideologias entendidas com base no pensamento gramsciano, são organizadas e difundidas, são articuladas em aparelhos, “trincheiras e casamatas”, são reelaboradas, adaptadas, propagadas e não só – como Gramsci lembra – *pela imprensa, pelo mundo editorial, pela escola, pelos “círculos e clubes” de variado tipo, mas também pela indústria cultural e, diríamos hoje, pela enorme expansão da nova dimensão internacionalizada da música, pelo costume e consumo sexuais*. Fala ainda da religião e da fé, entendidas não só no

³⁷ Gramsci, a pesar de sob alguns aspectos ser o “filósofo da vontade”, considera que a vontade não pode tudo: *o sujeito é dado por uma combinação complexa e impalpável, mas real*. O salto revolucionário, individual ou coletivo, ocorre a partir de um processo heterogêneo e sob muitos aspectos não intencionais.

sentido “laico”. Isto remete à importância da concepção ampliada dos intelectuais e do seu papel social que se encontra nos *Cadernos de cárcere*.

Ao abordar o conceito de Cultura, nesta investigação, recorremos aos estudos de Nestor Garcia Canclini³⁸ por referir-se a ela desde o enfoque dos diferentes, desiguais e desconectados, publicado em 2007, pela Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), constante da bibliografia da Disciplina sobre “Problemática e Política de Saúde da Mulher na perspectiva Latinoamericana”, a qual nos dá, dentre outros aspectos, algumas bases para a elaboração conceitual devidamente contextualizada nas buscas, a rigor, na construção dos contextos, nas teses, que abordam esta temática.

Sobre a cultura extraviada nas suas definições, segundo Canclini (2007), pode-se afirmar que os autores que estudam a matéria experimentam uma vertigem das imprecisões. Já em 1952, dois antropólogos, Alfred Kroeber e Clyde K. Klukhohn registraram num livro célebre, quase trezentas maneiras de defini-la. Melvin J. Lasky, que evidentemente desconhecia essa obra, publicou em *The Republic of Letters* (2001), trecho de um livro em preparação para o qual diz ter recolhido em jornais alemães, ingleses e estadunidenses 57 usos distintos do termo cultura. A revista *commentaire* traduziu este artigo no verão de 2003 acrescentando que há em francês uma banalização semelhante, a ponto de ser atribuído esta palavra “a um ministério” LASKY (2003, p. 367).

Lasky alertava, naquela obra, sobre os riscos de não saber do que falamos por causa da dispersão de referências às “culturas empresariais”, à “cultura da incompetência” e a uma série de sub, infra e contra-culturas. Este autor se scandaliza com 57 variantes e torna a mostrar sua pobre informação quando atribui a origem do “zumbido ensurdecador” produzido por esta

³⁸ Canclini, é um autor que dirige o Programa sobre Cultura Urbana do Departamento de Antropologia da Universidade Autônoma Metropolitana, no México. Ministrou cursos em Universidades dos Estados Unidos, Espanha, França, Itália, Brasil e Argentina. Suas obras, tais como *Culturas Híbridas* (publicada em espanhol pela Grijalbo e em inglês pela University of Minnesota Press), mereceram prêmios de destaque; recebeu o Prêmio de melhor livro sobre a América Latina da Latin American Studies Association; e, recebeu também o Prêmio de Ensaio Lya Kostakowsky, da Fundação Cardoza e Aragon, pelo livro *Latino-Americanos buscando lugar em este século*. Seu livro *Consumidores e cidadãos*, publicado pela UFRJ, está em sua 5ª. Edição.

proliferação de significados a dois fatos: que os marxistas tenham começado a falar de “cultura capitalista” e que os antropólogos tenham usado a palavra a partir do próprio título do livro de Sir Edward Tylor, *Primitive Culture*. “Por definição, a cultura não poderia ser primitiva”, sustenta (LASKY, 2003, p. 369).

Mais do que precisar o começo e o desenvolvimento do zumbido, cabe empreender como se foi chegando nas ciências sociais a certo consenso em torno de uma definição sociossemiótica da cultura e quais problemas colocam a este consenso as condições multi-culturais em que este objeto de estudo varia.

Segundo Canclini (2007), até há poucas décadas, pretendia-se encontrar um paradigma científico que organizasse o saber sobre a *cultura*. Mesmo quem reconhecia a coexistência de múltiplos paradigmas aspirava estabelecer algum que fosse o mais satisfatório ou de maior capacidade explicativa. Para o mesmo autor, não se deve abandonar esta aspiração, mas o relativamente epistemológico e o pensamento pós-moderno debilitaram, por caminhos distintos, aquela preocupação com a unicidade e a universalidade do conhecimento. A própria *pluralidade de culturas* contribui para a diversidade de paradigmas científicos, ao condicionar a produção do saber e apresentar objetos de conhecimento com configurações muito variadas.

Nesse contexto, segundo Canclini (2007, p. 37), as principais narrativas, quando falamos de *cultura* são:

- a) a mais óbvia, é que continua a apresentar-se no uso cotidiano da palavra *cultura*, quando se faz com que se assemelhe a educação, ilustração, refinamento, informação ampla. Nesta linha, cultura é o acúmulo de conhecimento e aptidões intelectuais e estéticas, caracterizando-se como uma corrente que tem sustentação na filosofia idealista. Aqui há distinção entre cultura e civilização e foi elaborada pela filosofia alemã no final do século XIX e no início do XX (Herbert Spencer, Wilhelm Windelband, Heinrich Rickert). Para Rickert, na civilização se usa frequentemente um conjunto de técnicas que permitem extrair, material da *natureza* e convertê-lo num produto *civilizatório*. Segundo o mesmo autor, quando a este objeto se lhe imprime um *valor* torna-se *cultura*.

- b) frente a estes usos cotidianos, vulgares ou idealistas de cultura, surgiu um conjunto de usos científicos que se caracterizam por separar a *cultura* em oposição a outros referentes. Os dois confrontos principais a que se submete o termo são *natureza-cultura* e *sociedade-cultura*.

Para construir uma noção cientificamente aceitável há, pelo menos, que considerar dois requisitos:

- ⇒ Uma definição unívoca, que situe o termo *cultura* num sistema teórico determinado e o livre das conotações equívocas da linguagem comum;
- ⇒ Um protocolo de observação rigoroso, que remeta ao conjunto de fatos, de processos sociais, nos quais o *cultural* possa registrar-se de modo sistemático.

Pesem essas definições e requisitos, os críticos os consideravam como maneiras muito simples e extensas de definir a cultura, embora tenham servido para distinguir o cultural do biológico ou genético e superar formas primárias de etnocentrismo. Ademais, ajudaram a admitir como *cultura* o que foi criado por todos os homens em todas as sociedades e em todos os tempos. Toda sociedade tem cultura e, portanto, não há razões para que uma descrimine ou desqualifique as outras. A consequência política desta proposição foi o *relativismo cultural* admitir que cada *cultura* tem o direito de dotar-se da sua própria organização e estilos de vida, mesmo incluindo aspectos que podem ser surpreendentes, como os sacrifícios humanos ou a poligamia. No entanto, ao abarcar várias dimensões de vida social (tecnologias, economia, religião, moral, arte), a noção perdia eficácia operacional. Ademais, observou-se criticamente que o reconhecimento sem hierarquias, de todas as culturas como igualmente legítimas, implica uma diferenciação que as torna incomparáveis e incomensuráveis (CUCHE, 1999).

Um novo par de oposições buscou delimitar a cultura de outras partes da vida social: o que opõe *cultura* e *sociedade*. Daí que há diferentes formas de encarar esta distinção na antropologia e disciplinas afins. Isto aparece a meados do século XX, na obra de Ralph Linton e adquire sua forma mais consistente em autores como Pierre Bourdieu (1990). A sociedade é concebida como o conjunto de estruturas mais ou menos objetivas que organizam a

distribuição dos meios de produção e do poder entre os indivíduos e os grupos sociais. Essas estruturas é que determinam práticas sociais, econômicas e políticas. Mas, ao analisar as estruturas sociais e as práticas, fica um resíduo, uma série de atos que não parecem ter muito sentido se analisados com uma concepção pragmática, como realização do poder ou administração econômica.

Desse modo, não se trata unicamente de uma diversidade existente em sociedades pré-modernas, como por exemplo, variadas complexidades de línguas e rituais, homens e mulheres das sociedades mais arcaicas até a atualidade que pintam a pele, de pendurar coisa no corpo ou nas casas, ou realizar cerimônias para alcançar certos objetivos e chegar a atos ou produtos que, afinal de contas, não pareceriam requerer caminhos tão sinuosos. O desenvolvimento de consumo, nas sociedades contemporâneas, tornou evidentes estes “resíduos” ou excedentes”na vida social. Jean Baudrillard (1990) complicava mais a questão, dizendo que além dos *valores de signo* pode haver um *valor de símbolo*. Nos primeiros valores de signo, dizia o autor que abrange um conjunto de outros produtos ou bens que estão na sociedade e dão prestígio ou sofisticação simbólica e, no segundo, valor de símbolos está vinculado a rituais ou a atos particulares que ocorrem dentro da sociedade.

Essa classificação abrange quatro valores de uso, troca, valor de signo e símbolo, permitindo diferenciar o socioeconômico do cultural. Os dois primeiros tipos de valor têm a ver não unicamente, com a *materialidade do objeto*, mas também com a base material da vida social. Os dois últimos tipos de valores referem-se à cultura, aos *processos de significação*.

Pierre Bourdieu (1990), desenvolveu esta diferença entre cultura e sociedade ao mostrar nas suas investigações que a sociedade está estruturada com dois tipos de relações: as de força, correspondentes ao valor de uso e de troca; e, dentro delas, entrelaçadas com esta relações de força, há relações de sentido, que organizam a vida social, as *relações de significação*. *O mundo das significações/do sentido constitui a cultura*. Isto implica uma

possível definição, compartilhada por várias disciplinas ou por autores que pertencem a diferentes disciplinas.

Portanto, pode-se afirmar que a *cultura* abarca o *conjunto dos processos sociais de significação* ou, de um modo mais complexo, a *cultura* abarca o *conjunto de processos sociais de produção, circulação e consumo da significação na vida social*.

Ao optar por uma *conceituação de cultura* desse modo, estamos dizendo que a *cultura* não é apenas um conjunto de obras de arte ou de livros e muito menos uma soma de objetos materiais, carregados de signos e símbolos. A *cultura* apresenta-se como *processos sociais*, e parte da dificuldade de falar dela deriva do fato de que se produz, circula e se consome na história social. Não é algo que apareça sempre da mesma maneira. Esta concepção processual e cambiante da cultura torna-se evidente quando estudamos sociedades diversas ou suas interseções com outras e suas mudanças na história. E, do ponto de vista antropológico, cada grupo social muda de significação e de usos, mas sua análise deve convergir com os estudos de comunicação. E, quando falamos da necessidade de circulação de mensagens e mudanças de significado, estamos falando de passagem de uma instância para outra, de um grupo para outros. Nestes movimentos, comunicam-se significados, que são recebidos, reprocessados e recodificados. Também precisa-se se relacionar a análise intercultural com as relações de poder para identificar aqueles que dispõem de maior força para modificar a significação dos objetos.

Para Canclini (2007, p. 43) são quatro vertentes ou tendências contemporâneas que destacam diversos aspectos desta perspectiva processual, a qual considera, ao mesmo tempo, o sócio-material e o significante da *cultura*:

- 1) A CULTURA como instância em que cada grupo organiza sua identidade (desde o século XIX os antropólogos estudam como as culturas se organizam para dar identidade, para afirmá-la e renová-la, seja do bairro, da cidade, da nação);

- 2) A CULTURA é vista como uma instância simbólica de produção e reprodução da sociedade (nesta tendência há uma imbricação ou implicação entre complexa e intensa, entre cultural e o social - as práticas sociais contêm uma dimensão cultural, mas nestas práticas sociais nem tudo é cultural; aqui, toda conduta significa algo, participa, de modo distinto, das interações sociais);
- 3) A CULTURA é uma instância de conformação de consumo e da hegemonia, ou seja, de configuração da cultura política e também da legitimidade (a cultura é o cenário em que adquirem sentido às mudanças, a administração do poder e a luta contra o poder) os recursos simbólicos e seus diversos modos de organização que têm a ver com os modos de auto-representar-se e de representar os outros nas relações de diferença e desigualdades; ou seja, nomeando ou desconhecendo, valorizando ou desqualificando. O uso restrito da própria palavra “cultura para designar comportamentos e gostos de povos ocidentais” ou “elites”- a “cultura européia” ou “alta” – é um ato cultural pelo qual se exerce o poder. A recusa desta restrição, ou sua reapropriação quando se fala de “cultura popular” ou videocultura, também o são);
- 4) A CULTURA como dramatização *eufemizada* dos conflitos sociais (eufemismo é palavra usada por Pierre Bourdieu, 1971). Os antropólogos falam de jogo, canto e dança. Alude-se ao poder, aos conflitos, à morte, à luta de vida e morte dos homens. Para que nem todos os conflitos sociais desemboquem em guerras, tem de incluir formas de eufemização dos conflitos sociais como dramatização simbólica do que nos está acontecendo.

Esta vertente de cultura como dramatização eufemizada dos conflitos sociais, como teatro ou representação foi trabalhada por Bertolt Brecht, Walter Benjamin e outros pensadores. Esta tendência vê-se relacionada com a anterior, com a conformação do consenso e da hegemonia, porque estamos falando de lutas pelo poder, dissimuladas ou desconectadas. Através de qualquer uma delas, pode-se chegar ao que se pensa que é a *cultura*.

Para Canclini (2007, p. 47) ao questionar-se sobre como tornar compatíveis as quatro instâncias descritas anteriormente, diz que “o próprio fato de ser quatro leva a pensar que não estamos diante de paradigmas. São formas com as quais nós narramos o que acontece com a cultura na sociedade”. Para o autor (op. cit.), se fosse só um problema de narração, de narralogia, não seria tão complexo compatibilizá-la; para ele estamos diante de *conflitos nos modos de conhecer a vida social* e recomenda avançar em explorar como as aproximações que narram os *vínculos da cultura com a sociedade, com o poder, com a economia, com a produção*, poderiam ser conjugadas, articuladas umas com as outras.

Por fim, destaca-se que as mudanças globalizadoras imprimem uma conotação de definição sociossemiótica da cultura como processo de produção, circulação e consumo da significação na vida social, que continua a ser útil para evitar os dualismos entre o material e o espiritual, entre o econômico e o simbólico, ou o individual e o coletivo. Desautoriza a cisão entre camisa e pele e, portanto, as bases ideológicas do racismo. Os processos de globalização exigem transcender o alcance nacional ou étnico do termo, a fim de abarcar as relações interculturais.

Cabe ainda chamar a atenção para a definição de *cultura* segundo Clifford Geertz:

“o choque de significados nas fronteiras; como a cultura pública que tem sua coerência textual, mas é localmente interpretada; como redes frágeis de relatos e significados tramados por atores vulneráveis em situações inquietantes; como as bases de agência e da intencionalidade nas práticas mais coerentes”(In: ORTNER, 1999, p. 7).

Essa concepção, para Alejandro Grimson, sucede em zonas de conflito situando-o como processo político, e refere-se aos *modos específicos pelos quais os atores se enfrentam, se aliam ou negociam* (GRIMSON, 2003, p.71) e, portanto, como imaginam o que compartilham. Não se trata de simples “choques” entre culturas (ou entre civilizações, no léxico de Huntington), mas de confrontações que ocorrem – apesar das diferenças que existem, por exemplo, entre ocidentais e islâmicos – precisamente porque participam de contextos internacionais comuns ou convergentes.

A cultura, nessa dimensão, abarca o conjunto de processos através dos quais dois ou mais grupos representam e intuem imaginariamente o social, concebem e gerem as relações com os outros, ou seja, as diferenças, e ordenam sua dispersão e sua incomensurabilidade mediante uma delimitação que flutua entre a ordem que torna possível o funcionamento da sociedade, as zonas de disputa (local e global) e atores que a abrem para o possível.

3.2. 1. Ideologia e Sociedade Civil, Estado e Sociedade Política

A realidade social não envolve somente restrições estruturais, muitas vezes consideradas os limites do possível; também envolve consciência e, por isso, abrange idéias filosóficas, teóricas, éticas e do senso comum. No pensamento gramsciano, esse aspecto da sociedade se reflete em seu interesse por questões de consciência e cultura política, pelo papel dos intelectuais e da filosofia e pela atenção dada às superestruturas, principalmente à sociedade civil, em suas concepções de hegemonia e de constituição da sociedade:

(...) a compreensão crítica do Eu ocorre, portanto, por meio de uma luta entre as “hegemonias” políticas e as orientações opostas, primeiro no campo ético e depois no campo político propriamente dito, com o objetivo de chegar aos mínimos detalhes de uma ordem superior de concepção da realidade. A consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é consciência política) é o primeiro estágio na direção de uma autoconsciência progressiva, em que teoria e prática serão, por fim, uma coisa só. Portanto, a unidade entre a teoria e a prática não é apenas uma questão mecânica de fato, mas parte de um processo histórico, cuja fase elementar e primitiva é encontrada no significado de ser “diferente” e “à parte”, num sentimento instintivo de independência, e que progride para o nível de posse real de uma concepção indivisa e coerente do mundo. Por isso, é necessário enfatizar que o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa um grande avanço filosófico, bem como um grande avanço prático (GRAMSCI, 1971, p. 333).

Segundo Gill (1993), Gramsci está dizendo, que a compreensão crítica não é um processo automático; envolve reflexão e esforço interior, bem como no contexto da luta mais ampla de idéias e programas políticos. Assim “autoconsciência progressiva” é definida em termos de desenvolvimento e de política: a percepção de si é reconstituída por intermédio da avaliação de padrões predominantes de raciocínio e da natureza e distribuição das oportunidades de vida. Chegar à autoconsciência é um processo dialético, leva a um entendimento mais complexo e mais coerente do mundo social e é uma forma de mudança histórica. Aqui, a política e o indivíduo são centrais para a definição de estruturas e de mudança: não são abstraídos “falsamente” de uma teoria de história.

Nessa argumentação não há entendimento de que Gramsci era um “idealista” ou que tenha subordinado a economia à política, diz o autor (op. Cit). Em sua teoria social a *sociedade é concebida*, como no marxismo clássico, como uma totalidade constituída basicamente pelos modos de produção. Analiticamente, essa totalidade pode ser dividida em idéias, instituições e forças materiais, mas continua sendo uma entidade genérica e integrada, mesmo que contraditória. Aqui, certos sistemas de pensamento, como a religião ou o senso comum, ou instituições sociais (como a família) podem sobreviver a qualquer modo de produção, ou estrutura social de acumulação, e, por este motivo, não existe congruência necessária entre “base” e “superestrutura”. O mesmo se aplica aos sistemas de governo e políticas em geral: um modo capitalista de produção que pode andar de mãos dadas com o autoritarismo, a ditadura ou a democracia parlamentar. O crucial é pôr cada um desses conjuntos de idéias e instituições sociais no seu devido contexto sócio-histórico, uma vez que sua importância e seu significado podem mudar com o tempo.

O termo “Estado” aparece de imediato nos *Cadernos do Cárcere* de modo até mesmo distinto e autônomo de “sociedade civil”. Gramsci numa concepção dialética da realidade histórico-social, em seu contexto Estado e sociedade, entende os mesmos em um nexo de unidade-distinção, o que imprime uma interpretação de que o modo de abordar um sem o outro significa negar a si mesmo a possibilidade de uma leitura correta os *Cadernos*. Isto indica dois fatos: por um lado, apreende o nexo dialético (unidade-distinção) de Estado e sociedade civil, sem suprimir nenhum dos dois termos; por outro lado e ao mesmo tempo, indica que tal unidade ocorre sob a hegemonia do Estado. Cabe chamar a atenção que nesta relação existe, no entanto – na realidade do século XX sobre a qual Gramsci reflete e que é refletido por sua teoria –, um protagonismo do Estado, que ele apreende, assim como outros pensadores políticos marxistas e não marxistas.

Foi a partir do estudo da história e do papel dos intelectuais que Gramsci estabeleceu a sua própria teoria de hegemonia e chegou a um novo conceito de Estado. A ampliação do conceito do Estado³⁹ ocorre, como já referimos, nos *Cadernos* (Gramsci, 1931) em duas direções: uma referente a compreensão de uma nova relação entre política e economia, que Gramsci identifica como um dos traços peculiares do século XX, refletindo sobre o “corporativismo” fascista, as experiências da União Soviética, a situação que decorre do colapso “Wall Street” faces diversas de uma mesma moeda que começara a se evidenciar, pelo menos, a partir da primeira Guerra Mundial e que encontrara seu lugar na reflexão de pensadores como Walter Rathenau e Otto Neurath (temas já presentes nos debates teóricos tanto da Terceira Internacional quanto do austro-marxismo no início dos anos 1920, quando Gramsci passou algum tempo em Moscovo e depois em Viena). A outra diz respeito a compreensão da nova relação entre “sociedade política” e “sociedade civil” (no *sentido gramsciano* de lugar do “consenso”), a que Gramsci chega formulando sua teoria da hegemonia. É uma relação entre sociedade política e sociedade civil – que, segundo Gramsci, começa a mudar já no século XIX, para firmar-se plenamente no século seguinte. Como se conhece, tal mudança é expressa pela conhecida metáfora especial “Oriente-Occidente”. A reflexão de Gramsci também está inevitavelmente condicionada pelo estudo das realidades “totalitárias”, que, por motivos diversos, considera particularmente: o Estado fascista e o Estado soviético. No entanto, as conclusões a que chega vão além de tais modelos.

Nesse sentido, para os estudiosos gramscianos descritos anteriormente, Gramsci se dirige aos estudos sobre “aparelhos hegemônicos” (termo que não aparece nos *Cadernos*, pelo menos no plural), aparelhos que se somam aos “aparelhos coercitivos” típicos do Estado

³⁹ “Estado ampliado” é uma reelaboração e fusão de dois textos: “Estado e sociedade civil”, apresentado no congresso Ler Gramsci, entender a realidade (Rio de Janeiro, 19 – 21 de setembro de 2001), publicado em *Crítica marxista*, 6, 2001, e depois em C.N. Coutinho e A. de Paula Teixeira (org.). *Ler Gramsci, entender a realidade* (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003); e o texto apresentado no seminário sobre o *léxico dos Cadernos do cárcere*, da IGS Itália (reunião de 1º. De março de 2002), publicado em F. Frosini e G. Liguori (org.). *Le parole do Gramsci, cit.*

stricto sensu do Estado oitocentista, ao qual se dirigira a atenção de Marx e também de Lênin (o qual atua e faz a revolução num Estado sob tantos aspectos ainda oitocentista). Daí decorre a importância decisiva que Gramsci atribui aos intelectuais, como um nexo, intelectuais - Estado que também se nutre de sugestões hegelianas. A “sociedade civil”⁴⁰ é entendida como um conjunto de “organismos ditos privados”. Os termos que constam entre aspas são sinais e índices da maior importância e implicam em identificar que tais aparelhos hegemônicos, aparentemente “privados”, na realidade, fazem plenamente parte do Estado e, portanto, nos permitem falar de “Estado ampliado”. Este termo não se encontra nos escritos de Gramsci que fala de “Estado integral”, mas é bom enfatizar que usa a expressão “Estado em sentido orgânico e mais amplo”.

Um outro aspecto a sublinhar diz respeito a que se os organismos da sociedade civil gramscianamente entendida fossem “privados” *tout court*, que poderia abrir caminho para uma leitura “culturalista”, “idealista”, “liberal”, que segundo Gramsci, direcionava-se a enfatizar a importância do “diálogo” do pensamento habermasiano “ação comunicativa”, estes vistos como desligados das relações de força: uma visão ingênua da democracia da hegemonia (Gramsci, 1981). Em vez disso, o fato de que tais organismos voltados para a formação do consenso estejam articulados dialeticamente ao Estado permite dizer, sem ambigüidade, que Gramsci está propondo uma leitura forte da morfologia do *poder* na sociedade contemporânea. Um poder hegemônico, no qual – mais uma vez, dialeticamente – nenhum dos dois aspectos (força e consenso, direção e domínio) pode ser cancelado. Um poder hegemônico cujo sujeito é a classe, mas uma classe que – para ser verdadeiramente hegemônica – deve, “fazer-se Estado”.

⁴⁰ “Sociedade civil” é uma reelaboração e fusão de dois textos: *Stato e società civile da Marx a Gramsci, apresentado no encontro: da Marx a Gramsci, da Gramsci a Marx* (Triste, 20-21 de março de 1999), publicado em *Crítica marxista*, 6, 2000, e depois em G. Petrônio e M. Paladini Musitelli (org.). *Marx e Gramsci: memória e attualità* (Roma Manifestilibre, 2001); e, (com C.N. Coutinho) *Metarfosì di um concetto. La società civile em Gramsci e nel dibattito contemporâneo*; *Bollettino filosofico del Dipartimento di filosofia dell'Università della Calábria*, 16, 2000.

Nessas reflexões gramscianas, sociedade civil não é nem a “estrutura” marxianamente entendida e nem o hegeliano “sistema de carecimentos”, mas, antes, o conjunto das associações sindicais, políticas, culturais genericamente ditas “privadas”, para diferenciá-las da esfera “pública” do Estado. Nesta abordagem entende-se que partidos e associações constituem os momentos através dos quais se constrói e educa o consenso. Aqui o Estado é o sujeito da iniciativa político-cultural, mesmo agindo como sabemos, seja por meio de canais *explicitamente* públicos, seja por meio de canais “aparentemente” privados. Nesta interpretação reconhecem-se as dificuldades que têm de fato os aparelhos hegemônicos, como a escola ou imprensa, somando-se a televisão, fundamentalmente na criação do “senso comum”⁴¹, terreno em que muitas vezes as conotações de “público” ou “privado”, de “político” ou econômico” encontram muitas dificuldades mesmo.

Um esclarecimento teórico que se faz necessário nessa reflexão é aquele que aparece no *Caderno 2*, indicando que Hegel é o teórico do “Estado ético”, contraposto ao “Estado guarda-noturno”, isto é, ao Estado mínimo humboldtiano. O conceito de “Estado ético”, diz Gramsci, é de origem filosófica (Hegel) e refere-s à atividade educativa e moral do Estado.

É no *Caderno 3* (a partir do *Caderno 2*) que Gramsci sublinha repetidamente o papel e a função do Estado. Segundo Gill (2007), aqui se encontra, em primeiro lugar, um rápido esboço de teoria do Estado: não só a distinção entre o antigo medieval e o moderno (o Estado moderno abole muitas autonomias das classes subalternas), mas, de certas forças de vida interna de classes subalternas que renascem como partido, sindicato, associação cultural. Também uma importante observação sobre a “ditadura moderna”, que “abole até mesmo estas formas de autonomia de classe e se esforça por incorporá-las à atividade estatal é a centralização de toda a vida nacional nas mãos da classe dominante, tornando-a frenética e absorvente (GILL, op.cit).

⁴¹ “Senso comum e bom senso” é uma reelaboração do texto (inédito) apresentado no seminário sobre o léxico dos *Cadernos do cárcere*, da IGS Itália (reunião, de 13 de maio de 2005).

Essas variantes introduzidas anteriormente, merecem atenção no sentido de que a “ditadura moderna” se torna a “ditadura contemporânea” mais, a conclusão muda para a assertiva: *a centralização legal de toda a vida nacional nas mãos do grupo dominante se torna ditadura totalitária*. Os estudiosos questionam se Gramsci denominou assim uma conotação positiva ou, de todo modo, não negativa (conotação que para Gramsci, na sua reflexão, no fato de estar no cárcere o Estado tem, entre seus objetivos privilegiados, o Estado “totalitário”, que se afirmava sob diversas formas).

Segundo Gill (2007), as outras menções do Estado que se encontram nos *Cadernos* contribuem para enfatizar a importância do conceito: a partir do momento em que existe um novo tipo de Estado, nasce (concretamente) o problema de uma nova civilização: onde escassa compreensão do Estado significa escassa consciência de classe (GRAMSCI, 1931).

Neste entendimento, parece ser preciso que a: “classe” só parece madura para se pôr como classe hegemônica quando: tem um partido autônomo, que afirma a própria “autonomia integral” em face das classes dominantes e sabe unificar-se no Estado (Op. cit).

3.3 Conceitos de Hegemonia, Sociedade Civil e Sociedade Política

Liguori (2008) afirma que há um reconhecimento, de que hegemonia é a categoria mais importante no enfoque teórico-político dos *Cadernos*, afirmando-se também, que dos últimos trinta anos para os dias atuais, todas as obras que se ocuparam do pensamento de Gramsci, entendido no seu conjunto, também se ocuparam do conceito de hegemonia.

Para os estudiosos contemporâneos o estudo sobre hegemonia começa quando – depois de 1956 – se abre uma reflexão teórico-estratégica sobre o novo “que fazer”? Volta assim o debate sobre Gramsci, cuja obra é vista como terreno de reflexão e aprofundamento

das questões políticas que estão diante do movimento operário (socialista e comunista) internacional.

O termo hegemonia deriva do grego *eghestai*, o que significa “conduzir, ser guia, ser líder”. Também surge da palavra *eghemonouros*, que significa “ser guia, preceder, estar a frente ou comandar”. O antigo grego concebia “*eghemonia*”, como a direção suprema do exército, chefe militar, o guia, o comandante do exército (GRUPPI, 1978, p. 1). Para este autor, a hegemonia é entendida não apenas como direção política, mas também como “direção moral, cultural e ideológica”, ou seja, um fato cultural e moral de concepção ou visão do mundo. Porém, isto não descarta o pensamento de que ela pode ser concebida como direção e domínio e, portanto, como conquista, através da persuasão e do consenso, mas também como força para reprimir as classes adversárias (GRUPPI, 1978, p. 11).

No pensamento gramsciano, a luta pela hegemonia, situa-se dentro da sociedade civil, sendo que o grupo que controla a sociedade civil é um grupo hegemônico. Isto porque, a conquista da sociedade política é o coroamento dessa hegemonia, o que leva a organização da sociedade em classes. Assim sendo, para que uma classe possa se tornar dirigente de uma sociedade inteira deve se distinguir e conquistar a direção com base na própria ideologia (concepção do mundo), na sua organização e superioridade moral e intelectual. Portanto, como considera Gramsci, a construção e identificação da hegemonia devem levar em conta os aspectos que constituem à sua totalidade como a política, ideologia, economia, filosofia, religião, jurídico, nível intelectual, entre outros que sustentam o grupo hegemônico. Uma outra situação que o Gramsci coloca é a superação da contradição entre a teoria e a prática, que pode ajudar na formação de uma consciência crítica de si mesmo e ajuda no desenvolvimento da ética e elaboração superior da concepção do real. A formação de consciência crítica de si ajuda a transcender o tradicional e a autolegitimação referenciada por (WEBER, 2004).

Todavia, o conceito de hegemonia ainda apresentado por Gramsci, consubstancia algo que opera, não apenas sobre a estrutura econômica e a organização política da sociedade. Mas também, sobre o modo de “pensar a orientação ideológica e inclusive sobre o modo de conhecer” (GRUPI, 1978, p.3). Portanto, quando se pensa em hegemonia, refere-se na maioria das vezes, à capacidade de dirigir, enquanto em outros momentos ou contextos refere-se, a dominação. É a partir deste pensamento que procuramos entender de que maneira a classe da Enfermagem se insere nos programas de assistência à saúde materna adotados pelo Sistema Nacional de Saúde, discutindo os movimentos e estratégias adotados na implantação e implementação dos mesmos. Portanto, a inserção da Enfermagem nas políticas de Assistência a Saúde Materna em Moçambique independente, deve ser encarada dentro das relações que esta classe estabelece com outras classes profissionais, sobretudo com a classe médica, tanto na implantação, ou seja, elaboração das ações e planejamento como na implementação dos programas de Saúde Materno-Infantil.

Entendemos que, enquanto a classe médica luta pela manutenção da sua hegemonia, a classe de Enfermagem está procurando contrariar essa dinâmica na expectativa de reduzir o suposto preconceito existente entre os dois grupos. A classe médica considera-se ou é considerada tradicional dentro do sistema de saúde. Portanto, ela considera a participação da classe de Enfermagem no sistema como sendo de segundo plano, ou seja, a Enfermagem desempenha um papel secundário, auxiliar a classe médica. Assim sendo, ela não pode e nem deve ter autonomia própria, pelo que a luta que a Enfermagem trava para a sua inserção no sistema, constitui um esforço para transpor as barreiras que a relação entre estas duas classes coloca.

A autojustificação da classe hegemônica (a médica) quanto ao seu papel dentro do sistema de saúde em Moçambique pode ofuscar a inserção da Enfermagem e as tendências modernas, visando à sua transformação em uma área de conhecimento teórico-prático que

goza de uma autonomia científica. Segundo Weber (2004, p.197), a subsistência da hegemonia e ou dominação depende do alto nível de autojustificação fundamentada em três princípios de sua legitimação:

(...) o princípio da validade de um poder de mando expressa num sistema de regras racionais estatuídas (pactuadas ou impostas) que encontram obediência das pessoas; o princípio de autoridade pessoal ou grupal fundamentado na tradição sagrada, no habitual que, prescreve a obediência diante de determinadas pessoas ou grupo de pessoas, baseada na entrega ao extraordinário, na crença, no carisma; e, o tipo específico de burocracia dentro do grupo ou classe profissional baseada na situação vinculada a relações de autoridade (...).

Entendemos que o princípio da dominação burocrática exerce um papel importante. E, pode ajudar a entender as relações que se estabelecem dentro de um sistema, e no sistema de saúde moçambicano, sobretudo de que maneira a classe de Enfermagem tem vindo a inserir-se no sistema, considerando a luta pela conservação da hegemonia de classe que está sendo dirigida pela classe médica. Segundo Weber (2004, p.198) o funcionamento específico do funcionalismo moderno manifesta-se da forma seguinte:

“O princípio das competências oficiais fixas, ordenadas, de forma geral, mediante regras: leis ou regulamentos administrativos; O princípio da hierarquia de cargos e da sequência de instâncias, ou seja, um sistema fixamente regulamentado de mando e subordinação das autoridades, com fiscalização das inferiores pelas superiores – sistema que oferece, ao mesmo tempo, ao dominado a possibilidade fixamente regulamentada de apelar de uma autoridade inferior a instância superior desta; e, ao conjunto de funcionários que trabalham numa instituição administrativa e o aparato correspondente de objetos e documentos que constituem um escritório... separado da moradia”.

Portanto, a tese é que existe no sistema de saúde moçambicano uma classe hegemônica, a médica, que domina a classe da Enfermagem, ofuscando a sua inserção e busca de autonomia científica e profissional. Todavia, a inserção da Enfermagem como um grupo profissional autônomo dentro do sistema de saúde em Moçambique encontra barreiras não na autojustificação do grupo hegemônico constituído por médicos, mas sobretudo, na aceitação

dessa autojustificação, ou seja, na crença no habitual e no tradicional, pela classe da Enfermagem. Coloca-se então uma questão filosófica, a de verdade histórica. Pelo que não pretendemos considerar absoluta a hegemonia da classe médica como a única verdade. Segundo Sartre (2002), a práxis descarta a afirmação de forma dogmática à racionalidade absoluta do real. Segundo ele, a realidade obedece a um sistema definido de princípios e leis a priori.

Assim sendo, entendemos que existe uma relação dialética que envolveu e continua a envolver o processo de inserção da Enfermagem no sistema de saúde fundamentada pelo método e pelo movimento do objeto, a partir da relação entre a estrutura do real e a práxis. A razão dialética está na luta que a classe da Enfermagem trava para seu reconhecimento, ao mesmo tempo em que sabe que é “verdadeiro” o poder que a classe médica tem na definição de políticas e programas de saúde.

Togliatti (2001, p.232), afirmava que, entre os termos “hegemonia” e “ditadura” existe uma diferença, mas não de substância. Já que hegemonia se referia à sociedade civil e, portanto, era conceito “mais amplo”; não se devia esquecer que, para Gramsci, “a diferença entre sociedade civil e sociedade política era somente metodológica, não orgânica. Todo Estado é uma ditadura”, e toda ditadura pressupõe não só o poder de uma classe, mas também um sistema de alianças e de mediação.

Na seqüência de leitura, feita por Bobbio na metade dos anos de 1960, Gramsci tornou-se para muitos, precisamente o “teórico da sociedade civil”. Sua crescente penetração no debate filosófico e politológico internacional, ocorreu em grande parte sobre este signo. Para ele, no curso dos anos de 1980 e 1990, a redescoberta teórica da sociedade civil girou muitas vezes (significativamente) em torno do pensamento gramsciano, através da mediação mais ou menos consciente da leitura que Bobbio fez dele.

Para Bobbio, em 1967, no encontro de Cagliari, a diferença essencial, a peculiaridade de hegemonia gramsciana estava concretamente com sua visão de sociedade civil, no deslocamento de ênfase para a direção cultural. Até 1926 o termo surgia inclusive em Gramsci com o mesmo significado que é encontrado na tradição leninista (isto é “no sentido de direção política” da classe operária sobre as classes aliadas). Nos *Cadernos* havia uma ampliação do conceito de hegemonia, que passava a significar: “também direção cultural”.

Para os estudiosos, a década 70 marca a reflexão sobre hegemonia e com toda a reflexão sobre Gramsci, dá-se um salto decisivo de qualidade. O conceito começa a se impôr como central no arsenal teórico dos *Cadernos*, a ponto de ser investigado até mesmo fora do tradicional âmbito da teoria política: significativo por exemplo, é o fato de que a reflexão pedagógica acentuou com Ângelo Broccoli (1971), que “toda relação de ‘hegemonia’(seja) necessariamente é uma relação pedagógica”.

Segundo Nicola Auciello (1974), socialismo e hegemonia em Gramsci e Togliatti, de 1974, enfocavam bem os dois significados principais que a hegemonia tem nos *Cadernos*, de *direção política e de direção intelectual e moral*. À diferença do autor, segundo Gruppi(1972) é que o autor negava que a hegemonia fosse, ao mesmo tempo direção e domínio. O “exercício do domínio” parecia-lhe funcional “ao crescimento da hegemonia” e transformava-se em “redução progressiva do elemento Estado – força”, até a própria extinção do Estado. Esta era a especificidade gramsciana do conceito, assim declinado no terreno da democracia, ainda que se afastando da leitura de Tamburrano(1973) definida como “alegadamente democrático”. Além disso, uma polêmica com Bobbio, Auciello também recordava o “fundamento econômico – estrutural da hegemonia”, uma vez que o “grau de expansividade hegemônica de um grupo social, é antes de tudo, de caráter objetivo, ou seja, relativo a sua posição econômica”.

Em 1975 saía na França o livro Gramsci e o Estado, de Christine Buci Glucksmann traduzido na Itália em 1976, o primeiro a usufruir, parcialmente da nova edição crítica dos *Cadernos*. A autora sublinhava o salto qualitativo existente entre a questão meridional e os *Cadernos*: em 1926 a hegemonia ainda era apenas uma estratégia do proletariado, a do *Caderno 1*, e mais tarde “produziu-se uma inversão de campo: a hegemonia especificada pelo novo conceito de aparelho hegemônico refere-se antes de tudo, às práticas da classe dominante” embora no *Caderno 1*, tais conceitos (hegemonia e aparelho hegemônico) ainda não estivessem ligados à problemática do Estado (como estariam nos *Cadernos 7 e 8*).

Para Buci- Glucksmann, a ampliação do conceito de Estado aconteceu precisamente com a “incorporação do aparelho hegemônico”. Dentre outras contribuições de Buci- Glucksmann, da escola althusseriana, destacam-se: a sustentação de que o conceito *de hegemonia (...) não pode ser reduzido à noção marxista de ideologia dominante, uma vez que o aparelho hegemônico está atravessado pelo primado de luta de classes*. Afirmava que em Gramsci *não existe nenhuma teoria da hegemonia sem uma teoria de crise de hegemonia*. Portanto, em primeiro lugar, rejeita-se a pretensão, formulada pelo Poulantzas, de Poder político e classes sociais, de “reduzir” o uso do conceito de hegemonia unicamente às “práticas políticas das classes dominantes”. Em segundo lugar, no momento em que uma classe no poder é hegemônica, ela o é – esclarecia a autora – “na medida em que faz avançar, o conjunto da sociedade: sua perspectiva é ‘universalista’, e “não arbitrária”. Ao contrário, para Gramsci, o momento do arbitrário, o recurso às formas mais diretas ou dissimuladas de autoritarismo, de coerção, assinalam uma “crise” de hegemonia.

3.4 Conceito de Políticas Públicas, Saúde e Saúde Pública

Entendemos que as sociedades modernas possuem como características principais a diferenciação social. O que significa que os seus membros não têm somente atributos que se distinguem apenas em idade, sexo, escolaridade, renda, setor de atuação profissional entre outros, mas agregam valores, interesses, idéias, assim como aspirações diferentes com papéis diferentes a desempenhar, ao longo de suas vidas. O que faz com que a vida na sociedade seja rodeada de fatos complexos e coberta de conflitos, como por exemplo, de opinião, de interesse, valores e muitos outros. Para a sobrevivência e progressão da sociedade é necessário que tais conflitos sejam mantidos dentro de parâmetros possíveis de administrar. Daí que, a coerção pura e simples e a política são meios encontrados para impor o respeito à norma legal e a política pública para garantir os direitos sociais.

No pensamento de Ruz, (1995) e em seus textos de apoio para esclarecimento de alguns conceitos e teorias úteis, a análise de políticas públicas conceitua a política como “um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder, capaz de resolver pacificamente os conflitos quanto aos bens públicos”. As políticas públicas (*policies*), por sua vez, são outputs, resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores (op. cit).

Outros autores como Guareschi et. al. (2004, p. 180) conceituam Políticas Públicas como:

(...) o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público.

Ao concebermos as políticas públicas desse modo, é necessário diferenciá-las da decisão política. Entendemos que nem toda decisão política chega a constituir uma política pública. Geralmente, decisão política consiste na eleição ou escolha dentre um leque de alternativas, consoante a hierarquia das preferências dos elementos envolvidos, apontando uma adequação entre os propósitos pretendidos e os meios mobilizados e disponíveis. Já a política pública, que engloba também a decisão política, pode ser entendida como sendo algo que requiere diversas ações selecionadas com uma determinada estratégia para a implementação das decisões tomadas, ou seja, umnexo entre a teoria e a ação. Esta última, está relacionada com questões de liberdade e igualdade, ao direito de satisfação de necessidades básicas como saúde, educação, habitação entre outros (GUARESCHI, 2004).

As políticas públicas também podem ser entendidas como conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas do interesse público (LUCCHESI, 2004). Desta forma entendemos que, as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população. Possui uma função específica que consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade ou das comunidades no geral.

Em Moçambique, as políticas públicas de saúde nortearam-se, desde 1977, da Lei de Socialização da Medicina e conforme a Constituição da República de 2004, Título IV (sobre Organização Económica, Social, Financeira e Fiscal), Capítulo I (sobre Princípios Gerais) no Artigo 116, onde consta: “a assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um Sistema Nacional de Saúde que beneficie todo o povo moçambicano” (op. Cit, p. 33). Portanto, com base no que está disposto nesse artigo, as políticas de assistência a Saúde

Materna foram delineadas, dentro do contexto da prioridade de Cuidados de Saúde Primários na perspectiva de proteção, prevenção e promoção da Saúde de toda população.

Ao discutirmos os conceitos de saúde e saúde pública pensamos especialmente sobre os Cuidados Primários de Saúde (CPS), onde a Assistência à Saúde Materna se enquadra. Para melhor entendimento da problemática de saúde e de saúde pública é necessário conhecer o seu desenvolvimento histórico em um contexto específico e da relação hegemônica ou não, com os diferentes elementos que interagem com o fenômeno.

O conceito de saúde possui várias versões. A multiplicidade de conceitos da saúde visa ajudar aos seus autores e personagens a adequar a sua abordagem à realidade mais próxima ou contexto em que se pretende desenvolver. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, enfatiza uma abordagem biopsicossocial que considera a saúde “não apenas como a ausência da doença” ou o bem estar físico, mas também o bem estar mental e social. Esta conceituação da saúde da OMS coloca a questão da indissociabilidade e da interdependência da saúde individual e saúde pública com outros setores da sociedade (político, social, ideológico, cultural, jurídico e econômico) e à medida que cada setor participa no seu desenvolvimento. Contudo, é entendido por estudiosos mais severos como um conceito abrangente (para uma determinada realidade) e utópico. Consideramos aqui, que o conceito de saúde abrange:

- 1) Um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade;
- 2) A produção de serviços com sua base técnico-comercial, seus agentes e instituições organizadas para satisfazer às necessidades e expectativas da população;
- 3) Um espaço físico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresa, equipamentos e medicamentos);
- 4) Um espaço de densidade ideológica;
- 5) Um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais, que têm a ver com a produção social;
- 6) Uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto ao nível individual como coletivo (AROUCA *apud* TYRREL, 1995, p. 22).

Esta forma de olhar a problemática da saúde apontada por Arouca Apud Tyrrell (op. cit.), sustenta plenamente a questão do processo da institucionalização de assistência à saúde materna em que uma das premissas é o condicionamento de infra-estruturas e/ou recursos humanos e materiais. O que desde 1986 segundo a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa (1986) a saúde significava “qualidade de vida resultante de processos complexos condicionados por diversos fatores como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação”. Portanto, para que a qualidade de saúde seja alcançada é preciso olhar para a saúde como um objeto concreto que envolve, não só o campo de necessidades geradas pelo fenómeno saúde/doença, mas também por todos os fatores envolvidos.

As ações inerentes a Assistência à Saúde Materna no sistema Nacional de Saúde em Moçambique enquadram-se no eixo dos cuidados de saúde primários que são definidos como:

Cuidados de Saúde, essenciais, baseados em métodos e técnicas práticas, cientificamente válidas e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a todos os indivíduos, a todas as famílias e comunidades, com a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam assumir em qualquer etapa do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e de autodeterminação; que fazem parte integrante, tanto do Sistema Nacional de Saúde, de que são o elemento principal, como do desenvolvimento económico e social do conjunto da comunidade; que no primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde estão os indivíduos, das famílias e da comunidade. Que são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o Sistema Nacional de saúde, aproximando, o mais possível os cuidados de saúde dos locais onde as pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento dum processo ininterrupto de protecção sanitária (DECLARAÇÃO de Alma-Ata in MISAU, 2002, p.6).

Para uma resposta prática ao que está preconizado na definição de Cuidados de Saúde Primários, o governo moçambicano tem promovido, ao longo do período que o estudo abrange, à formação de Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil do nível básico para garantir a assistência materna nos postos e centros de saúde das zonas rurais. E, para facilitar a aceitação das ações e dos profissionais nas comunidades moçambicanas mais conservadoras, nesses

cursos são apenas admitidos candidatos de sexo feminino, pelo fato de algumas comunidades preservarem os hábitos e costumes culturais que concebem o “processo” de nascimento (gravidez e parto) como assunto que deve ser abordado e assistido, preferencialmente pela sociedade feminina; sobretudo, pelo grupo que já experienciou o “processo”. Esta posição se enquadra na passagem da definição supracitada na qual os cuidados primários envolvem “(...)métodos e técnicas práticas, cientificamente válidas e socialmente aceitáveis” (MISAU, 2002), ou seja, deve ter em conta o contexto sociocultural em que o programa é aplicado.

Para o MISAU, a promoção da saúde constitui uma das ações de Enfermagem em Saúde Materna, que traduz os cuidados pré-natais definidos como: “um conjunto de ações de caráter predominantemente preventivos que se efetuam nos vários níveis de atenção à saúde, com o fim de proporcionar à mulher grávida uma gestação e um parto normal” (MOCUMBI, 1984).

A Saúde Pública é assinalada como um dos eixos básicos do discurso de promoção de saúde com ênfase no aspecto de autonomia dos sujeitos envolvidos ou dos grupos sociais. Portanto, constitui um complexo corpo de conhecimentos e práticas organizadas institucionalmente com propósito de promover a saúde das populações (Saboroza, 1994). A autonomia descrita refere-se ao conhecimento da causa do desequilíbrio e da prática de ações por esta mesma sociedade e para o resgate da condição favorável ou do equilíbrio para o bem de todos. Por outro lado, a promoção é concebida como processo que engloba a consolidação da capacidade individual e coletiva para lidar com as diversas determinantes da saúde. Por isso, passa de uma simples aplicação de técnicas normativas, pois não basta somente o conhecimento da origem da doença ou do fenômeno, é necessário encontrar mecanismo para o controle, envolvimento ativo e/ou engajamento de todos na busca do que se pretende atingir. Portanto, é a razão da interação entre os atores envolvidos considerando a condição de domínio de conhecimento entre os grupos de atores e a educação formal básica para cada

grupo. Para proporcionar e/ou estabelecimento de uma comunicação eficaz no processo de desenvolvimento das ações que envolvem a proteção, prevenção e promoção de saúde é importante o domínio do conhecimento dos factores que concorrem para a saúde e para a doença.

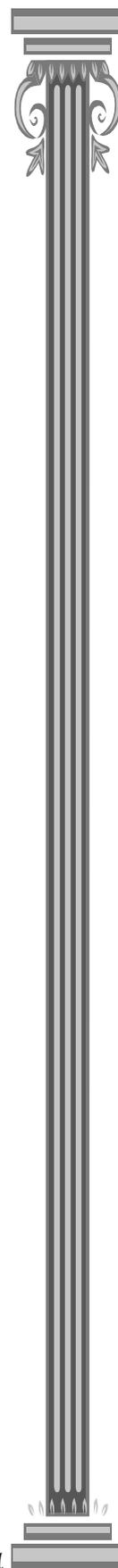
A problemática de saúde, sobretudo da saúde materna, não é só da responsabilidade das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, deve envolver outras categorias profissionais de saúde afins. Nesse sentido, torna-se relevante analisar a filosofia, a política, a ideologia, os recursos humanos e materiais necessários, o aspecto sócio-cultural e a relação de poder que marcaram a história e o desenvolvimento da saúde materna, em Moçambique.

A valorização da promoção da saúde vem ganhando espaço em diferentes partes do mundo, uma vez que analisado o fenómeno chega-se a consenso, que a promoção da saúde reduz os custos de assistência médica cujos resultados esperados têm sido difícil alcançá-los. Justifica-se pois, a razão da adoção de propostas governamentais voltadas não apenas à abordagem médica da situação de saúde, mas também de enfrentamento dos problemas de saúde pública, pela via da promoção da saúde, sobretudo à saúde da mulher (BUSS, 2000).

Czeresnia e Freitas (2003, p. 51) afirmam que: “Promoção da saúde contempla um amplo exemplo de estratégias técnicas e políticas que incluem tanto postura conservadora como extremamente radical”. Isto deve-se ao fato das ações de promoção envolverem diretamente a população que possui hábitos e práticas socioculturais próprias para cada comunidade. Ao diferenciar a prevenção da promoção, a mesma fonte (op. Cit.), define prevenção como o ato de “prevenir” o que significa, preparar e dispor de maneira que evite algum dano ou mal. Portanto, prevenir significa impedir que se realize algo que cause dano. E, promover significa dar impulso ou fomentar atitudes e comportamentos saudáveis, que ajudem a prevenir a doença. Assim, entendemos que a promoção em saúde constitui uma das

medidas que não se dirige à uma doença ou desordem, mas sim às medidas que ajudam a incentivar hábitos e práticas para aumentar a saúde e o bem estar das populações.

Por isso, a Enfermagem não só orienta suas ações para a área assistencial, mas também enfatiza à área educativa e/ou explicativa, em que envolve a consulta de enfermagem à mulher no pré-natal, assistência á parturiente (pré-parto e parto), pós-parto/puerpério e a consulta de planejamento familiar, em saúde sexual. Portanto, a Enfermagem enfatiza questões ligadas a prevenção, reconhecimento de sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA. Mais ainda, refere aos aspetos ligados a gravidez na adolescência, seus riscos assim como os riscos da gravidez indesejada. A ênfase na promoção da saúde através da educação, diagnóstico precoce e encaminhamentos para prevenção, visa a resolução de problemas ligados às intercorrências que possam contribuir desfavoravelmente à evolução saudável da gestação, trabalho de parto e parto, comprometendo de uma ou de outra forma, à saúde da mãe, filho, família e da comunidade em geral.



CAPÍTULO IV: *Trajectoria Metodológica*

4.1. Tipo de Estudo e Conceitos da Fundamentação Metodológica

Considerando os objetivos e o objeto de estudo da presente pesquisa, torna-se claro que a nossa pretensão não é de esgotar o assunto, mas sim de trazer para discussão questões que possam merecer outras análises e um olhar de outros pesquisadores da área de Enfermagem e/ou da saúde. Acreditamos que algumas situações pesquisadas em Enfermagem têm vindo a ampliar as abordagens metodológicas que têm contribuído para o resgate da subjetividade, deixando em parte, para trás, a metodologia tradicional que se caracterizava por uma certa passividade. Na metodologia tradicional entendia-se que, na maioria dos estudos, os resultados eram reservados aos pesquisadores e a população alvo do estudo não era levado a conhecer tais resultados, muito menos eram discutidos por elas. Em oposição a este fato, desenvolvemos um estudo qualitativo, à luz da abordagem dialética, por entendermos ser o que melhor possibilita uma análise e discussão adequadas da questão estudada.

Atribuímos o caráter qualitativo à pesquisa que possibilita ao pesquisador chegar a uma visão clara dos objetivos pretendidos. Ou seja, a pesquisa qualitativa “compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas” (TRIVIÑO, 1987, p. 120).

No pensamento de Leopardi (2002, p.195), a abordagem qualitativa se “baseia no fato de que o agir humano visa um sentido e tem um valor, que não podem ser captado por uma explicação nomológica, ou seja, por relação simples de causa e efeito ou uso de instrumental estatístico”. Neste caso, entendemos a questão do estudo, não apenas a partir de informações documentais, mas também, através da perspectiva dos sujeitos que o vivenciaram e vivenciam à atenção a saúde da mulher, em sua vida diária. As informações dos sujeitos podem ser reveladoras da sua satisfação, desapontamentos, surpresas, sentimentos e desejos, que ocorreram ao longo da sua prática profissional. Este tipo de objetivo não pode ser satisfeito só

com um estudo pautado na informação documental, mas também no confronto com uma diversidade de informações que permitam atingir a essência do fenômeno. É nesta ótica que nos identificamos com o estudo de natureza qualitativa, numa abordagem dialética, procurando não só descrever, mas também entender a essência dos diferentes programas adotados pelo Sistema Nacional de Saúde para assistência à saúde materna em Moçambique Independente e compreender com clareza os intervenientes que proporcionaram a inserção da classe de enfermagem.

Os Gregos consideraram a dialética como uma arte de diálogo, significado este que passou a sofrer evoluções, passando da arte de diálogo para mecanismo a desenvolver no diálogo, objetivando por exemplo, uma demonstração de uma tese através de uma fundamentação, ou seja, uma sustentação, definindo e diferenciando nitidamente os ideais ou conceitos inerentes a dada discussão (KONDER, 1998). Outras correntes filosóficas apontam que no contexto dialético, a discussão tinha como função encaminhar os promotores à uma verdade, apontando os polos divergentes dos integrantes dessa discussão, identificando assim as contradições. Este processo possuía seus princípios baseados na tese, antítese e síntese, onde a tese constitui o que é indagado, ou seja, o objeto da pesquisa; a antítese é a face divergente ou argumento contrário, ou seja, movimentos e estratégias adotadas pela Enfermagem na implantação e implementação das políticas públicas direcionadas à Saúde Materna conflitos e contradições; e, a síntese por sua vez, é a convergência dos aspectos reais extraídos dos polos divergentes e o que vai constituir o ponto comum a considerarmos nessa tese: a consolidação das idéias provenientes das diferentes classes profissionais que trabalham e prestam assistência à saúde materna em Moçambique.

Lakatos (2000, p.81) resgata a concepção da Grécia antiga reafirmando a dialética como diálogo com argumentação, que deixa claro os conceitos envolvidos na discussão. Por isso, ao descrever a institucionalização da assistência a saúde materna, concomitantemente

com os programas que acompanharam o processo evolutivo das políticas, demonstrando os objetivos dos mesmos e a inserção da Enfermagem, levantamos uma discussão que possibilitou uma melhor compreensão da questão estudada.

Segundo Triviños (1987, p. 53), filósofos como Engels e Lênin consideram a dialética, como ciência de interconexão universal, pois ela busca a compreensão do desenvolvimento e da maneira como a ciência vê a realidade do mundo dos fenômenos. Ou seja, a dialética procura entender a interdependência e a indissolúvel ligação entre todos aspectos, a partir dos quais resulta um processo de movimento único e universal com leis imanentes. Os conceitos de conexão, interdependência e interação são essenciais na análise dialética tendo em vista a compreensão de mundo.

Nesse sentido, acreditamos que no meio desses diferentes conceitos e definições sobressaiu a convicção de que, a dialética teve aplicação neste estudo, pois facilitou a compreensão dos fenômenos dentro da realidade pesquisada. Com este estudo, entendemos as diretrizes que orientaram os diferentes programas de assistência a saúde materna dentro da realidade que se insere a situação da mulher moçambicana, e como a Enfermagem se inseriu.

4.2. Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado em Moçambique, observando os princípios da comissão da ética do Ministério da Saúde (MISAU), Instituição que superintende a ética no âmbito de pesquisa com seres humanos no país da qual obtivemos a devida autorização para o seu desenvolvimento. Concretamente o estudo foi feito no Hospital Central de Maputo e nas Provinciais de Maputo, Zambézia e Nampula.

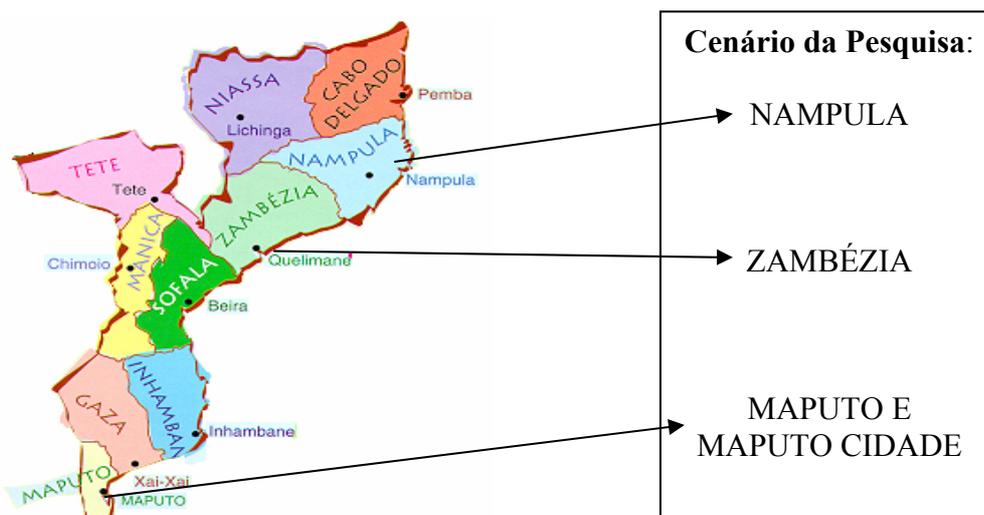
Para complementar alguns dados recorremos ao Arquivo Histórico Nacional de Moçambique, Ministério da Mulher e Ação Social, Sede Nacional da Mulher Moçambicana, Instituto Nacional de Estatística e Fórum da Mulher em Moçambique. A escolha desses locais

deveu-se ao facto de que era nosso objetivo obter informação que retratasse a realidade do País em geral e/ou que consubstanciasse a situação da Mulher Moçambicana.

Segundo Leopardi (2002, p.197), a escolha do cenário de pesquisa ou campo de pesquisa, não ocorre por acaso, mas sim por possuir uma questão prática que o pesquisador deseja abordar, seja para conhecer suas características ou para encontrar uma solução. Nestes lugares obtivemos informações através de documentos legais e informações orais que enriqueceram o estudo, conforme os nossos objetivos. A opção por três províncias de zonas diferentes (sul, centro e norte) se justifica pela necessidade de busca de informação mais abrangente, uma vez que Moçambique é um País com hábitos e costumes diferenciados para cada/determinado grupo social e a aceitação dos serviços de Saúde pelas comunidades é, em geral, influenciada por hábitos culturais de cada comunidade. Ademais, a implementação, coordenação e supervisão dos programas no País, apesar de hábitos e culturas diferentes entre zonas norte, centro e sul, seguem rigorosamente as mesmas orientações, as de nível Central. Porém, as práticas assistenciais são encaradas de maneira diferente em diversas comunidades do País.

A Coleta dos dados abrangeu as Províncias de Nampula, Zambézia e Maputo, correspondendo as zonas: norte, centro e sul respectivamente, como se pode localizar no Mapa que segue:

Figura 2.- Localização do cenário de pesquisa no mapa de Moçambique



Conforme os dados demográficos mostrados no quadro 1, as províncias de Nampula e Zambézia são as que possuem maior número populacional (3.676.003 e 3.710.011) respectivamente, enquanto que Maputo Cidade constitui a capital do país.

4.3. Técnica de obtenção dos dados

De março de 2007 a maio de 2008, foi o período que compreendeu a obtenção dos dados que constituíram a base para a análise da problemática estudada, a partir da qual resultou a conclusão a que se chegou com a pesquisa.

A primeira fase, consistiu na consulta documental e revisão de literatura com o propósito de obter informações que possibilitaram a descrição que caracterizou o objecto de estudo e parte da fundamentação da pesquisa. Tomamos como fonte primária alguns documentos oficiais que subsidiaram a informação sobre os programas de assistência a saúde materna, sem descartar outros documentos como relatórios técnicos, manuais e diretrizes, assim como, textos ou material didático oficial do governo que consultamos. Apesar das

dificuldades que enfrentamos, na busca dos dados, acreditamos que a consulta documental serviu de base para o presente estudo, uma vez que os documentos consultados constituíram uma fonte rica, que permitiu obter informações e evidências, necessárias para a clarificação dos objetivos do estudo. Os documentos foram ainda fundamentais não só por eles constituírem uma “fonte de dados contextualizados, mas também por surgirem num determinado contexto e subsidiarem informações sobre esse mesmo contexto” (TYRRELL, 1995, p. 35).

A primeira fase teve início em Maputo seguida da província da Zambézia, no período de março a setembro de 2007. Estes dados constituíram o relatório preliminar para qualificação da pesquisa. Posteriormente, foi utilizada a técnica de avalanche (replicação do estudo), e de março a maio de 2008 foram coletados dados novamente no Maputo, Zambézia e finalmente na Província de Nampula.

A segunda fase, caracterizou-se pela aplicação de uma entrevista semi-estruturada dirigida a personalidades que serviram de mentores para a projeção e coordenação dos programas voltados a Assistência a Saúde Materna, assim como, os profissionais que prestaram assistência no âmbito da implantação e implementação dos mesmos programas acompanhando os marcos evolutivos propostos no estudo.

A opção pela entrevista semi-estruturada como um instrumento de coleta de dados, se justifica pela característica do estudo (de caráter qualitativo) e por ser o que nos pode proporcionar uma facilidade clara da sequência das questões e das respostas que satisfazem os nossos objetivos. Ou seja, que “obedece um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” (MINAYO, 2006, p.267).

A coleta de dados, nos facultou a identificação dos fatos ocorridos durante o processo da implantação e implementação dos Programas de Assistência à Saúde Materna em

Moçambique independente, apontando os objetivos e o tipo de relações de hegemonia que existiram no contexto socio-histórico entre as classes profissionais que participaram do processo de implantação e implementação desses programas.

O instrumento era constituído por duas partes como se pode ver no apêndice 01. A primeira, com questões cujas respostas satisfazem os objetivos da pesquisa e a segunda com os aspectos que facilitaram a caracterização dos sujeitos. Foi usado o mesmo roteiro para todos participantes, tanto para os da classe Médica, como os da classe de Enfermagem.

As entrevistas foram aplicadas individualmente, em ambiente apropriado entre o entrevistador e a (o) entrevistada (o) de modo a proporcionar uma tranquilidade para ambos. As informações foram gravadas em fita magnética, algumas em consequência da falha do gravador, foram registradas diretamente em bloco de notas. As informações gravadas foram transcritas primeiro, manualmente em blocos de notas. Tanto as gravadas como as anotadas em blocos de registro por falha do aparelho, depois foram lidas na presença de cada entrevistada (o) que de livre vontade concordaram ou deixaram de concordar com as idéias, após a compilação das informações resultantes da entrevista.

4.4. Sujeitos da Pesquisa

Participaram desta pesquisa dezanove (19) entrevistadas (os) dos quais três (03) após a leitura das informações transcritas, não concordaram com a compilação das informações, desistindo assim da participação no estudo. Para assegurar a vontade das mesmas, a gravação foi apagada e o material transcrito inutilizado na presença das interessadas. O material de uma das entrevistadas ficou danificado não permitindo a captação clara das palavras, ficando assim

inutilizada a entrevista. Comunicado posteriormente o depoente não mostrou disponibilidade para repetir a entrevista.

4.5 Procedimentos Éticos da Pesquisa

Para a questão dos aspectos éticos, recorreremos ao código de Nuremberg (1947), a declaração de Helsinque (1964), e as suas versões de 1975, 1983 e 1989, assim como o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos da ONU (1966), dentre outros aspectos legais, que sustentam a Resolução do Conselho Nacional de Pesquisa nº 196/96, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, no Brasil.

O Decreto lei nº 93.933 de 14 de Janeiro de 1987, outorgada pelo Conselho Nacional de Saúde/Brasil, aprovou diretrizes e normas que, também, regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, cuja Resolução 196/96, protege o indivíduo e a coletividade em quatro ângulos básicos da bioética: autonomia; não maleficiência; beneficência e justiça;

Nesse âmbito, os participantes tiveram o direito de se manifestar por meio do termo de consentimento livre esclarecido (anexo 2), e, de serem esclarecidos previamente, de uma maneira clara sobre a proposta e os objetivos do estudo e os benefícios que os resultados poderão trazer, além de suas aplicações na área da saúde e da Enfermagem. Deixamos claro que a aceitação ou não da participação durante a coleta de dados, ficava a critério dos sujeitos sem nenhum prejuízo aos depoentes, caso não aceitassem em participar da pesquisa. Apesar de termos garantido o anonimato, alguns depoentes manifestaram o desejo de revelar à sua participação no estudo, justificando que se achavam honradas por terem participado num estudo que aborda uma questão de grande importância para a Saúde da Mulher e, sobretudo, na assistência à Saúde Materna em Moçambique. Um país que adotou uma estratégia

apropriada, para a realidade sócio-econômico e cultural, ambicionado por outros Países de África e vangloriado pela Organização Mundial de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa realizada fora do Brasil, a autorização foi solicitada ao Ministério da Saúde de Moçambique, através do Departamento de Formação, mediante apresentação de uma carta da Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa da Instituição de Ensino, onde a pesquisadora se encontra inserida, a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). No Ministério da Saúde o projeto foi encaminhado, através da Direção Nacional da Saúde, para o Comitê Nacional da Bioética para Saúde, entidade máxima para este fim, que autorizou a realização da pesquisa que envolve seres humanos no País. Estes por sua vez, deram a devida autorização recomendando que a pesquisadora solicitasse uma autorização administrativa mediante um requerimento dirigido ao Ministro da Saúde. Assim foi feito. O encaminhamento sofreu um processo burocrático demorado até, o despacho da autorização que saiu em abril de 2007, conforme as cópias dos comprovantes deste complexo processo em anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

Um outro aspecto a destacar, é que mesmo com a devida autorização administrativa, para iniciar o estudo ao longo dos trabalhos fomos deparando com questões relacionadas a indiferença e resistências no fornecimento de dados e/ou dificuldades no acesso às informações ou documentos desejados. Este fato foi verificado, tanto com profissionais da área médica como os da área de Enfermagem. Estes fatos contribuíram também, para a demora do processo.

Outros fatores evidenciados foram a falta do favoritismo na progressão da classe de Enfermagem por parte de outros profissionais de saúde, sobretudo os da classe médica quando se deparavam com uma Enfermeira, a rigor, desenvolvendo uma tese de doutorado. Mas nem por isso, constituiu motivo de desânimo, pelo contrário, trouxe mais força e coragem na busca

desse conhecimento empírico-científico em prol da própria auto-realização acadêmica e profissional, assim como do crescimento da profissão de Enfermagem em Moçambique.

A terceira fase, correspondeu a compilação, apresentação e análise dos resultados. Esta fase foi se fazendo concomitantemente com a anterior. Na medida em que aplicávamos as entrevistas, íamos organizando os resultados, em face da apresentação do relatório preliminar da pesquisa para qualificar o estudo e prosseguir, visando obter o presente relatório final.

4.6. Trajetória analítica

A análise dos dados, compreendeu inicialmente, a leitura e ordenamento do material coletado e transcrito. Esta prévia leitura, nos permitiu a familiarização com o material coletado, lembrando os nossos objetivos e o referencial teórico que respalda o estudo. Posteriormente, através de uma leitura mais precisa, buscamos os traços de um estudo qualitativo, ou seja, a informação que abrange os aspectos propostos no roteiro, e que respondem aos objetivos, apontando o objeto do estudo, sua “exaustividade e pertinência,” (MINAYO, 2006, p.317). A partir desta identificação, fizemos o recorte das falas comuns, ordenando-as, de modo a permitir uma categorização mais precisa que nos permitiu identificar as significações das informações reveladas pelos sujeitos do estudo. Este procedimento facultou-nos a extração das unidades de registro, delimitando assim, o contexto de compreensão e a formação dos núcleos temáticos ou categorias: “elementos ou aspectos com características comuns que se relacionam entre si” (Op. cit, 2004, p.70).

Após a elaboração dos núcleos temáticos ou categorias que nos referimos, prosseguimos com uma leitura transversal de cada agrupamento, inspiradas na metodologia

dialética, que nos ajudou na classificação dos temas, constituindo assim, as categorias empíricas.

Como passo final, procuramos confrontar as categorias empíricas com as analíticas, estabelecendo uma relação dialética dos dados coletados e selecionamos aquilo que nos permitiu fazer a descrição e caracterização dos fatos que mereceram uma discussão e ajudaram na compreensão do objeto do estudo. Partimos do princípio que a importância de análise dos dados não reside apenas na informação encontrada nos documentos consultados nem na informação obtida pela entrevista, mas, sobretudo, na relação que essa informação estabelece ou que a pesquisadora atribui aos objetivos da pesquisa (LOYOLA, 1999, p.14). A partir deste pensamento, do ponto de vista da análise dialética, determinamos vertentes que orientaram um modo de pensar amplo. Procuramos levantar e trazer à discussão os aspectos/fenômenos mais pertinentes, sobretudo os que estão relacionados com as questões do estudo. Desse modo, extraímos as informações tanto das consultas documentais quanto das entrevistas de modo a encontrar a essência da base analítica, que justificou a opção do referencial teórico, na perspectiva gramsciana. Assim, partindo desta cinética dialética, entre o empírico (concreto/do senso comum) e analítico (abstrato/elaborado), desenvolvemos e elaboramos a nossa síntese.

Mediante os passos operacionais que orientaram este percurso analítico, obtivemos as categorias analíticas que se resumem em: Impacto Político e Social do Programa de Saúde Materno-Infantil; Hegemonia e contradições no processo de implantação e implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil; Estratégias de implementação do Programa e inserção da Enfermagem; e, costumes e hábitos culturais como fator decisivo para a aceitação dos serviços de Saúde Materno Infantil a nível das comunidades.

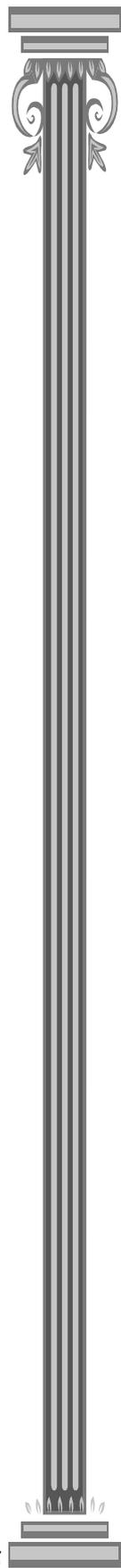
Há uma informação que chamou atenção, que aponta para a questão da liberdade de expressão, contemplada no Capítulo II da Constituição, sobre “direitos, deveres e liberdade”, no Artigo 48 sobre liberdade de expressão e informação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA, 2004, p. 14). Acontece que, a abordagem de algumas questões, sobre a inserção da Enfermagem, no desenvolvimento da entrevista, quando se tratasse da questão da relação profissional da classe médica e a da Enfermagem, o assunto era abordado com um certo receio e medo. Ou seja, os sujeitos demonstravam vontade de falar algo, mas ao mesmo tempo, tinham medo de falar a realidade que vive (silêncio explicitado). Este fato foi demonstrado pelos sujeitos do estudo ao se expressarem nesses termos:

(...) Vamos parar aqui porque isto é coisa que vais escrever e.... talvez não tem importância mas a verdade é essa todo mundo sabe que.... que nada. É isso. vamos fechar essa questão porque voce também sabe as implicações.
(Entrevistada 1- Enfermeira de SMI).

Não sei se é a falta de profissionais da área com mais qualificação voce vai ver agora os meninos que saiem da faculdade de medicina vão logo nos distritos como diretores, nem sequer possuem conhecimentos consolidados de saúde pública entretanto está um profissional com conhecimentos que pode liderar o cargo por exemplo o técnico da medicina preventiva a enfermeira de SMI que possuem mais conhecimentos e capacidade de Liderar cargo de Direção Distrital do que um recém formado da medicina. Mas é o que estamos a viver agora. Tudo isso porque é médico. Vamos parar, porque este assunto é polêmico. Parecendo que estamos só duas, mas, as paredes escutam e falam minha filha. (Silencio seguido de riso) Tens outra pergunta? Então vamos continuar. Só não posso falar à vontade como você quer. Porque como te disse, as paredes escutam e falam (Riso)
(Entrevistada 4 – Psicóloga).

Estas afirmações são sugestivas para uma análise mais cuidadosa e, julgamos melhor deixar em aberto para próximos estudos, quer de pesquisadores vocacionados à pesquisa social para área de saúde ou de outras áreas afins.

A análise das quatro categorias, apuradas nos resultados da pesquisa, é apresentada no capítulo que segue.



5.1 Trajetória analítica: Iconografia dos Sujeitos

No contexto histórico, a maioria dos enfermeiros que se formou a partir da segunda metade de 1975 até 1990, não o fizeram somente por vocação ou por vontade própria, mas pela necessidade do país em formar pessoal na área da saúde e, sobretudo, enfermeiros e enfermeiras a quem se impunha o recrutamento compulsivo. O momento histórico da época, exigia que o governo, para poder dar assistência ou oferecer cuidados básicos a população deveria traçar diretrizes capazes de impor uma ordem em todos os setores da vida dos moçambicanos. No campo da política de educação, o Plano Estatal Central (PEC), impunha a colocação dos estudantes finalistas, sobretudo de 6^a e 9^a Classes(séries) em qualquer setor sócio-econômico do país (chamados setores sociais e produtivos). Para a continuação dos estudos, as políticas do governo, impunham igualmente aos finalistas dos cursos ou formação técnica em áreas mesmo que estes não se sentiam vocacionados. A integração forçada em cursos que não eram do interesse dos formandos pode ter constituído uma das razões do abandono da carreira de muitos Enfermeiros/Enfermeiras, da profissão ligada diretamente a área assistencial e/ou à opção por outros cursos nos níveis subsequentes.

Assim, entendemos que esse processo de recrutamento e seleção, e sobretudo, a orientação escolar e profissional, constituem fatores que permitem antecipar a imagem profissional do sujeito, através do diagnóstico das habilidades e aptidões do futuro Enfermeiro; ou seja, do profissional da saúde. No período de 1980 à 1990, concorreram para qualidade dos cuidados em saúde à população, não apenas fatores exógenos, mas também os endógenos. Entre os fatores exógenos podemos citar a falta de equipamento adequado, falta de material assistencial, baixo nível salarial, entre outros. E, entre os fatores endógenos podemos citar aptidão para a execução da tarefa, fraca capacidade de assimilação, falta de vontade própria para a assimilação e aplicação dos conhecimentos aprendidos, entre outros

que influenciaram negativamente o êxito dos programas de assistência, em geral, e a autoafirmação da classe dos enfermeiros, em especial.

No período que compreende o presente estudo, no plano iconográfico, podemos destacar algumas imagens que recaem sobre a Enfermagem e seus exercentes. O Enfermeiro como sujeito ativo no exercício da assistência à população era visto, ao mesmo tempo, por alguns como preguiçoso e por outros sem dom nem piedade; ou seja, uma imagem com traços mais negativos que positivos. A introdução dos cursos médios e o envio de algumas finalistas do curso médio de Enfermagem para o Brasil, na década 90, constituiu um dos marcos evolutivos de conquista de espaço da Enfermagem em Moçambique, um fator determinante para a mudança da imagem atribuída à Enfermeira. Assim, com esta providência no Brasil (1996), possibilitou a frequência e conclusão do curso superior de Enfermagem e Obstetrícia. Aqui a visão sobre o Enfermeiro (exógena e endógena), começa a ganhar novas e diferenciadas características. O primeiro grupo no país com nível superior em Enfermagem, catalizou a implantação e implementação dos cursos superiores na área da Enfermagem, com ênfase para a Enfermagem orientada para a Assistência à Mulher. E, em virtude da progressão na carreira para níveis superiores (acadêmica e profissionalmente), os que tinham o nível básico começaram a aspirar o nível médio e os que tinham nível médio, aspiravam o nível superior; o que traduzia e até hoje traduz um grande e significativo movimento de ascensão profissional e social.

Nessa linha de pensamento, verificamos que, a Enfermagem sofreu mudanças, tornando-se uma área de conhecimento e de desenvolvimento profissional por vocação, para a maioria dos profissionais que optaram por este setor de atividade, sobretudo, para os novos candidatos. Por isso, a partir da década 90, consideramos como o período em que a política do governo, na formação de recursos humanos para saúde, especificamente na área de Enfermagem, deu um grande passo ao considerar como prioritário para o desenvolvimento de

competências dos profissionais da saúde da população, a expansão da rede sanitária e no trabalho assistencial por meio da liberdade de escolha da profissão dessa população.

Para explorar melhor a informação elaborada a partir dos dados coletados, apresentamos em duas dimensões: uma que nos conduziu a compreensão do contexto histórico, no que tange a perspectiva racional, da política de Assistência a Saúde Materna e os programas adotados como papel do Estado. E a outra, que busca o entendimento de como essa política foi implantada e implementada, o que nos possibilitou esclarecer basicamente os fenômenos de implantação e implementação; apontando os principais conflitos entre as classes profissionais envolvidas (Médica, Enfermagem e Técnicos de Cirurgia).

Apresentamos inicialmente as características dos depoentes, seguida da análise das categorias e/ou concepções centrais resultantes dos depoimentos organizados de acordo com a trajetória metodológica que orientou o presente estudo.

A caracterização dos sujeitos foi aglutinada em três grupos: nível distrital (A), provincial (B) e central (C) por localizar neles o resgate das características que o contexto histórico-político lhes atribui. Eles são produto de um sistema político de partido único, cuja ideologia orientadora da sua construção sócio-profissional era a marxista-leninista, baseada na ditadura do proletariado. A colocação deste antecedente como elemento fundamental para a análise da problemática estudada, é sustentada pela necessidade de apresentar os protagonistas (individual/coletivo) na perspectiva sócio-política do processo de desenvolvimento do país, para desta forma poder direcionar uma descrição contextual e crítica (GOBETTI, in: LIGUORI, 2007).

Portanto, este relatório final foi desenvolvido com base nas quinze (15) entrevistas analisadas, cujos sujeitos detiam uma idade que variava entre 36 a 78 anos, distribuídos em três (03) grupos (A, B e C). O grupo A, corresponde aos sujeitos que trabalharam e/ou trabalham na área assistencial e, de algum modo, assumiram ou não, cargo

de chefia até ao nível do Distrito/Município. As características básicas dos sujeitos desses grupos podem ser observadas nos quadros a seguir:

Quadro -7 Perfil dos Sujeitos do Grupo A*

N ^o	Sexo	Idade	Formação inicial	Categoria Profissional actual	Cargo Assumido	Cargo Actual
Ent. 1	F	40	ESMI**- Básico	ESMI/.Med. Especializada em Ensino	Chefe Distrital dos Serviços de SMI	Diretora dos Cursos de ESMI
Ent.2	F	39	ESMI/Bás	ESMI/Med	Chefe Distrital dos Serviços de SMI***	Estudante do Curso de Especialização em Ensino
Ent. 3	F	36	ESMI/Med	ESMI/Med	Chefe Distrital dos Serviços de SMI	Estudante do Curso de Especialização em Ensino
Ent.13	F	68	Parteira	Parteira (Aposentada)	Responsável da Sala de partos	Reformada
Ent.14	F	66	Parteira	Parteira (Aposentada)	Encarregada da Maternidade Distrital	Reformada
Total das Entrevistadas do grupo A						05

*Trabalharam na assistência e assumiram ou não cargo de chefia até a nível do Distrito

** Enfermeira de Saúde Materno-Infantil

*** Saúde Materno-Infantil

O grupo A foi constituído por um total de cinco (5) sujeitos, todas mulheres, profissionais da área de Enfermagem, das quais três tiveram formação inicial em Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e duas foram formadas na época colonial, como Parteiras. Estas duas fazem parte do grupo das profissionais que praticamente assumiram a Assistência de Saúde Materna nos primeiros anos da independência, ou seja, antes da existência das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. Todas desempenharam cargo de Chefe Distrital e/ou responsáveis por setores. Atualmente duas continuam sua qualificação profissional, sendo que uma (1) dirige os Cursos de Enfermagem na área de Saúde Materno-Infantil, do nível básico e médio, e duas (2) estão reformadas.

Quadro 8 – Perfil dos Sujeitos do Grupo B*

Nº	Sexo	idade	Formação inicial	Categoria Profissional actual	Cargo Assumido	Cargo Actual
Ent.4	F	43	ESMI/Básico	Psicóloga	Chefe dos Serviços de SMI da Cidade-Maputo	Coordenadora do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva no projeto da FNUAP/AMODEFA (ONG)
Ent.5	F	43	ESMI/Básico	ESMI/Med. Especializada em Ensino e Estudante do Curso de Psicologia	Chefe Provincial dos Serviços de SMI, Chefe da secção de Bolsas no Departamento de Formação do MISAU	Formadora de formadores de ativistas para cuidados domiciliários para PVHIV/SIDA (ONG/ANEMO)
Ent.6	F	48	ESMI/Básico	Enfermeira de SMI/Med., e Estudante do Curso de Psicologia	Chefe da Maternidade do Hospital Provincial, Chefe Provincial dos Serviços SMI e Diretora pedagógica do Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane	Coordenadora Provincial dos Cuidados Domiciliares para PVHIV/SIDA (ONG/Visão Mundial)
Ent.8	F	50	ESMI/Básico	Jurista	Chefe Provincial dos Serviços de SMI, Chefe dos Serviços de SMI da Cidade	Chefe da Secção de Legislação e Contencioso da Direção Provincial de Saúde
Total das Entrevistadas do grupo B						04

*Trabalharam na assistência e assumiram cargo de chefia até a nível Provincial ou cidade

Este grupo (B) foi composto por quatro (4) sujeitos do sexo feminino, com formação inicial em Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, mas quase todas direccionaram sua progressão académica para outras áreas de saúde afins. Portanto, o grupo é formado por uma psicóloga, duas Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (estudantes do curso de Psicologia) e uma Jurista. Porém, continuam a exercer ações baseadas na prática profissional, ou seja, concorreram e trabalham, em Organizações Não Governamentais como Enfermarias de Saúde Materno-Infantil com a exceção de uma formada posteriormente na área de Direito. São sujeitos que além de terem trabalhado como Enfermeiras na área assistencial, assumiram também cargo de chefia dos serviços de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil até a nível da Província e/ou da Cidade.

Quadro 9 - Perfil dos Sujeitos do Grupo C*

Nº	Sexo	Idade	Formação inicial	Categoria Profissional actual	Cargo Assumido	Cargo Actual
Ent. 7	F	44	ESMI-Básico	Enfermeira Licenciada	Chefe dos Serviços de SMI, da Cidade, Docente e chefe da Docência do Instituto de Ciências de Saúde de Maputo	Chefe Nacional da Repartição de Cuidados de Enfermagem
Ent.11	F	54	Licenciada em Medicina	Gineco-Obstetra e Mestre em Ciências médicas	Responsável Nacional do Programa de Saúde Materno Infantil	Vice Ministra da Saúde
Ent.13	F	61	Licenciada em Medicina e Cirurgia	Médica especializada e Ginecologia e Obstetria (Aposentada)	Diretora da Enfermaria de Ginecologia do HCM, Diretora do HGJM e HGC, Representante OMS**.	Aposentada e Diretora da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio em Nampula-Moçambique.
Ent.15	M	Acima de 78 (assim disse)	Enfermeiro	Enfermeiro (Aposentado)	Supervisor Nacional da Enfermagem, Membro fundador e 1º Presidente da ANEMO	Enfermeiro Aposentado e Presidente da APOSEMO e membro da ANEMO
Ent.16	F	—	Parteira	Chefe da Maternidade	Parteira Aposentada e Fundadora da APARMO	Parteira Aposentada e membro da Aparmo
Ent.19	M	Não abordada	Médico	Especialista em Obstetria e Ginecologia	Ministro de Saúde, Ministro de Negócios Estrangeiro, Primeiro Ministro	<i>Haut Représentant</i> (oms) Sem mais informação
Total das Entrevistadas do grupo C						06

* Trabalharam na assistência e assumiram cargo de chefia até a nível Central

**em São Tomé Príncipe e Cabo Verde, Conselheira da OMS para Projetos de Saúde Materno-Infantil e Conselheira Regional da OMS na África (Brazavil, Congo, Ruanda) para Programas de SMI e Saúde de Adolescentes e Conselheira da OMS em Moçambique, Cabo Verde, Guine Conakry e Vietnan.

O grupo C, foi composto por seis (6) sujeitos de diferentes classes profissionais da área da saúde em que se destacam: uma (1) Enfermeira de Saúde Materno-Infantil, um (1) Enfermeiro do Curso Geral/Técnico de Enfermagem, três (3) licenciados em Medicina e uma (1) Parteira. Todos, além de terem trabalhado na área assistencial, de um ou outro modo, assumiram cargos importantes de alto prestígio (Ministro, Vice-Ministro, Supervisor e Presidente de Associação de Classe) para a gestão e coordenação do Programa de Saúde Materno-Infantil em nível central; assim como, participaram no processo de implantação do referido Programa, e na determinação das estratégias para a sua implementação.

Portanto, dos sujeitos cujas características constam nos quadros 5, 6 e 7, do total de 15 (100%) sujeitos, três (20%) pertencem a classe médica, os quais de uma ou de outra forma lideraram por meio de cargo de Chefia em nível central, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil como responsáveis nacionais ou gestores (Ex-Ministro da Saúde, Vice Ministra da Saúde, Conselheira Regional da OMS na África para Programas de SMI; entre outros). Também, alguns foram mentores, ou seja, promotores da implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil e do Curso de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil. Como nos referimos anteriormente, todos os sujeitos já assumiram algum cargo de chefia na área de Saúde Materno-Infantil, algumas como responsáveis Provinciais, Distritais, outras como responsáveis de Maternidades e/ou Chefes de Enfermagem nos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia. Outros ainda, como Supervisores nacionais de Enfermagem entre outros cargos.

Do total (8, ou seja, 53,3%), dos sujeitos com Formação inicial em Saúde Materno-Infantil, cinco (62,5%) continuam trabalhando como funcionárias do Aparelho do Estado, no Sistema Nacional de Saúde, com a seguinte distribuição: uma (01) desempenha funções em órgão Central, isto é, no Ministério da Saúde; outra (01) na Direção Provincial de Saúde; duas (02) estão atualmente ampliando os seus conhecimentos, realizando um Curso de Especialização em Ensino para área de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil. E a outra (01) trabalha como docente dos Cursos de Enfermagem, em Saúde Materno-Infantil, no Instituto de Ciências de Saúde. As 03 restantes, ou seja, 37,5%, no momento estão temporariamente desvinculadas do Ministério da Saúde e como funcionárias do Aparelho de Estado, uma vez que trabalham em Projetos de Organizações Não Governamentais (ONGs), onde duas foram admitidas como Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil do nível médio e a outra como Enfermeira de Saúde Materno Infantil do mesmo nível que as outras, mas com Especialização no Ensino.

Apesar da maioria 53% dos sujeitos da classe de Enfermagem possuir uma formação inicial em Enfermagem e ter assumido algum cargo de Chefia na área, apenas três (03) direcionaram sua progressão acadêmica para área da Enfermagem. As restantes cinco, decidiram seguir cursos superiores de outras áreas afins, como por exemplo: Cursos de Direito; Psicologia Clínica e Psicologia Educacional com maior destaque, para os dois últimos cursos (Psicologia Clínica e Psicologia Educacional).

Foi com este grupo e graças a ele, que obtivemos dados que apontam um fragmento da realidade vivida na implantação e implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil e que procuramos compreender o foco do estudo com mais precisão. Com eles buscamos a resposta das questões formuladas como vertentes deste estudo e que favoreceram a ampliação do conhecimento da temática ora investigada.

5.2 Construção das Categorias

Ainda, na trajetória analítica, em sua dimensão mais geral, a de análise de conteúdo pautada pelas falas dos entrevistados possibilitou, de um lado, selecionar temas e verificar a frequência relativa de sua aparição (no mapeamento das respostas). Nela interpretamos expressões que caracterizaram fases em que revelaram a “concepção” das categorias empíricas e o nível de comunicação da informação dessa concepção intitulada “denominação”, a partir dos próprios sujeitos. O conteúdo manifesto, assim identificado, determinou a construção das categorias as quais foram objetivadas com as falas dos entrevistados e analisadas à luz do pensamento gramsciano.

Por outro lado, nos permitiu a descoberta de fatos reais, a compreensão de significados e o aprofundamento da compreensão do impacto político-social dos Programas de Saúde Materno-Infantil; dos costumes e hábitos culturais na aceitação dos serviços de Saúde Materno-Infantil; das estratégias de implementação dos Programas de Saúde Materno-Infantil, da hegemonia e contradições do processo de implantação e implementação dos Programas de Saúde Materno-Infantil e da inserção de enfermagem no processo.

A aplicação da lógica da dialética crítica foi fundamental, pois nos possibilitou conhecer a especificidade histórica dos fatos e acontecimento da evolução dos Programas de Saúde Materno-Infantil e da inserção de Enfermagem, integrando idéias e pontos de vista dos entrevistados devidamente contextualizados, clarificando algumas contradições, conflitos, polêmicas e desafios e identificando nestas, as reivindicações de verdades alternativas sem perder de vista sua especificidade histórica e transitoriedade. Este modo de compreensão dos fatos e significados nos facilitou a problematização da realidade e representá-la no conhecimento, determinando, desta forma, algumas generalidades menos objetivas e relacionadas aos fatos políticos, econômicos e sócio-culturais que afetam a saúde da população.

Quadro 10 - Demonstrativo das categorias empíricas e a concepção analítica desde as falas dos protagonistas

Nº	Concepção	Denominação	Freq*	%
1	Impacto Político Social do Programa de Saúde Materno-Infantil.	Melhoria progressiva da assistência e da atitude das mulheres e do profissional	92	53,5
2	Costumes e hábitos Culturais como factor decisivo para aceitação dos serviços de Saúde Materno-Infantil a nível das comunidades.	Analfabetismo e hábitos culturais contribuíram na condição desfavorável feminina	38	22,1
3	Estratégias na implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil e aceitação dos serviços e Enfermeira de Saúde Materno-Infantil a nível da comunidade.	Formação do pessoal de enfermagem, formas de implementação dos programas nos serviços e envolvimento comunitário.	22	12,8
4	Hegemonia e contradições no Processo da Implantação e Implementação do programa de Saúde Materno Infantil e Inserção da Enfermagem.	Processo de inserção da Enfermagem apenas na Implementação ou execução	18	10,5
Total da frequências das falas			72	100

*Número de vezes que a fala apareceu nas entrevistas transcritas

5.2.1 Impacto Político-Social do Programa de Saúde Materno-Infantil

Consideramos, a título de esclarecimento, que Impacto neste estudo refere-se a efeito produzido por alguma mudança no quadro geral da problemática que esta investigação traduz fatos e acontecimentos ou consequências práticas dos programas em saúde materna no país⁴². E, entendemos que políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais, que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Consequentemente, torna-se necessário o acompanhamento dos processos pelos

⁴² In: TYRRRELL, M.A.R. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político social e inserção de enfermagem, 1995**. Tese (doutorado em enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal, Rio de Janeiro, 1995

quais essas políticas são implementadas, por meio dos programas, sobre a situação existente ou pela qual foram implantadas e implementadas.

Denominam-se sujeitos sociais a sociedade civil. Para Gramsci, a sociedade civil não é um mero terreno de iniciativas “privadas”, mas tem desde logo uma “função estatal”, medida em que se põe como “hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda sociedade, como conteúdo ético do Estado”. (NOGUEIRA, in RBCS, 2003, p.186-7).

Segundo Nogueira (op cit, p.190), no pensamento gramsciano “o Estado observa, tem e pede o consenso, através das associações políticas e civis, que porém, são organismos privados, deixados à iniciativa privada da classe dirigente”. Nesta perspectiva, o terreno das associações privadas tornava-se uma espécie de “dimensão civil” do Estado, base material da hegemonia política e cultural. Estado (coerção) e sociedade civil (consenso) passariam deste modo, a ser vistos como instâncias distintas, mas integradas, formando uma “unidade”. Reunem-se, portanto, essas duas dimensões dialeticamente. O Estado, dizia Gramsci, é sempre uma combinação de hegemonia e da coerção:

O exercício normal da hegemonia, no terreno tornado clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram, de modo variado sem que a força suplante muito o consenso, mas ao contrário, tentando fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expressos pelos chamados órgãos da opinião pública (NOGUEIRA, in RBCS, 2003, p. 190).

A sociedade civil gramsciana condensa, nesse sentido, o campo dos esforços societários dedicados a organizar politicamente os interesses de classe — constantemente fracionados pela própria dinâmica do capitalismo —, cimentá-los entre si e projetá-los em termos de ação hegemônica. Como afirma Nogueira (2003, p.190), “o associativismo é a base de tudo, mas desde que tratado politicamente”. Nessa proposição, o autor refere que Gramsci: “não via grande vantagem na agregação pela agregação, na agregação em função de interesses

restritos: sua ênfase repousava na superação política dessa disposição espontânea dos indivíduos e grupos sociais”.

Segundo Coutinho & Teixeira (2003, p. 219), na perspectiva gramsciana, sociedade civil por um lado, é um conceito com o qual se pode entender a realidade contemporânea. Por outro lado, é um projeto político com o qual se pode transformar a realidade. Entendemos que a política de assistência a saúde materna antes da independência (período do governo de transição) e nos primeiros anos após a independência (final da década de 1970), não refletia a realidade do país, muito menos, satisfazia as necessidades da sociedade no geral. Só a partir da década de 1980, com a implantação e implementação do Programa e Saúde Materno-Infantil é que se evidenciou a integração da sociedade civil nos programas estatais, sobretudo na área de Saúde Materno-Infantil onde se destacaram e ainda se destacam algumas ONGs, citando como por exemplo, o Fundo das Nações Unidas para Apoio as Populações (FNUAP), como relata uma das depoente em seguintes termos:

(...) o Programa importante que foi desenvolvido, foi o de Saúde Materno-Infantil e um componente importante que era imediatamente após o parto era a consulta pós-parto seguida da consulta de Planejamento Familiar. Portanto, era Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. Bom, a insuficiência de uma certa eventualidade na consulta do Planejamento Familiar impunha-se mais por causa da consultora do momento, dos doadores e dos outros colaboradores, ONGs que trabalhavam, posso dizer que trabalhavam conosco, porque haviam organizações internacionais, como por exemplo, o Fundo das Nações Unidas de Atividades para a População que, especificamente se dedicava só aos assuntos de planejamento familiar. Portanto, por nossa influência, o Programa de Saúde Materno-Infantil e das Políticas do Ministério da Saúde, acabou por aceitar trabalhar, não só no Planejamento Familiar, mas também noutros componente, embora com percentagem menos importante. (Entrevistada 12, Médica Ginecologista e Obstetra – Grupo C)

Em Moçambique, a implantação, implementação e evolução do Programa de Saúde Materno-Infantil ocorreram e ainda ocorrem no contexto da relação sociedade civil-Estado. Parte das ações do programa são financiadas, como por exemplo, o componente de Planejamento Familiar, Maternidade Segura, Cuidados Obstétricos Essenciais, entre outros, têm sua implementação basicamente sustentada por organizações não governamentais

internacionais (FNUAP), em coordenação com o Ministério da Saúde. Alguns dos programas do governo representam iniciativas financiadas pelo Estado e outros por organizações internacionais em concordância com as Instituições Estatais com base em acordos de cooperação. O impacto dos resultados dos programas implementados como planos, projetos ou programas ministeriais, não apenas refletem os esforços da sociedade civil, mas também do Estado.

Assim, ao falarmos do impacto, nos referimos às mudanças ocorridas quer a nível político como social, em resultado da implantação e implementação do programa que foi adotado pelo Sistema Nacional de Saúde para a assistência à Saúde Materna e/ou da saúde da Mulher.

De acordo com *National Assembly of Wales* in MISAU (2005), a avaliação de impacto na saúde, pode ser definida como uma combinação de procedimentos ou métodos que possibilitam julgar os efeitos que um programa, um projeto ou uma política poderiam ter na saúde da população ou comunidade na qual as ações foram direcionadas. Também, pode-se conceber como consequências de uma determinada técnica ou ação sobre a sociedade, ou seja, mudanças sociais tidas como decorrentes de inovações preconizadas por um dado programa ou projeto.

Com base nos resultados fornecidos por esta pesquisa, os efeitos da implantação do Programa de Saúde Materno Infantil notabilizaram-se ao longo dos anos depois da sua implementação; tanto no campo político, como no social. Registraram-se mudanças pragmáticas e significativas, sobretudo, àquelas referentes a adequação do modelo de Assistência à Saúde Materna e/ou da Mulher, conforme a realidade das condições sócio-econômico e cultural do país, sem se distanciar das tendências internacionais, que motivaram a inclusão de outros componentes no programa que enfatizam as questões de gênero e direitos reprodutivos, dentro do contexto de Saúde Sexual e Reprodutiva. Nos componentes

integrados se destacam, entre outros: Cuidados Obstétricos Essenciais de Emergência e Maternidade Segura. O Investimento em cursos específicos de curta e média duração, como por exemplo, nos Cursos de Enfermagem, em Saúde Materno Infantil, Agente da Medicina Preventiva e Técnicos de Cirurgia, contribui para um impacto positivo demonstrado por algumas mudanças nos indicadores sanitários.

Além disso, enfatizamos que na área da saúde materna registrou-se uma boa cobertura das metas de imunização à mulher grávida e de consultas pré-natais. Esta cobertura da segunda dose subiu de 32% em 1995 para 60% no ano de 2000. Com relação às consultas no pré-natal, a evolução da cobertura também foi ascendente, de 55% em 1992 para 72,6% em 1995; a consulta pós-parto de 2% para 5% no mesmo período. A evolução da cobertura da componente “partos Institucionais” foi descendente: variou de 31% no ano de 1992 para 29% em 1995 (MISAU, 2003). Dados recentes também, mostram uma boa cobertura. Na consulta pré-natal registrou-se uma evolução de 97,7% em 2005 para 99,4% em 2006, e 116,4% de 2006 a 2007, no componente dos partos institucionais a evolução foi de 50,1% em 2005 para 51,9% em 2007. E a consulta pós-parto teve também, uma evolução satisfatória que variou de 55,6% em 2005 para 63,8% nos anos de 2006 e 69,9% em 2007, conforme dados constantes no quadro 2. O país considera cobertura de consulta pré-natal por mulher grávida, quando esta frequenta no mínimo quatro (4) a seis (6) consultas. Esse impacto das ações do programa de Saúde Materno-Infantil ou mudanças trazidas pelas **ações** do programa, foram referidas pelos sujeitos da seguinte forma:

Mudanças sem dúvida houveram. Começando pelas mulheres que já procuram e frequentam os serviços, também as próprias enfermeiras estão mais preparadas para assistir a mulher de forma mais completa. (...) Até os dados estatísticos penso que mostraram melhorias apesar de eu não ter em mão mas lembro que quando comecei a trabalhar as taxas de cobertura no distrito onde eu estava eram muito baixas. Poucas mulheres iam as diferentes consultas de SMI apesar do governo oferecer de forma gratuita, (Entrevistada 1, Enfermeira de SMI – Grupo A)

Bom, aqui, as principais mudanças que ocorreram nos programas de saúde Materno-Infantil, ao longo desse tempo foi o desenvolvimento que houve e a importância que se foi dado progressivamente a cada atividade e a cada componente. Por exemplo, a introdução na consulta pré-natal do conceito de risco à mulher grávida que tem uma determinada predisposição de desenvolver uma patologia, ou seja, uma atenção ao recém nascido e a mulher cada vez mais aprimorada e forma a tentar diminuir cada vez mais a possibilidade da mulher gestante desenvolver uma patologia que pusesse mais em risco à sua vida. Portanto, isto ligado a Prevenção e Promoção. Outros conceitos ligados ao atendimento ao parto e ao Recém-nascido. (...) A cobertura da consulta pré-natal duplicou ou triplicou só pelo fato de terem sido postas Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. A cobertura em partos não foi tão evidente porque envolvia outros aspectos culturais.
(Entrevistada 12, Médica Ginecologista e Obstetra – Grupo C)

Mudanças houveram. Partindo da cobertura até aos serviços oferecidos. No início falar de saúde materna ou da mulher era só durante a gravidez e parto. E com pouco domínio de prestação de cuidados; claro que as mananãs e parteias sabiam algo mas eram conhecimentos limitados. Os programas que se implementaram mais tarde já ofereciam mais cuidados desde gravidez, parto, pós-parto e consulta de Planejamento Familiar. Ultimamente a assistência é dada a toda mulher no ciclo reprodutivo é só ver como crescemos! Até as mulheres já sabem da importância dos serviços oferecidos pelo setos de SMI. Inicialmente para as mulheres grávidas ir a consulta pré-natal significava ir buscar ficha para ir ter bebe na maternidade. Quer dizer para elas, é como se fosse um bilhete para entrar na maternidade ou sala de parto. Agora sabem que é para acompanhar o crescimento da gravidez, preparar um nascimento sem muitas complicações e também promover a boa saúde da própria mãe e da futura criança. Assim como consulta pós-parto sabem que não apenas para tirar pontos. Mas sim para controlar a evolução do estado de saúde da nova mãe receber orientação sobre a consulta de PF e aleitamento materno, calendário de vacinação da criança e encaminhamento para consulta de PF e consulta de criança sadia. Isto tudo revela crescimento é um avanço bastante positivo por acaso evoluímos.
(Entrevistada 3, Enfermeira de SMI – Grupo A)

A mesma entrevistada ainda reforça o seu depoimento, apontando um impacto positivo do programa nesses termos:

Impacto houve em todos os ângulos tanto a nível social como como Institucional. Veja que na sociedade as mulheres aderem aos serviços sem muitos obstáculos já não esperam marido nem sogra para decidir por saúde delas isto é muito positivo; Na instituição os indicadores tendem a mudar para o positivo há coberturas aceitáveis em consultas pré-natal, pós parto e Planejamento Familiar. Também em partos institucionais. Ainda estamos um pouco fraco na saúde reprodutiva e sexual penso que o problema de HIV/SIDA desvia a atenção de tudo. Mas o impacto foi positivo sim.
(Entrevistada 3, Enfermeira de SMI – Grupo A)

Outros depoimentos sobre as mudanças foram apontando com mais ênfase, os marcos evolutivos entre um programa e outro, com base nos objetivos de cada programa e na

abrangência das suas ações. E, também há marcos evolutivos na capacidade dos profissionais, quanto ao domínio no que tange aos conhecimentos relacionados ao processo que envolve a evolução normal de uma gestação, assim como o desvio do padrão normal, que carece de cuidados e/ou orientação profissional mais especializada. Estes e outros relatos foram apresentados nos termos que seguem:

Mudanças sim muitas, é só partir dos objetivos do primeiro programa, que eram de reduzir a mortalidade materno-infantil. No segundo era de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e perinatal, então penso que aqui o governo já estava ciente que o pessoal que atua na implementação desse programa já tinha capacidade de diagnosticar algo quanto cedo e tomar conduta para evitar gravidade. E a assistência foi-se tornando abrangente entre um programa e outro de consulta pré-natal e parto, foram-se acrescentando consultas de pós-parto e Planejamento Familiar depois componentes de saúde sexual e reprodutiva e o grupo alvo também foi aumentando. Métodos de planejamento familiar que inicialmente no programa de SMI, a prioridade que era para grandes múltiparas passou a ser para todas mulheres em idade reprodutiva incluindo adolescentes e jovens. Isto significou um crescimento, penso que realmente evoluímos bastante. A mentalidade da própria mulher também mudou muito, quer dizer, a mulher moçambicana evoluiu também.

(Entrevistada 6, Enfermeira de SMI – Grupo B)

Esses posicionamentos mostram que a consciência de fazer parte de uma determinada força (consciência política) é o primeiro estágio para o alcance de uma autoconsciência progressiva - atende ao processo histórico que progride para um nível de posse real de uma concepção individual e coerente do mundo (COUTINHO, 1999). Nesse sentido, tanto as Enfermeiras, quanto as mulheres que procuraram os serviços, vivenciaram o processo histórico da sua inserção no programa, e entenderam na sua visão, sua realidade e necessidade de resgatar à sua identidade profissional e sócio-política, em vista ao seu compromisso na solução dos problemas que lhes são inerentes.

Portanto, a atitude das intervenções no programa reflete o que Gill (1993), chamou de desenvolvimento (nesse caso da Mulher), que se revela pela percepção de si e de seus direitos, que se reconstitui por intermédio da avaliação de padrões predominantes de raciocínio e da natureza e distribuição das oportunidades de vida/saúde. A percepção de si ou a auto-

consciência, no período estudado, constituía um processo dialético na compreensão da complexidade do mundo social e a resistência a mudança histórica por parte do Governo, que em determinadas épocas, subordinava toda a vida social, econômica e profissional à política partidária e não às políticas públicas. Até 1990, período em que foi feita a primeira revisão da Constituição de Moçambique, o termo “Sociedade Civil” não existia no vocabulário político. Em seu lugar estavam os termos: massas e proletariado, que orientados pelas diretrizes políticas do partido deviam assegurar o processo de tomada de consciência dos cidadãos através de ações de conscientização dos mesmos e não de livre arbítrio.

Por isso, torna-se relevante considerar a ideologia dominante ou da classe dominante como fundamental, pois segundo Eagleton (1991), ser (pessoa) entre outros aspectos, envolve um processo de produção de significados, signos e valores na vida social que podem afetar as relações individuais e coletivas (de grupos sociais específicos). A ideologia marxista-leninista adotada pelo partido e governo até o ano de 1993, embora orientada para o bem estar da população, feria sensibilidades (direitos) individuais e de algumas coletividades, nos aspetos teórico e práticos, enquanto o seu carácter dialético, na maioria das vezes, era pouco percebido pelos seus seguidores e muito menos para os que estavam contra essa ideologia.

Por outro lado, o impacto da implantação e implementação do Programa foi também referido como “positivo” pela abrangência dos serviços, assim como, na melhoria da condição feminina, no que diz respeito à tomada de decisão sobre a sua saúde e ultrapassagem de algumas práticas e hábitos culturais que contribuíam, de certa forma, desfavoravelmente na evolução da mulher como cidadã. Estas questões foram referidos pelos depoentes nestes termos:

*Quanto às mudanças houveram sim porque começamos a falar do adolescente e a olhar com mais atenção, sobretudo o fenômeno da gravidez precoce, as complicações do parto nas adolescentes; fazer uma ação educativa para prevenção, estabelecendo uma parceria também com Ministério da Educação. Aliás, logo após a conferência do Cairo⁴³ uns dois anos depois digamos isso, foi criado digamos um Fórum. Podemos dizer uma comissão inter-setorial que envolvia Saúde, Educação, Finança e Organizações Não Governamentais para discutirem a questão da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. (...) se nós formos a ver nos indicadores, do inquérito demográfico de saúde comparando de 1997 a 2003, notamos uma mudança. É claro que não tenho os dados aqui presente, mas houve uma mudança. A idade de casamento subiu, a idade da primeira gravidez subiu. É claro que houve mesmo um aumento da idade para essas duas colunas e que também quando vemos nas estatísticas na educação a percentagem das meninas, do ingresso, da permanência e daquelas que atingem os níveis mais altos também cresceu. **(Entrevistada 11, Médica Ginecologista e Obstetra Grupo - C).***

*Mudou a condição da mulher. Mortalidade materna diminuiu, até se dependesse apenas de assistência de Enfermagem diria que estaríamos com a taxa de mortalidade materna muito baixa.(...) agora toda gente sabe da importância dos serviços preventivos para a saúde materna e procuram. Mesmo as estatísticas mostram o lado positivo desses serviços. As mulheres também têm outra visã. Já não esperam maridos ou sogras para decidir frequentar uma consulta de Planejamento Familiar, Pré natal e outras **(Entrevistada 8, Enfermeira SMI, graduada posteriormente em Direito – Grupo B)***

*O impacto foi a melhoria da condição de saúde das comunidades e mudanças de certos hábitos culturais que não favoreciam a saúde da mulher e da criança. **(Entrevistado 15, Enfermeiro Aposentado - Grupo C)***

*Mudanças? Sim, houveram muitas. Antes era só parto cuidado com o cordão umbilical. Agora tem consulta pré-natal bem organizada, parto, consulta pós-parto e Planejamento Familiar. Mais ainda, a consulta de adolescente. Também as mulheres vão sem problemas no centro de saúde. Antes, duvidavam ou tinham medo dos maridos ou sogros. O nível contribuiu muito. Agora as mulheres vão muito à escola, que antes. **(Entrevistada 16, parteira aposentada-Grupo C)***

*A população foi vencendo certas barreiras culturais desfavoráveis à saúde sem conflitos. **(Entrevistado 19, Médico Ginecologista e Obstetra-Grupo C)***

Conforme esses depoimentos entendemos que a implantação das políticas de assistência a saúde materno-Infantil não só repercutiram positivamente nos indicadores

⁴³ Conferência Mundial sobre População e desenvolvimento, no Cairo em 1994, que defendeu o princípio de reconhecimento da importância das mulheres no processo de desenvolvimento em igualdade com os homens.

sanitários, mas também, nas práticas e hábitos culturais. Reconhecemos que na sociedade moçambicana, são vários os hábitos culturais que contribuem desfavoravelmente para a saúde da mulher, principalmente a da mulher grávida. Por exemplo, em determinadas comunidades era proibida de comer ovo, alegando que a criança nasce sem cabelos; em outras comunidades, a gestante ao entrar em trabalho de parto, não pode ir ao hospital/maternidade sem autorização da sogra ou marido. Mais ainda, quando estiver prestes a sair para maternidade, antes sofre um interrogatório espiatório, testando a fidelidade dela. Quando as dores resultantes das contrações se intensificam, é pressionada pela sogra ou senhoras mais experientes presentes, a confessar se teve ou não relacionamento extraconjugal. Por vezes, a mulher-parturiente com dores era pressionada e acabava inventando e confessando um erro que não cometeu para se ver livre das pressões. Este fato foi relatado por uma das depoentes, como segue:

Em todo mundo, em qualquer país e em qualquer sociedade os aspectos sócio culturais influenciam muito os aspectos da maternidade. A maternidade está sendo envolvida de muitas questões culturais. Então, qualquer profissional de saúde que trabalha nessa área, qualquer investigador ou pesquisadora nesse caso a doutora que está fazendo investigação nesta área, nunca pôr em parte os aspectos sócio-culturais. Há que saber o que a cultura influencia, quais são as crenças, quais são os hábitos, quais são as práticas nocivas e as boas que ajudam a mulher. Também temos práticas culturais que são muito boas. Então nós temos que tomar em conta esse assunto, seja na investigação, seja na prática do dia a dia.(...) Existem práticas na nossa cultura moçambicana, principalmente nas zonas rurais, há muitos exemplos que não posso citar todos. Há zonas que a mulher quando está em trabalho de parto, não sai de casa até que ela garanta que a gravidez é do marido e que não houve outro homem com quem ela “dormiu”. Elas por vezes acabam inventando que “dormiu” com fulano e acaba tendo problemas em casa. Elas inventam, porque só depois disso, é que deixam ela ir à maternidade. Este é um dos exemplos. Então, nós temos que ver isso, educar as pessoas, (...) tentar convencê-las mostrando aquilo que é prejudicial e aquilo que é bom. E nós temos que resgatar aquilo que é bom, naturalmente. (Entrevistada 12, Médica Ginecologista e Obstetra, Grupo C)

A discussão como esfera constitutiva do ser social é recuperada por Gramsci em seu sentido coletivo e não individual. Segundo Simianatto (2004, p.16), Gramsci não trabalha a temática de cultura do “ponto de vista idealista, deslocada do campo marxista, mas busca

reproblematizá-la na interface com a economia e a política”. Para ele cultura significa posicionar-se frente a história e buscar a liberdade; a cultura está relacionada com a transformação da realidade, dado que pela conquista de uma consciência superior, cada integrante social, compreende seu valor histórico, sua função na vida, seus direitos e deveres como indivíduo singular e na coletividade (Simianatto, 2004).

A questão da idade de casamento referida pela entrevistada 12, não está apenas relacionada ao problema da gravidez na adolescência que constitui um outro problema no contexto de Saúde Pública. A realidade moçambicana até certo ponto é contrária. Não é a gravidez precoce que condiciona casamento prematuro, na maior parte das comunidades rurais. Mas o casamento prematuro é que condiciona a gravidez precoce, nesse caso, desejada. Isto porque o casamento prematuro nessas regiões, é uma prática social aceita dentro das normas consuetudinárias. Segundo a Constituição de Moçambique (2004, p. 2, 34); no artigo 118^o Capitulo II, Título IV, o Estado, reconhece e valoriza a autoridade tradicional legitimada pelas populações. Aqui a questão da idade do casamento levanta uma posição contraditória entre o Estado e os preceitos da sociedade civil.

Contudo, o aumento em idade do casamento referido pela mesma entrevistada, reflete os resultados positivos da educação em saúde, realizada pelos profissionais da saúde junto às comunidades, dentro das ações do Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil-PAV-SEA, focalizando com maior ênfase, questões relacionadas as consequências do casamento prematuro e os riscos da gravidez e parto em adolescentes para saúde da mãe e do filho.

A filosofia e política do governo moçambicano no período estudado, enfatiza o processo de desenvolvimento da educação. Esta é uma possibilidade para a sociedade tomar o poder. Este princípio básico foi entendido pelas diferentes correntes partidárias da época como se estivesse entre uma diretriz da educação verdadeira e outra falsa em virtude das

crenças que eram produzidas e disseminadas. Primeiro, porque existia uma estrutura política, com seus princípios e regras de funcionamento, e sobretudo de relação de poder. Segundo, porque o processo educativo encerra, em si mesmo, uma relação dialética, que pode transformar os conteúdos que configuram o objeto de aprendizagem e desencadear uma contradição. A contradição pode-se explicar pela caracterização que Shils (1968) faz às ideologias, como sendo explícitas, mas também fechadas e resistentes à inovações.

A formação das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil nos diferentes níveis (básico, médio e superior) pode ser considerada como uma forma de promoção à saúde e legitimação do interesse do governo em definir políticas orientadas para áreas específicas e necessidades das comunidades, em face aos problemas que se originam socialmente, e que são significativos, à respeito da saúde da mulher e da criança.

Porém, considerando o poder que o médico tinha em Moçambique, as mudanças operadas no campo de desenvolvimento da carreira de Enfermagem, pela estratégia da formação continuada nos níveis acima referidos, desencadeia-se uma contradição dialéticamente entendida nas relações entre os dois grupos de profissionais que passaram a conhecer uma nova dinâmica. O Enfermeiro deixa de ser um simples ajudante do médico e o caráter hegemônico da classe médica começa a ceder espaço a afirmação da classe, dadas as necessidades da população feminina e às atribuições da Enfermagem. E, por se tratar de uma classe de Enfermeiras, portanto mulheres, cria-se a oportunidade de tratar um problema cultural fortemente enraizado nas comunidades africanas em geral, e moçambicanas em particular.

Em Moçambique, em virtude do nível de analfabetismo, podemos afirmar que constituiu um desafio a implantação e implementação do Programa de Assistência Materno-Infantil. As crenças culturais enraizadas nas comunidades e sobretudo no que tange ao processo de nascimento, quando relacionados com o índice de analfabetismo, podem gerar um

conflito entre os paradigmas moderno e o tradicional. A cultura como um conjunto de processos sociais de significação abarca a produção, circulação e consumo da significação da vida social. E, é essa produção, circulação e consumo da significação que pode afetar as crenças e as relações culturais entre grupos e entre gerações. A introdução de novos significados gera novos paradigmas culturais e, portanto, resistências em aceitar novas formas ou modalidades de vida social. A aceitação de que uma mulher deve ir ao hospital quando grávida e parturiente, bem como as crianças devem receber assistência no hospital, especificamente no puerpério, para as comunidades com fortes crenças na medicina tradicional, representa uma questão especialmente difícil e complexa. Por isso, podemos considerar uma conquista, o processo de implementação do programa atual, sobretudo a estratégia do envolvimento direto da mulher e da Enfermeira no processo de mobilização e de implementação do programa, com base no estado social. Segundo Geertz (1999), o choque de significados pode gerar interpretações e redes frágeis de relatos de significados, inviabilizando intencionalmente práticas mais coerentes com a realidade.

A superação das crenças culturais é um aspecto preponderante para que ocorram mudanças ou transformações significativas e atribuição de novos sentidos a dinâmica da vida individual e social, assim como no contexto político. Aqui, entendemos que uma política social é aquela que o seu campo de ações consistem em desenvolvimento de atividades que afetam positivamente o bem estar dos indivíduos, na sua coletividade, ou seja, é “a política do Governo relativa às ações que têm um impacto direto no bem estar dos cidadãos ao adotar” (MISAU, 2002).

Dessa forma, o impacto positivo não só aponta mudanças numéricas no contexto de dados estatísticos, mas também, numa mudança qualitativa consubstanciada na atitude e na concepção da comunidade no geral, quanto a abordagem da saúde materna ou da mulher.

No que se refere a avaliação numérica apesar da cobertura dos partos Institucionais mostrar uma evolução decrescente (31% em 1990 e 29% no ano de 1996) no nosso ponto de vista julgamos positivo, mesmo que tenha sido considerada insatisfatória como consta no **depoimento** a seguir:

(...) apesar de ser uma altura em que já existia alguma turbulência em termos de segurança, mas, a cobertura da consulta pré-natal duplicou ou triplicou só pelo fato de terem sido postas Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil. A cobertura em partos, não foi tão evidente porque envolvia outros aspetos culturais e de acessibilidade (Entrevistada 12, Médica e Ginecologista e Obstetra - Grupo C)

Entendemos que a trajetória da implementação do Programa de Saúde Materno Infantil não pode ser dissociada do conflito militar que assolou o país durante 16 anos. Por conta disso, algumas Unidades Sanitárias foram destruídas. O acesso das populações as Unidades Sanitárias era difícil e ameaçado, assim como a aplicação de algumas estratégias preconizadas para melhores resultados do programa ficaram também comprometidas.

Sabemos que o processo de parto é diferente da consulta pré-natal que quando a gestante estiver impossibilitada de ir a consulta nesse dia, pode ir no dia seguinte. O trabalho de parto pelo contrário não se pode adiar. Daí que, considerando as condições ditadas pela situação militar, assim como outros fatores do cunho sócio-econômico e culturais, a evolução decrescente que se registrou na cobertura do parto Institucional entre os anos de 1990 a 1996, não deve classificar-se como impacto negativo do Programa. Para sustentar à nossa posição, recorreremos ao Franco (2008, p.118) que defende o seguinte: para a avaliação e determinação do impacto de um determinado programa ou projeto, há que considerar dois momentos: antes e depois. Nesse sentido, deve-se ter em conta a evolução dos efeitos negativos não atribuíveis ao programa ou projeto, para melhor estabelecer o seu impacto.

Para o caso de Moçambique, a Assistência a Saúde da Mulher antes ou no período pré-independência e os primeiros anos pós independência, não contemplava os componentes que

hoje cobre. A adesão dos serviços pela comunidade feminina era fraca, e além da situação da guerra, sofreu influências culturais. Consideramos estes, entre outros aspectos como efeitos negativos não ligados ou não atribuíveis ao programa. Daí, que a análise leva-nos a considerar a qualidade assistencial à comunidade como conquista do processo de implantação e de implementação do programa, não obstante os desafios enfrentados (guerra civil), sobretudo nos anos de 1984 à 1992, que criaram inúmeras dificuldades ao projeto/programa.

Portanto, de uma maneira geral, pelos dados estatísticos apresentados na tabela 1 e 2, associados aos relatos dos sujeitos do estudo, levam-nos a acreditar que a implantação e implementação das ações do Programa de Saúde Materno-Infantil repercutiram positivamente no meio social, e por isso, responderam as expectativas governamentais e dos profissionais.

5.2.2 Costumes e hábitos culturais como fator decisivo para a aceitação e adesão dos serviços de Saúde Materno-Infantil em nível das comunidades

A cultura tem sido um fenômeno muito valorizado quando se pretende fazer uma análise da situação de um grupo, uma comunidade ou uma sociedade concreta. Por isso, queremos trazer para discussão aspectos importantes que caracterizam a sociedade moçambicana na busca de uma explicação científica na perspectiva gramsciana. Ela encontra diferentes acepções e/ou significações, o que lhe atribui um carácter interdisciplinar, e portanto, várias explicações.

Segundo Simionatto (2004, p. 16) a abordagem da cultura como esfera constitutiva do ser social é considerada por Gramsci em seu sentido coletivo e não individual, ou seja, ele não trabalha essa questão do ponto de vista idealista, deslocada do campo marxista, mas procura problematizá-la na interface com a economia e a política. Segundo o autor, vale ressaltar que Gramsci não é culturalista, mas preocupa-se com o desenvolvimento daquilo que é concebido

como cultura política, necessária à crítica da ordem das coisas ou dos acontecimentos. Para o mesmo autor, a crítica significa cultura, e cultura por sua vez não significa a simples aquisição de conhecimentos, mas sim, tomar partido, posicionar-se frente a história, buscar a liberdade. Assim sendo, a cultura está relacionada, pois, com a transformação da realidade, uma vez que, através da conquista de uma consciência superior, para Gramsci, cada qual consegue compreender seu valor histórico, sua própria função na vida, seus próprios direitos e deveres.

Antropologicamente os antecedentes históricos, ou seja, a elaboração dos primeiros conceitos da cultura é atribuída a Tylor. Segundo Laraia⁴⁴ (2006), no final do século XVIII e no início do século XIX, o termo *kultur* era usado para simbolizar todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa *civilization* referia-se as realizações materiais de um povo. Ambos os termos foram sintetizados por Edward Tylor no vocábulo inglês *Culture* tomando seu amplo sentido etnográfico passou a ser um complexo que inclui “conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (LARAIA, 2006, P. 25).

Embora cada sociedade ou povo tenha suas crenças, usos e costumes, existe uma crença e interpretação em quase todas as partes do mundo, a respeito do lugar da mulher na sociedade, não obstante os esforços no sentido da emancipação da mulher. Em reconhecimento deste fato, logo após a independência, o governo de Moçambique colocava, no discurso oficial, como prioridade a emancipação da mulher, em busca de autoafirmação da classe feminina. Ou seja, a emancipação da mulher, vista como uma exigência para o sucesso da revolução, estava carregada de conotações de incapacidade da mulher em orientar à sua vida. A história cultural, social, econômica e o espaço de atuação da vida

⁴⁴ Professor emérito da UnB. Antrpólogo, em 1969, dirigiu o Instituto de Ciências Humanas na Unb, sendo promovido a professor titular em 1982. Doutor pela USP, realizou pesquisas de campo entre os “índios” Suruí, Akuáwa-Asurini, kamayurá e Urubu-kaapor. Membro de associações científicas no país e do exterior, presidiu a Associação Brasileira de Antrpologia (1990-1992). Eleito presidente de Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em ciências sociais em 2000, integrou a primeira comissão coordenadora do Pronex e os comitês de assessores do CNPq e da Capes.

privada e pública da mulher, demonstraram uma relação desigual entre o papel do homem e da mulher, baseada potencialmente na discriminação manifestada maioritariamente pela subordinação feminina, contrária às disposições constantes na constituição.

Portanto, as imprecisões do conceito de cultura e de emancipação segundo Canclini (2007), deram lugar a uma interpretação distorcida dos objetivos da emancipação da mulher e seu papel na família e na sociedade, dado que historicamente, quase em toda parte do mundo, a condição feminina sofreu influências culturais do seu povo. Na contemporaneidade, alguns países do mundo, sobretudo os países mais desenvolvidos, tendem a ultrapassar essa situação. Mas, apesar do avanço técnico-científico, alguns povos dos países em desenvolvimento, dos quais Moçambique faz parte, vivem ainda num contexto de desigualdades. A vida da maioria das mulheres, na perspectiva cultural, continua ligada a falta de informação, ao medo, a dependência, entre muitas outras formas de desigualdade.

Nessa situação há que considerar que Moçambique é um país multicultural, habitado por diferentes grupos étno-linguísticos. A maioria desses grupos é de origem Bantu⁴⁵. Algumas práticas sócio-econômicas e a divisão social de trabalho, assim como, os grupos estereotipados⁴⁶ influenciaram negativamente no desenvolvimento da mulher no país, principalmente à mulher de zonas periféricas (suburbana) e rurais.

Por conta desse desenvolvimento desequilibrado entre regiões urbanas e as rurais (do interior), a maior parte dos hábitos culturais que desfavorecem a liberdade feminina continuam ainda preservados e praticados pelas comunidades de algumas regiões moçambicanas; sobretudo, às de influência de normas consuetudinárias (reconhecidas pela constituição) com várias especificidades de acordo com as características de hábitos e páticas locais. Daí, que encontramos diferentes formas de educação para o grupo feminino, conforme

⁴⁵ Primeiros povos oriundos da região dos grandes lagos, que ocuparam o território moçambicano, assim como outras regiões da África Austral.

⁴⁶ Forma de comportamento uniforme e inflexível; opiniões preconcebidas e comuns que se impõem aos membros de uma coletividade ou comunidade; preconceito

a diversidade cultural. Associamos este fato, ao que Canclini (2007) denomina de relativismo cultural, que favorece cada cultura que tenha o direito de adotar sua própria organização e estilos de vida, mesmo quando os hábitos culturais são surpreendentes. No caso de Moçambique, a poligamia, casamentos prematuros, à circuncisão, alongamento dos lábios menores e amputação do clítoris, na maioria das vezes, são condicionados por hábitos e costumes culturais próprios e diferentes de região para região. Em outras palavras, surgem os que aceitam, e outros que rejeitam criando resistências para tais costumes e práticas.

Dessa forma, a multipluralidade cultural que foi abordada como pluralidade de culturas, contribui para a diversidade de paradigmas não apenas culturais, mas também científicos, ao condicionar a produção do saber, e apresentar objetos de conhecimento como configurações variadas em prol do desenvolvimento político-social da mulher. Entendemos que a relação entre as culturas em Moçambique e a relação de classe ou de gênero é explicada a partir das estratégias de reprodução dessa mesma cultura (BOURDIEU et. al., 1979). Segundo estes autores, os membros de uma classe tendem, consciente ou inconscientemente, a manter ou a melhorar sua posição na estrutura de relações de classe. O governo ao propor um Programa de Saúde Materno-Infantil no final da primeira década de Independência (1984), no componente de saúde materna, propôs e orientou para a assistência à mulher à responsabilidade de profissionais do sexo feminino que aceitaram esta diretriz (cultural) fortemente defendida pela crença de que, a maternidade e o cuidado para com as crianças são tarefas do sexo feminino, ou seja, quem “dá luz” deve cuidar.

Na realidade moçambicana, o fenômeno anteriormente descrito, tem sido referido e fortalecido no processo da educação feminina (a maioria das comunidades das regiões do centro e norte do país) concentra-se no rito de iniciação na adolescência designado em língua Chuabo⁴⁷ de “*Muali*”⁴⁸. Neste ritual, as adolescentes são preparadas com base em

⁴⁷ Língua materna, falada na Província da Zambézia – Região Centro do País.

conhecimentos tradicionais e culturais para a vida adulta. Portanto, os ritos de iniciação, constituem “parte dos sistemas de educação tradicional e cultural, com objetivo de transmitir normas e valores de uma determinada sociedade” (MINED/IND, 1999, p. 12). Cabe enfatizar que este é um dos fatores culturais que desencadeia conflito entre a escola formal e as tradições culturais, dada a diferença entre a cultura tradicional, familiar/comunitária e a que é veiculada pela escola/Estado. Outro aspecto a considerar é a forma como são consideradas as diferenças de gênero pela comunidade, podemos assim dizer que “*Muali*” é uma das formas de aprendizado que visa perpetuar a relação de subordinação entre a mulher e o homem, sobretudo pelo fato de que os ensinamentos decorrentes deste processo são fortemente diferenciados por sexo, e são circunscritos aos grupos que participaram no ato. Ademais, esses ensinamentos são abordados fora da cerimônia, somente entre integrantes sociais que passaram por esse ritual.

Nesse contexto, de modo geral, os pais privilegiam a educação formal do grupo masculino. Contudo, na divisão social de estudo e do trabalho, atribui-se às meninas, desde a tenra idade, tarefas tradicionalmente consideradas da responsabilidade da mulher, o que dificultava ou ainda dificulta o acesso das meninas à escola. Estes, entre outros fatores, aumentaram a situação da discriminação da classe feminina, não apenas no contexto social, como também profissional, como é o caso da Enfermagem, que é exercida maioritariamente por sujeitos de sexo feminino. Esta situação de discriminação de gênero, das mulheres, é condicionada por alguns fatores culturais, e, foi apontada pelos sujeitos deste estudo nos seguintes termos:

⁴⁸ Cerimônia ritual específica para meninas na fase inicial de adolescência, geralmente logo após a primeira menstruação, com o objetivo de preparar a menina para a vida adulta. São abordados assuntos, como o conhecimento do corpo, a menstruação, sexualidade, casamento e procriação (na região centro e norte do país). É uma cerimônia coletiva onde cada participante ou grupo de participante dispõe de um conselheiro ou padrinho. O cerimonial é realizado longe dos pais e do bairro residencial. Ao padrinho cabe ser responsável pela aplicação dos participantes, desses conhecimentos durante o ciclo de vida, principalmente na vida conjugal.

É que a mulher moçambicana foi desprivilegiada. Teve muita desvantagem. As das zonas rural não tinham hospitais, também faltam lhes estudos, e essas questões culturais sabe! contribuíram também muito. É aquela coisa: mulher deve fazer trabalho de casa, servir o marido e criar filhos **(Entrevistada, Enfermeira de SMI – Grupo A).**

Entre os grandes obstáculos que se colocam à mulher está o papel de sujeito passivo que lhe foi atribuído ao longo dos tempos, durante a busca dos benefícios e/ou seus direitos, influenciando decisivamente o baixo grau de escolaridade ou ausente. No caso de Moçambique, este fato foi condicionado e/ou agravado por fatores culturais como nos referimos anteriormente. Aqui a mulher ao defender o princípio tradicionalmente aceite de que o lugar da mulher é em casa, para tratar do marido e dos filhos, aceita a idéia de que a escola não é significativa, porque o casamento (marido ou companheiro) pode ou vai solucionar, principalmente, os problemas financeiros e de manutenção da família.

Porém, podemos encontrar outros fatores que estão relacionados com o papel de sujeito ativo das mulheres conforme relatos dos depoentes:

A mentalidade da própria mulher também mudou muito, quer dizer, a mulher moçambicana evoluiu também. **(Entrevistada 6, Enfermeira de SMI - Grupo B)**

As mulheres também têm outra visão, já não esperam maridos ou sogras para decidir frequentar uma consulta de Planejamento Familiar, Pré natal e outras **(Entrevistada 8, Enfermeira SMI graduada posteriormente em Direito – Grupo B)**

O impacto foi a melhoria da condição de saúde das comunidades e mudanças de certos hábitos culturais que não favoreciam a saúde da mulher e da criança. **(Entrevistado 15, Enfermeiro Aposentado - Grupo C)**

O nível de escolaridade contribui muito. Agora as mulheres vão muito á escola, mais que antes. **(Entrevistada 16, parteira aposentada – Grupo C)**

A população foi vencendo certas barreiras culturais desfavoráveis a saúde sem conflitos. **(Entrevistado 19, Médico ginecologista e obstetra - Grupo C)**

Esses fatores foram reforçados ainda no depoimento a seguir:

(...) nunca nos devemos esquecer dos aspectos sócio-culturais. Em todo mundo, em qualquer país e em qualquer sociedade os aspectos sócio - culturais influenciam muito os aspectos da maternidade. A maternidade está sendo envolvida por muitas questões culturais. Então qualquer profissional de saúde que trabalha nessa área, qualquer investigador ou pesquisadora nesse caso a doutora está fazendo investigação nesta área nunca pode pôr de parte os aspectos sócio-culturais. Há que saber que a cultura influencia, quais são as crenças, quais são os hábitos, quais são as práticas nocivas e as boas que ajudam a mulher. Também temos práticas culturais que são muito boas. Então nós temos que tomar em conta esse assunto, seja na investigação, seja na prática do dia – a- dia. Mesmo nos nossos contactos, nas nossas conversas com os nossos utentes/clientes, portanto, tentar descobrir o que há em volta disso que é cultural e que pode influenciar o estado de saúde da mulher. Existem práticas na nossa cultura moçambicana, principalmente nas zonas rurais, há muitos exemplos que não posso citar todos. Há zonas que a mulher quando está em trabalho de parto, não sai de casa até que ela garanta que a gravidez é do marido e que não houve outro homem com quem ela dormiu. Elas por vezes acabam inventando que dormiu com fulano e acaba tendo problemas em casa. Elas inventam porque só depois disso é que deixam ela ir à maternidade. Este é um dos exemplos. Então nós temos que ver isso, educar as pessoas e falar sobre isso e aquilo que é negativo, tentar convencê-las, mostrando aquilo que é prejudicial e aquilo que é bom. E, nós temos que resgatar aquilo que é bom, naturalmente. (Entrevistada 11, Médica Ginecologista e Obstetra – Grupo C)

Com base nesse relato, e considerando as múltiplas práticas culturais, vislumbra-se por um lado, o resgate daquilo que é realmente benéfico na cultura. De outro lado, há que tentar modificar algumas práticas “supostas” culturais que são maléficas a saúde. Segundo Canclin (2007, p. 43), ao destacar as quatro vertentes da cultura, na tendência contemporânea⁴⁹, mostra como a segunda vertente corrobora com o sentido cultura (benefício/malefício) quando nos descreve: “ (...) as práticas sociais contém uma dimensão

⁴⁹ 1) Cultura como instância em que cada grupo organiza sua identidade; 2) Cultura como instância simbólica de produção e reprodução da sociedade (nesta tendências há uma imbricação entre complexa e intensa, entre o cultural e o social – as práticas sociais contém uma dimensão cultural mais nestas práticas sociais nem tudo é cultural, aqui, toda cultura significa algo, participa de modo distinto, das interações sociais; 3) Cultura como instância de conformação de consumo e da hegemonia ou seja, configuração da cultura política e também de legitimidade (a cultura é um cenário em que adquirem sentido as mudanças, a administração do poder e a luta contra o poder os recursos simbólicos e seus diversos modos de organização tem a ver com modos de auto-representar-se e de representar os outros nas relações das diferenças e desigualdades ; 4) Cultura como dramatização eufimizada dos conflitos sociais.

cultural, mas nestas práticas sociais nem tudo é Cultural. Aqui, toda conduta significa algo, participa de modo distinto, das interações sociais”.

Dessa análise compreendemos que a sociedade tradicional concebe que a mulher deve manter-se na passividade diante de quase tudo, mesmo quando a realidade que se vive mostra uma prática que se opõe ao seu desenvolvimento. Esta condição que afeta a mulher no contexto social, também é vivenciada de uma maneira discreta no seio do exercício profissional da classe de Enfermagem, que historicamente é constituída pela maioria de trabalhadores do sexo feminino. Envolvidas com as crenças que sustentam a cultura hegemônica da classe em Moçambique, a maior parte dos profissionais de Enfermagem, talvez dominadas, representam a tendência hegemônica e acabam deixando tudo por conta da decisão médica, mesmo quando se trata de questões ligadas a prática da Enfermagem, e ainda, mesmo sabendo que estão tomando uma decisão com base no saber médico em detrimento do saber de Enfermagem. Este fato tem como base o princípio cultural, segundo o qual “*muiyana dovilela*” o que significa: “mulher tem que suportar e obedecer tudo”. Uma das formas de suportar/obedecer aqui referida é não se manifestar diante, por exemplo, de determinadas formas de injustiça perpetradas pelo companheiro (homem), seja ele: marido ou colega ou ainda alguma figura hierarquicamente superior (Inroga (1994). Estes fenômenos, segundo Bourdieu (1990), fazem com que a cultura seja vista como um fator que se opõe ao desenvolvimento da sociedade concebida como o conjunto de estruturas mais ou menos objetivas, que organizam a distribuição dos meios de produção e do poder entre os indivíduos e grupos sociais, e determinam as práticas sociais, econômicas e políticas.

Essa abertura na perspectiva de uma classe profissional suportar/obedecer outra classe profissional (médica) faz com que esta última classe tome decisão por outra classe (enfermagem), suprimindo ou retirando a sua autonomia profissional. Em contrapartida, a classe, privilegiada(dominante), fica tomando conta do poder decisório sobre a classe

desprivilegiada (dominada). E, desse modo, procura manter os valores dessa dominação passando para os seus descendentes. Estes, por sua vez, adotam essa concepção como um princípio de hierarquia da equipe de saúde. Isto se apresenta nos seguintes relatos:

(...) porque isso aí quem faz mesmo são os médicos obstétricas. As enfermeiras cumprem aquilo que é dito por eles. Bom, me deixe parar aqui porque esse assunto é difícil. Mas penso que a Enfermeira de SMI é a principal executora, o erro é de não estar presente na decisão e elaboração das estratégias. Fica tudo com os médicos. Não sei se é mesmo por causa do nível ou é aquela concepção de que o médico é quem sabe mais (...)
(Entrevistada 1, Enfermeira de Saúde Materno-Infantil – Grupo A)

Não sei se é a falta de profissionais da área com mais qualificação. Você vai ver agora os meninos que saem da faculdade de medicina vão logo nos Distritos como Diretores Distritais de Saúde nem sequer possuem conhecimentos consolidados de Saúde Pública. Está aí um profissional com conhecimentos mais sólidos que pode liderar o cargo por exemplo o Técnico da Medicina Preventiva ou a Enfermeira de SMI que possuem mais conhecimentos; e capacidade de Liderança para o cargo de Direção Distrital de Saúde do que um médico recém formado. Mas, é o que estamos a viver agora. Tudo isso porque é médico (...).
(Entrevistada 4, Enfermeira de SMI Graduada posteriormente em Psicologia -Grupo B).

Só tem algo estranho, não são dadas oportunidades de troca de experiências em congressos e seminários de grande envergadura. Quando existem esses eventos são médicos que vão, mesmo quando é assunto de Enfermagem.
(Entrevistada 2, Enfermeira de SMI – grupo A)

Esses relatos revelam-nos um forte conflito entre as duas classes (enfermagem e médica), no que tange a oportunidades de inserção profissional, na ocupação de cargos hierárquicos e participação em eventos científicos, colocando o tradicional e/ou o contemporâneo numa relação de poder em busca de significação política e social dessas mesmas relações. Para Bourdieu (1979 e 1990); o mundo das significações e/ou do sentido constitui a cultura. Isto é objetivado com o seguinte depoimento:

(...) isto associado a tradicional concepção que o médico é o “máximo” num hospital, foi dando maior campo aos médicos do que aos outros profissionais da área da saúde como é o caso dos Enfermeiros. (...) os médicos conceberam isto como vantajoso(superiores), e passaram a achar os outros como inferiores a eles. Na Direção máxima das instituições da Saúde é difícil encontrar pessoal de outra área, como por exemplo da enfermagem, farmácia, Laboratório, Psicologia, entre outros. Geralmente é médico claro, nomeado por um outro médico...
(Entrevistada 15, Enfermeira de SMI com formação inicial de Parteira – Grupo B).

Podemos constatar nessa fala que se trata de uma situação que inicialmente, pode ser justificada pela falta do pessoal qualificado na área de Enfermagem, e posteriormente assume dimensões dominantes, traduzidas pelos traços hegemônicos por ter pessoal qualificado. Isto por exemplo é observado atualmente, quando verificamos que todos os cargos em nível provincial de Diretores são ocupados pela classe médica.

Em Gramsci, encontramos elementos que nos possibilitam problematizar a esfera cultural em tempos contemporâneos e analisar a dominação de uma classe sobre outra. Portanto, no pensamento gramsciano, a idéia de cultura forjadora da liberdade/emancipação é capaz de propiciar a ultrapassagem da heterogeneidade e da imediatividade da vida cotidiana, das lutas econômico-corporativas que perpassam o “ser social” para lutas mais duradoras e universais, voltadas à construção de uma nova hegemonia (In: SIMIONATTO, 2004).

Essa nova hegemonia, na perspectiva do pensamento gramsciano, traduz a passagem do momento corporativo para o momento ético-político e da estrutura à superestrutura. Esta tarefa “ontológico-dialética” é a de construir um novo bloco histórico, que se expressa em Gramsci através do conceito “amplo” de política, denominado por ele de “catarse”. “Pode-se empregar o termo catarse” – escreve ele – “para indicar a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) para o momento ético-político, ou seja, a elaboração superior da estrutura em superestrutura, na consciência dos homens. O que significa, também, a passagem da dimensão do ‘objetivo ao subjetivo’ e da “necessidade à liberdade”. “A estrutura de força exterior que esmaga o homem, assimilando-o e tornando-o passivo, transforma-se em meio de liberdade, em instrumento para criar uma nova forma ético-política, em origem e novas iniciativas” (In: COUTINHO & TEXEIRA, 2003 p.70).

No entendimento de Coutinho & Texeira (2003, p. 71), “catarse” significa, o momento em que a esfera egoístico-passional, ou seja, a esfera dos interesses corporativos e particulares, eleva-se ao nível ético-político, ou seja ao da consciência universal. Constitui o momento da

passagem de “classe em si” à “classe para si”, isto é, o momento em que as classes conseguem elaborar um projeto para toda a sociedade através de uma ação coletiva, cujo objetivo é criar um novo “bloco histórico”. A idéia de “catarse” nada mais é do que a síntese do projeto gramsciano.

Retomando o pensamento gramsciano, a tarefa de transformação da força econômica em direção ético-política que se expressa no momento catártico é dada pela vontade coletiva e política, pela vontade como consciência operosa da necessidade histórica, como protagonista de um real e efetivo drama histórico (SIMIONATO, 2004). Na opinião pessoal, julgamos que para atingir esse momento, é preciso vencer o corporativismo, a visão particularista e restrita que, sob a ótica política, desconhece os valores próprios da hegemonia e de sua perspectiva de totalidade. No plano ético-político as classes sociais conseguirão imprimir à própria ação os caracteres socialmente universais e qualitativamente integrais. O que pode significar também, a elevação da vida cultural-política daqueles extratos sociais que, antes de obtê-la, viviam passivamente, ou seja, não haviam superado o limiar da consciência histórica (SIMIONATTO, 2004, p.19).

Cabe registrar que, a dinâmica atual do processo político, enfatiza o início de um novo processo cultural e social, no qual se relaciona o movimento prático e o pensamento teórico, e como consequência, as classes profissionais tendem a buscar complementaridade de metas e objetivos, no contexto de multidisciplinaridade. Assim, apesar da história de Enfermagem registrar episódios de subordinação à classe médica não só em Moçambique, bem como, em outras partes do mundo, são evidentes algumas ações que representam uma conquista para sua autonomia profissional e aprimoramento dos conhecimentos direcionados para a área assistencial, gerência e investigação científica, entre outras.

Acreditamos que o trabalho em equipe e/ou a multidisciplinaridade na assistência a saúde vai contribuir positivamente no reconhecimento da profissão da Enfermagem como outras ciências tradicionalmente concebidas como Ciência. Interessa citar aqui que os desafios atuais da Enfermagem no mundo e em Moçambique, em particular, apostam na perspectiva de elevar os conhecimentos da sua profissão, através de ampliação de conhecimentos técnico, científicos e político-pedagógicos em níveis de graduação e pós-graduação. O resultado disto, traduz-se na elevação do reconhecimento social da sua classe profissional, uma vez que tem uma teoria científica própria que fundamenta seu saber, pensar e saber-fazer em Enfermagem. Nesta dimensão, a Enfermagem procura ultrapassar os pré-conceitos atribuídos à sua condição feminina corroborando desta forma com o pensamento gramsciano que se apresenta nos seguintes termos:

Não é importante, o fato de que esse novo movimento tenha surgido em obras filosóficas medíocres, ou pelo menos, não em obras-primas filosóficas. O que é importante é o nascimento de uma nova maneira de conceber o homem e o mundo, bem como o fato desta concepção não mais ser reservada aos grandes intelectuais, mas tender a se tornar popular, de massas com carácter concretamente mundial, modificando o pensamento popular, a mumificada cultura popular (GRAMSCI, 1831-1937, in: COUTINHO, 1995, p.127).

Em termos gerais e amplos, a condição feminina desfavorável, ou seja, a discriminação contra a mulher, não está simplesmente impressa em alguns papéis dos discursos oficiais ou não e nas concepções hegemônicas presentes na sociedade moçambicana. Aliás, é um fato que acompanha a história da mulher em quase a maior parte dos países no mundo. Em função dessa discriminação, o Banco Mundial e a ONU definiram os pilares sobre a questão da exclusão social feminina e o ajuste nos níveis de desenvolvimento humano. Para exemplificar, retomamos o relatório *Engendering Development: Through gender equality in rights, resources and voice* onde as diretrizes aparecem definidas da seguinte forma:

As grandes disparidades de gênero em direitos humanos básicos, recursos, oportunidades econômicas, e em política são inseridas em todo o mundo, apesar das recentes vantagens. Essas disparidades são indubitavelmente relacionadas com a pobreza. Em um nível, a pobreza exacerba as disparidades de gênero, em outro, as desigualdades de gênero ocultam, por sua vez, o desenvolvimento sustentável (THE WORLD BANK in: MISAU, 2001, p. 6).

Confirmando essa linha de atuação, na perspectiva de gênero, podem-se referenciar os desafios mapeados pela Plataforma Política Feminista, no Brasil onde consta que se deve:

Assegurar as conquistas referentes à superação das múltiplas desigualdades sociais e instituir os princípios da equidade e da proporcionalidade racial/étnica, de gênero e de geração, definindo diretrizes que orientem a aplicação dos recursos públicos no desenvolvimento das políticas sociais nas áreas de educação, saúde, trabalho, qualificação profissional, geração de emprego e de renda, habitação, erradicação da pobreza, desenvolvimento sustentável, proteção ambiental, segurança e seguridade social, eliminando-se a desigualdade entre os diversos segmentos da sociedade nas várias regiões do país (CONFERÊNCIA NACIONAL de MULHERES BRASILEIRAS, 2002).

Vale lembrar também nesse contexto que o Prêmio Nobel de Economia de 1998, ainda assinalou que, o desenvolvimento de um país ou povo resulta de:

expansão das liberdades – políticas, econômicas, institucionais e sociais – das quais as pessoas desfrutam ou deveriam desfrutar. Neste sentido, a busca pela igualdade entre homens e mulheres faz-se cada vez mais presente e demonstra um processo de conscientização, pois dar poder às mulheres é o fator mais importante na direção do poder econômico (SEN⁵⁰, 1997, p. 227).

Assim, podemos afirmar que o movimento de mulheres alcançou, nas últimas décadas, grandes transformações na maior parte dos países do mundo, alterando as condições de vida

⁵⁰ **Amarthya Sen** é um economista indiano, laureado com o Prêmio de Ciências Econômicas em Memória de Alfred Nobel em 1998, pelos seus contributos para a teoria da decisão social, e do "*welfare state*"; lecionou na *Delhi School of Economics*, *London School of Economics*, *Oxford* e *Harvard*. Reitor de *Cambridge*, é também um dos fundadores do Instituto Mundial de Pesquisa em Economia do Desenvolvimento (Universidade da ONU); Sua maior contribuição é mostrar que o desenvolvimento de um país está essencialmente ligado às oportunidades que ele oferece à população de fazer escolhas e exercer sua cidadania. E isso inclui não apenas a garantia dos direitos sociais básicos, como saúde e educação, como também segurança, liberdade, habitação e cultura.

Welfare State é um termo inglês que significa **Estado de bem-estar Social** ou Estado-providência: é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população

das mulheres, o imaginário social e o comportamento da sociedade. Essas mudanças foram fruto da luta desse movimento, contra a flagrante desigualdade em direitos e oportunidades entre os sexos registrada em diferentes cantos do mundo.

A aceitação dessas conquistas registra algumas resistências em determinados meios sociais. Pois, como um processo que envolve mudança sócio-cultural, mexe geralmente, com o grupo ou a classe que se beneficiava com a filosofia anterior, como afirma o Libardoni (2002, p. 09): “Buscando condições de vida mais dignas, igualitárias e justas, as mulheres desbravaram territórios masculinos, conquistando definitivamente espaços de participação política e no mercado de trabalho”.

Julgamos que, a situação das mulheres, seu crescente protagonismo em favor da marcha social e a necessidade de organizar e repensar a ação social, baseada nos princípios de conquista, manutenção, ampliação da cidadania e do seu papel social, tem se considerado ultimamente, como um fato indiscutível e transcendental. Mas, há necessidade de avançar mais na visibilidade das contribuições intelectuais e técnicas e das questões relacionadas ao gênero, saúde, educação e trabalho que tornam-se cada vez mais imperiosas. Todavia, os avanços registrados e/ou alcançados em alguns pontos do mundo pelas mulheres, nos últimos anos, ainda encobrem muitos traços de um sistema desigual e injusto, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Um dos marcos importantes que caracteriza a transformação de relações sociais de gênero na cultura moçambicana refere-se à inserção política da mulher e o protagonismo que ela tem no exercício do poder político e econômico bem como na sua participação no processo de implementação dos programas de saúde. Podemos afirmar, que mesmo com limitações, a mulher consegue se envolver no processo de concepção e implantação dos mesmos. Esta superação, não constitui um mero acaso, mas sim um esforço do governo e sobretudo da própria mulher para o seu desenvolvimento individual, principalmente através

da elevação do seu nível de escolaridade. Portanto, entendemos que a educação constitui um fator preponderante para a transformação cultural, neste caso, das mulheres moçambicanas. Ou seja, a educação constitui o instrumento que permite as mulheres lograrem uma conquista inquestionável, de um capital social e cultural, nos países em desenvolvimento, que ajude a alcançar ou a ampliar às mudanças sociais.

5.2.3. Estratégias na implantação e implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil e a inserção de Enfermagem

No início (1978) da implementação do Programa de Saúde Materno Infantil, as propostas de ações programáticas foram realizadas com limitações em virtude de que não havia profissionais preparados para atingir os objetivos do Programa.

Foi na década de oitenta (80), que a maior parte das ações do Programa de Saúde Materno-Infantil estavam orientadas mais para a Saúde da Mulher no ciclo reprodutivo, e portanto, focadas na mulher objeto e sujeito da reprodução. Mas interpretações sócio-culturais impunham que o processo de gestar e parir era um assunto, cuja abordagem devia tomar em consideração a concepção da sociedade tradicional, isto é, o círculo das mulheres que vivenciaram esse processo. Portanto, a estratégia governamental tinha que atender parte dessa concepção sócio-cultural e oferecer esses serviços de forma gratuita. Essa questão da estratégia foi expressa nos seguintes termos:

(...) aquela coisa de ligação entre saúde e comunidade em que se envolviam as senhoras da OMM e Enfermeiras de SMI só mulheres. (Entrevistada 2,- Enfermeira de SMI - Grupo A)

(...) formação de pessoal da área específica em diferentes níveis em cada período de tempo, começando por nível básico e elementar, tendo em conta o nível de escolaridade da população em geral. A Formação de mulheres para promover a aceitação e não lesar os hábitos culturais penso que foi boa estratégia. Assim, o governo conseguiu assistir as mulheres de todas

áreas do país, tanto nas zonas urbanas como nas rurais, sem grandes problemas (Entrevistada 3, Enfermeira de SMI – Grupo A)

A estratégias e filosofia, talvez dizer que foi a formação de pessoal a curto, médio e longo prazo. Garantia de assistência de forma gratuita, e expansão da rede sanitária (Entrevistada 6, Enfermeira de SMI – Grupo B).

(...)Divulgação dos serviços até aos locais recônditos, oferecer a assistência ou serviços de saúde de forma gratuita; formação do pessoal em diferentes níveis para responder a demanda da assistência (Entrevistada 7, Enfermeira –Grupo C).

Como podemos notar nos relatos apresentados, foram muito significativas as estratégias adotadas pelo governo no processo de implementação dos programas de saúde Materno-Infantil, destacando-se os seguintes:

- a) formação de um grupo de profissionais (Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil) com perfil técnico-científico que atendesse os pressupostos e objetivos;
- b) definição da condição de elegibilidade para frequentar o Curso de Saúde Materno-Infantil: “ser do sexo feminino”. Esta estratégia não estava ligada à questão de género, mas sim, à questão de atendimento aos princípios culturais da maioria das comunidades moçambicanas, que enquadravam as questões de gestação, parturição e nascimento como eventos próprios da condição feminina, e portanto, assistidos somente por mulheres;
- c) envolvimento da comunidade como condição de legitimidade do serviço de saúde ofertado pelo Estado;
- d) garantia do serviço de saúde de maneira gratuita como forma de demonstrar a comunidade, a função político-social do Estado;
- e) expansão da rede sanitária como forma de ampliar a cobertura de atendimento e desta maneira, combater os altos índices de morbi-mortalidade materna, perinatal e infantil.

Portanto, as várias estratégias utilizadas pelo governo influenciaram, de certa forma, e positivamente, na aceitação e adesão da comunidade e da população aos serviços definidos no Programa de Saúde Materno-Infantil. Apesar de algumas regiões do país terem mostrado alguma resistência à essas medidas, porque dentre outros fatores, as enfermeiras eram muito jovens, mas pelo fato de que todas eram do sexo feminino, a postura e o respeito profissional e pessoal, foram conquistando espaço. Ademais, o fato de que cada Enfermeira lidava com os princípios e práticas culturais, em torno do processo de gestar/parir de cada região constituiu um factor decisivo para a sua aceitação. Todos estes fatores fizeram com que a aceitação

dessas profissionais no seio da maioria das comunidades não fosse muito difícil, e a aceitação dos serviços alcançou as expectativas governamentais.

A resistência referida anteriormente, se manifestava da seguinte forma: as mulheres quando percebiam que a Enfermeira que atende na Unidade Sanitária era jovem, nunca esteve grávida e nem experimentara o processo de parir, deixavam de frequentar as consultas. O mesmo acontecia quando fosse atender ao parto. São essas, entre outras situações do cunho social, que aparentemente dificultavam o processo de implantação e implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, mas aos poucos essas dificuldades foram superadas, constituindo-se desta forma, no fortalecimento de um movimento de adesão e aceitação dos serviços à mulher.

O envolvimento dos líderes comunitários através do Projeto “Ligação Saúde e Comunidade” e a campanha de alfabetização, entre outras ações, contribuíram para que o processo de mobilização e divulgação dos serviços fosse efetivo, e sobretudo, para o entendimento dos objetivos das ações programáticas pela comunidade, e na promoção da aceitação dos serviços governamentais, oferecidos pelas Enfermeiras. A organização de massa, concretamente a da Mulher Moçambicana (OMM), teve um papel muito importante nesse processo. Foi com a iniciativa dessa organização, que o programa conseguiu que as mulheres passassem a procurar pela assistência sanitária, principalmente as das regiões do interior. Essa organização propôs a idéia de construção de casas de espera⁵¹ anexas as Unidades Sanitárias com maternidades, sobretudo as de referência. E, a proposta teve resultados satisfatórios.

Ademais, a OMM teve um papel muito importante na mobilização das mulheres a nível das comunidades, para aceitarem, não só as enfermeiras, como também as mensagens que eram veiculadas e os serviços de Saúde proporcionados pelo Estado. Essa organização

⁵¹ Casa construídas com material local para alojar mulheres grávidas residentes nos bairros distantes de unidades sanitária, nas suas últimas semanas da gestação até o parto

feminina trabalhou lado a lado com a Enfermeira de Saúde Materno-Infantil para fazer chegar as comunidades a mensagem sobre a importância da aceitação dos serviços oferecidos e da implementação do programa. Eram os membros da OMM que recebiam as Enfermeiras integradas nas brigadas móveis da saúde, e ofereciam espaço em suas residências, para a realização de consultas pré-natais, pós-parto e de planejamento familiar.

Nesse contexto, a inserção da Enfermeira de Saúde Materno - Infantil teve resistência não apenas no seio da comunidade, mas também a nível das equipes e profissionais da saúde. As Parteiras que trabalhavam nas maternidades resistiram na integração dessa profissional, que vinha com inovações e modelos de assistência inerentes a Saúde Materna. Nas Direções Provinciais e Distritais haviam idéias contraditórias sobre a inserção dessa nova profissional na equipe de Saúde.

A consequência dessa situação-problema pode ser caracterizada através da polêmica que se registrava entre os responsáveis da área de Enfermagem, Medicina Preventiva, Obstetrícia e Ginecologia assim como, nos da Pediatria. Os profissionais da Medicina Preventiva justificavam sua atitude a partir do argumento de que, a formação desse tipo de profissional foi adotada com o propósito de garantir ações de caráter preventivo, para a Saúde da Mulher e da Criança. Portanto, as Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil deviam estar diretamente ligadas e subordinadas ao Setor da Medicina Preventiva. Os médicos da área de Obstetrícia e Ginecologia ao afirmar que mais de 50% dos procedimentos técnicos realizados por essas profissionais focavam os procedimentos gineco-obstétrico, as mesmas passariam a pertencer a carreira de Obstetrícia. Por isso, a implicação de fato (não de direito) é que nessas áreas, as Enfermeiras deviam estar ligadas.

Enquanto na medicina se debatia a inserção da enfermeira de saúde materno-infantil, a classe de Enfermagem se justificava, partindo da designação de “Enfermeira” de Saúde Materno-Infantil e da atribuição para realizar ações assistenciais fundamentadas em teorias e

sistematização da Enfermagem. Nesse enfoque, a enfermeira passa a ser uma profissional que presta assistência, cuidando não de objeto, mas sim do “ser humano”. Por isso, apesar de somar conhecimentos e procedimentos de outras áreas afins, as Enfermeiras defendiam que isso não dava o direito a nenhuma outra profissão de excluí-la de sua área, a de Enfermagem. Esta, configurada como uma ciência e arte de cuidar de seres humanos, se expressa em uma prática social aplicada, que se objetiva no atendimento das comunidades no contexto das coletividades, das famílias e do sujeito individual, num sistema de saúde. Destacava-se, nesta perspectiva, a defesa de uma abordagem humanística, tanto na ação de cuidar como no objeto de seu trabalho: o cuidado (FERREIRA, 2008). E, entre os profissionais que atuam na carreira de obstetrícia, a justificativa atribuía-se a tarefa de prestar cuidados baseados nas competências de Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil.

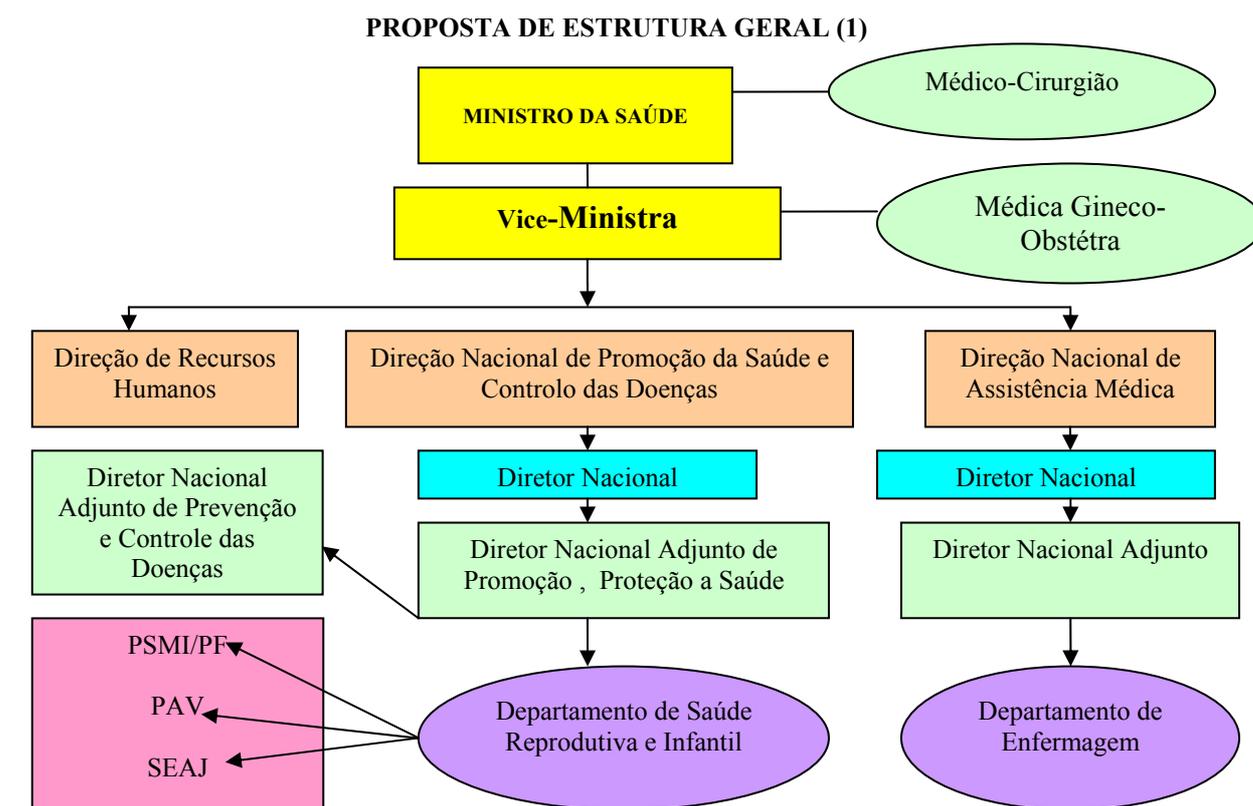
Como se pode constatar, cada departamento/área de conhecimento médico queria ter autonomia e domínio sobre essas Enfermeiras. A discórdia também se registrava, ou até hoje ainda se registra, mesmo a nível Central, entre o Departamento da Enfermagem e a Repartição de Saúde da Comunidade, como relatou um dos sujeitos, no depoimento a seguir:

(...) não se sabe bem se a ESMI pertence a Enfermagem ou a Carreira de Obstetrícia. Não tem nada escrito que tire essa dúvida. Então, eu pessoalmente vejo que esta profissional, porque presta cuidados, apesar de ser da área de obstetrícia, também pertence a Enfermagem (...)
(Entrevistada 3, Enfermeira de SMI - Grupo A).

Essa questão de falta de definição concisa sobre o enquadramento da Enfermeira de Saúde Materno Infantil, na estrutura do Sistema Nacional de Saúde, é agravada com a falta de uma Entidade de Ordem dos Enfermeiros no país, o que coloca essa classe numa situação de instabilidade laboral, aumentando/fortalecendo à condição de subordinação dos profissionais, ou seja, colocando-os na condição de oprimidos. Nesse caso, deve-se entender que as profissionais de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, até então, sofriam tripla subordinação, nomeadamente: da Corporação Médica (concebida social e tradicionalmente),

da Repartição da Saúde da Comunidade e do próprio Departamento de Enfermagem. Na proposta do novo organograma do Sistema Nacional de Saúde, apresentado pelo Ministério de Saúde em 2006, a Enfermeira de Saúde Materno-Infantil aparece ligada ao Departamento de Saúde Reprodutiva, que por sua vez, se integra na Repartição de Saúde da Comunidade/Direção Nacional de Promoção e Proteção à Saúde. E a Enfermagem em Geral, aparece inserida na Direção Nacional de Assistência Médica. Portanto, na situação real, a Enfermeira de Saúde Materno Infantil soma dupla dependência (Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Reprodutiva e Infantil) no sistema médico como se pode observar no gráfico a seguir:

Grafico-1: Parte de Organograma do MISAU Mostrando a Inserção da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materno-Infantil



Fonte: Misau, 2006

Uma questão que nos chamou atenção é que todas essas Direções e Departamentos, são chefiados por profissionais da classe médica, com a exceção do Departamento de Enfermagem, chefiado por uma Psico-Pedagoga, que teve sua formação inicial em

Enfermagem (Geral/Técnico de Enfermagem, ou seja, com Curso do nível médio de Especialização e Instrumentação).

A falta de uma Entidade de Ordem para a classe de Enfermagem, no pensamento gramsciano, pode significar a falta de uma ideologia e de uma orientação, para a própria classe orientar suas práticas (In: COUTINHO & TEXEIRA, 2003). E, como consequência, por falta de definição de uma identidade profissional e de uma imagem própria, produz-se uma descaracterização do saber e da prática profissional, assegurando-se desta forma, sua subordinação e dominação em relação a classe Médica, num sistema Nacional que caracteriza um Estado democrático.

A Ordem de uma classe profissional constitui, também, uma base para a formulação de políticas públicas, uma expressão de garantia dos direitos sociais e de transformação no âmbito de cada categoria de Enfermeiros e das ações coletivas no espaço público (GUARESCHI et al, 2004). Nesse sentido, a decisão política dá lugar a uma política pública do Estado, ou seja, deixa de prevalecer nela alternativas marcadamente da preferência da hierarquia pelas Enfermeiras, para dar lugar a procedimentos que traduzem a preferência da classe da Enfermagem na prestação dos cuidados à população.

A maioria das ações adotadas pelo atual SNS, face à redução da morbimortalidade materna, foram e ainda são garantidas por esta classe de profissionais. E, isto é uma realidade que traduz um fato concreto, visto que no componente dos Cuidados Obstétricos Essenciais, a maior parte dos procedimentos preconizados pelo protocolo⁵² são da competência médica. Entre eles: aspiração para retirada de restos fetais e/ou ovulares; remoção manual de placenta; prescrição e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia; realização do parto por ventosa/vacum e parto pélvico/podálico, entre outros (MISAU, 2002, p. 15, 25, 51-8). Mas, na maioria das

⁵² Protocolo elaborado por seis Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia, (todas pertencentes a classe médica), para treinamento do pessoal que atuam na área de Obstetrícia.

vezes, estes cuidados são efetivamente realizados por Enfermeiras de Saúde Materno Infantil, às vezes, sem extrema necessidade. Associamos isto, a questão de falta de ideologia própria e ausência da Ordem da classe de Enfermagem, em Moçambique. Há de se observar que geralmente, a ideologia das classes dominantes ou hegemônicas corresponde a função histórica delas, e não aos interesses e à função histórica das classes dominadas ou subalternas (GRUPI, 1995, p. 67-68).

No âmbito da delegação de determinadas competências, de forma assimétrica, sem a devida exatidão e cobertura legal, ou seja, não bem definidas como nos referimos anteriormente, os procedimentos realizados pelas Enfermeiras, quando resultam num bom prognóstico há harmonia entre as duas classes. Contudo, quando se dá ao contrário a culpa é atribuída a classe da Enfermagem. E, não tendo uma Ordem própria, da Classe de Enfermagem, as sanções e punições recaem, justa ou injustamente, para as Enfermeiras como indivíduos e como integrantes sociais de uma classe profissional, trazendo repercussão negativa para o profissional e para a classe na sociedade moçambicana.

Estas e outras situações foram e continuam a ser vividas pela classe de Enfermagem em Moçambique, conforme o evidenciado nos relatos dos profissionais e na estrutura do SNS. Reconhecemos que não são questões que se superam facilmente nem a curto, nem a médio prazo. Mas acreditamos que a superação de tudo está ligada as formas organizacionais que a própria classe de Enfermagem adotar. Em nosso entender, tudo indica para urgência da implantação da ordem de serviço para a classe, como uma das formas de superar a indefinição de competência. Portanto, mais que uma questão do Estado, é uma questão de decisão da própria classe somada a determinação e desafio na busca de conhecimentos científicos e decisões políticas que subsidiem o desenvolvimento do saber e da prática profissional para a definição clara de uma identidade e imagem própria da classe. Ou seja, aplicando o

pensamento gramsciano in Coutinho (2001), é uma questão de elaboração da própria concepção do mundo e de vida.

5.2.4 Hegemonia e contradições da política no processo de implantação e implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil e inserção da Enfermagem

A implantação e implementação do Programa de Saúde Materno Infantil em Moçambique surgiu como uma estratégia do setor da saúde para responder as perspectivas governamentais, de proporcionar e garantir Cuidados Primários de Saúde à toda população. E, tem sua base legal. Segundo o Artigo 89, da Constituição da República (2004, p. 26) “Todos os cidadãos têm direito a assistência médica e sanitária, bem como o dever de promover e defender a saúde”.

A tentativa de se distanciar da filosofia e ideologia que sustentavam a assistência a saúde, no tempo colonial, fez com que o governo de Moçambique independente definisse um Sistema Nacional de Saúde, a partir da segunda metade da década de 70. Este fenômeno constituiu-se no primeiro marco histórico para o setor da saúde, em vista a adequar as novas Políticas de Assistência a Saúde, a nova realidade sócio-política do país. Assim, descartavam-se os princípios herdados do sistema colonial, que não beneficiavam a maioria das comunidades moçambicanas.

A Lei da Socialização da Medicina (LEI N^o 02/77, de 27 de Setembro), divulgada pela Portaria n^o 395/77-A de 01 de Novembro de 1977, inspirava-se nos princípios socialistas, defendidos pelo governo do partido FRELIMO⁵³.

⁵³ Frente de Libertação de Moçambique, movimento que desencadeou a luta armada (1962) para a conquista da Independência de Moçambique em 1975.

Os cuidados de saúde oferecidos/prestados pelo regime anterior, de acordo com os sujeitos da presente pesquisa, baseavam-se na assistência médica curativa e não eram enfatizados os cuidados preventivos, de reabilitação, de promoção da saúde das comunidades, sobretudo aos nativos e/ou pessoal de regiões rurais. A racionalização dos cuidados de saúde em benefício de uma parcela da população, de acordo com Habermas, citado por Freitag (2004), não tem sustentabilidade argumentativa em termos de transformação da sociedade, em matéria do acesso aos serviços básicos/primários da saúde. Desse modo, criava uma separação abismal do mundo vivido entre as comunidades dos nativos e dos colonizadores, em favor de uma minoria. Este fenômeno, considerado patológico por Freitag (2004), por impor regras do sistema ao mundo vivido e ofuscar os princípios básicos da verdade, moralidade e expressividade, contrastava com o propósito do novo governo (de Moçambique independente), que elevava a garantia de assistência a saúde a toda população do País (89^o artigo, da Constituição da República, 2004, p. 26).

Daí, o nosso entendimento de que o primeiro programa (Programa de Proteção Materno-Infantil) no governo do regime anterior não contemplava, ou seja, não dava prioridade a área preventiva, nem atenção básica às comunidades no geral. A estrutura e a dinâmica da sociedade moderna na pós-independência, determinada pela força e necessidade de autonomia e diferenciação societária na área da saúde, fizeram com que, na década de 80, fosse criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) para fazer face a assistência a saúde materna, assim como a saúde da criança, na perspectiva de atenção primária. Isto é explicado em seguida por um dos participantes da pesquisa:

FRELIMO: Frente de Libertação de Moçambique. Resultou da união de três movimentos formais de resistência à dominação Portuguesa (UDENAMO, MANU e UNAMI) que se formaram nas regiões sul, centro e norte do país entre os anos de 1959 à 1960.

União Democrática Nacional de Moçambique (UDENAMO); *Mozambique African National Union* (MANU) e União Nacional Africana para Moçambique Independente (UNAMI). Esses movimentos unificaram-se em 1962 formando a FRELIMO movimento que desencadeou a luta armada em 1964, para a conquista da independência de Moçambique (1975). Após a independência, a FRELIMO declarou-se partido único, cujo a ideologia do exercício no poder, se baseava nos fundamentos da ideologia marxista leninista.

Logo após a independência deparamo-nos com duas situações: uma situação é que tínhamos um programa que era dirigido fundamentalmente a assistência ao parto. (...) nós encontramos uma situação de fragmentação de programas assistenciais e não programas de assistência e prevenção.... O novo programa contemplava vários pilares da saúde, portanto, parte de medicina que era assistência médica, assistência ao parto, consulta de pessoas grávidas com patologias ou com suspeitas. Depois a parte de prevenção, protecção, promoção da saúde e a parte de reabilitação para os casos de sequelas (Entrevistada 12, Médica Ginecologista e Obstetra – Grupo C).

No início, a implementação do programa teve como maior dificuldade a falta de quadros, ou seja, de pessoal devidamente preparado que respondesse às expectativas governamentais. Na tentativa de superar essa dificuldade, foi introduzido, pela primeira vez, o Curso Básico de Enfermagem de Saúde Materno Infantil, que teve início em Julho de 1981. Foram essas enfermeiras que garantiram a implementação do novo Programa concebido pelo Sistema Nacional Saúd, a partir do ano de 1984, como explica em seguida a mesma participante nos seguintes termos:

(...) uma das coisas que reparamos é que não tínhamos quadros para poder fazer isso. Nem quadros paramédicos, nem quadros médicos especialistas. (...) a ideia era de investir num tipo de quadro que fosse responder por estes quatro pilares e nos componentes da saúde materna e infantil. Portanto, seria no componente materno: mãe não grávida, mãe grávida, mãe no parto e pós-parto e conseqüentemente, logo a seguir o produto dessa gravidez, desse parto que seria o recém-nascido e criança menor de 5 anos (Entrevistada 12, Médica Ginecologista e Obstetra - Grupo C).

A estratégia poderia ter sido de formação de médicos obstétricos e ginecologistas como forma de manter a hegemonia médica, uma vez que a decisão, a respeito da implantação do programa, estava nas mãos de profissionais médicos. Mas, a formação de profissionais da área de saúde foi orientada a área de Enfermagem e pessoal paramédico, sobretudo às Enfermeiras de SMI e técnicos de Cirurgia. Habermas (1981), explica esta atitude com o que chamou de *compensação da hegemonia*, que passa necessariamente pelo entendimento da questão de diferenciação, autonomização, racionalização e dissociação que fornecem os modelos interpretativos da modernidade societária e realidade de maneira crítica. A realidade

moçambicana da época apresentava dois problemas principais que impediram a ampliação da formação de médicos: por um lado, a formação de médicos era onerosa e de longa duração (sete anos), o que poderia colocar em risco o processo de implementação do programa de forma imediata; e, por outro lado, a maioria dos cidadãos tinha a 6^a classe (série) e os poucos que tinham a 11^a classe (série) do antigo sistema, deviam ocupar-se de atividades de outros setores da economia nacional e não somente da medicina. Assim sendo, a estratégia mais adequada era de começar a formar profissionais de nível básico, para garantir a abrangência que o programa impunha, como refere ainda a Entrevistada 12:

(...) Logo ai, aparece o Programa de Saúde Materno Infantil e para responder esse programa apareceram as Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil que dão resposta a todos esses componentes. Me parece que esse programa continua com essas quatro componentes principais (consulta pré-natal, assistência ao parto, consulta pós parto / planejamento familiar e consulta de controle de crescimento e desenvolvimento da criança até aos 5 anos). Embora cada vertente tenha depois desenvolvido subvertentes, digamos, sub capítulos na sua atenção. Por exemplo, nos cuidados obstétricos há agora os cuidados obstétricos essenciais e de emergência com atuação da Enfermagem. Mas continua na mesma, atendendo os mesmos componentes, mas com mais desenvolvimento e especificidade (Entrevistada 12, medica Ginecologista e Obstetra-Grupo C).

Foi precisamente a partir do ano de 1981, no plano do primeiro Ministro da Saúde de Moçambique (Dr. Pascoal Mocumbi)⁵⁴, que assessorado pelo médico brasileiro, Doutor Aníbal Fagúndes, projetou a formação das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, quando teve início o Curso de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil. Este, foi concebido no Projeto do Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP). Com este tipo de formação de profissionais, o objetivo primordial desse programa foi de:

(...) proporcionar cuidados de Saúde básicos na área de saúde materno-infantil, em todas as províncias do País, garantindo assim a promoção dos cuidados básicos de saúde à toda comunidade moçambicana na perspectiva de combater a mortalidade Materna e Infantil. É pena que não existe documento escrito dessa matéria. Nossa intenção era de continuar com a formação básica desse tipo de Enfermeira para cobrir e garantir a

⁵⁴ Médico, especializado em Obstetrícia e Ginecologia, Primeiro Ministro da Saúde em Moçambique Independente e mentor do programa e do Curso de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil.

assistência primária à todas as regiões do interior do país (Entrevistado 19, Médico Obstetra – Grupo C).

Segundo esse relato as Enfermeiras eram consideradas necessárias em todas as Províncias. E, deu-se maior prioridade às regiões centro e norte do país. Algumas dessas Enfermeiras, figuravam na lista de responsáveis dos serviços de Saúde Materno Infantil a nível das Províncias e dos Distritos, mas não lhes foi dada a oportunidade para gerir os serviços da sua área ou conhecer e discutir os Programas de Saúde Materno-Infantil na íntegra. A responsabilidade atribuída a essas enfermeiras era exercida com coadjuvação de Médicos Obstetras, Pediatras e/ou Técnicos da Medicina Preventiva. E, na maioria das vezes, o cargo de chefia a elas confiado, se resumia apenas na gestão do material do programa, como por exemplo, controle de fichas pré-natais, de insumos de planeamento familiar, cartão de controle de peso e desenvolvimento da criança dos 0-5 anos, bem como, a distribuição e controle do estoque de alguns métodos contraceptivos. Mas poucas vezes participavam na elaboração, discussão dos protocolos e rotinas que orientassem à sua prática como integrantes da equipe multiprofissional, a qual lutava pelo mesmo objetivo: o de melhorar a assistência à saúde materna. Esta situação é apresentada pelos depoentes da seguinte forma:

(...) Então, a elaboração de projetos ou programas para melhorar a assistência a mulher grávida e criança estava na confiança de médicos obstetras e pediatras. Só que na medida em que foram se formando enfermeiras custou a passagem das responsabilidades. Quer dizer, foram assumindo tarefas de supervisão mas sempre sob ordens médicas. (Entrevistada 13, Enfermeira de SMI – Grupo A).

(...) muitas vezes, a enfermeira acata ordens e as cumpre. As decisões são tomadas por outras pessoas. Ela está mais para fazer. Geralmente são os diretores, chefes e médicos da área de obstetrícia, pediatrias e outros convidados médicos até de outras áreas, na maioria das vezes são eles que elaboram tudo. E, as enfermeiras dificilmente participavam. O que eu pessoalmente acho errado. É que são as enfermeiras que conhecem a realidade da comunidade e na hora de traçar medidas para resolução dos problemas o profissional que vivência tais problemas é deixado de lado. (Entrevistada 6, Enfermeira de SMI – Grupo B).

Como se pode notar, o relato das duas Enfermeiras, aponta evidências da exclusão da classe de Enfermagem na programação ou no plano das ações e estratégias, embora admitam haver Enfermeiras que tenham assumido alguma responsabilidade a nível do Distrito, da Cidade e da Província.

O currículo oficial dessas Enfermeiras, elaborado pelo Departamento de Formação do Ministério da Saúde, usado em todas as Instituições de Formação do país para área de Enfermagem de Saúde Materno-infantil, não oculta essa exclusão nem a posição hegemónica que detêm a classe médica, a qual é responsável pela revisão e assessoria que impõem os currículos e programas. Entre as diversas competências atribuídas às Enfermeiras de SMI, naquele currículo, na alínea g define que nível de Gestão de programas essas Enfermeiras devem:

Assistir e apoiar⁵⁵ o chefe da seção de saúde da comunidade em todos os aspectos ligados à gestão dos Programas de SR; fazer a gestão e apoiar a logística dos programas de SR (planificação e implementação das atividades definidas para o seu nível-distrital/US), assim como supervisionar e avaliar a implementação das actividades realizadas nos níveis hierarquicamente inferiores; **planejar e gerenciar o armanejamento de todas as fichas e cartões para o atendimento à mulher/mãe, criança e adolescente, e principalmente, controlar os estoques de contraceptivos de forma a evitar ruptura nesses estoques**⁴¹; apoiar na definição, elaboração e implementação de pesquisas operacionais, com a finalidade de definir estratégias e atividades para a melhoria da implementação do programa de saúde e da qualidade da atenção dos serviços de atendimento à Saúde da mulher (...) (MISAU, 2002 p. 12-13).

O que se destaca nessas diretrizes curriculares é que o enquadramento da profissional de Enfermagem no Programa de Saúde Materno Infantil, é o papel de assistente ou auxiliar no contexto da gestão e coordenação das atividades do referido programa, o que contradiz com o relato a seguir:

Bom, a Enfermagem teve um papel muito importante concretamente a Enfermagem de Saúde Materno Infantil. Teve e tem um papel muito importante, porque é um quadro profissional que tem uma formação muito integrada, muito aprofundada sobre os cuidados a prestar à mulher e à criança e de uma forma muito integrada, de modo que é uma pessoa que,

⁵⁵ O Destaque dos temos é nosso.

praticamente/pode até trabalhar quase que independente, a nível de uma unidade sanitária (Entrevistada 12, Médica ginecologista e Obstetra-Grupo C).

Nesse depoimento encontramos o fundamento da contradição caracterizada na atuação da enfermeira de SMI que retraduz: por uma definição de “executora” de “tarefas” ou “ordens médicas” na diretriz curricular, (plano formativo) e pela concepção das mesmas, que na prática elas poderiam trabalhar "quase" que de forma "independente" (plano laboral). Porém, não encontramos nenhum documento governamental, nem da área, que respaldasse essa afirmação; ou seja, o de trabalho “quase independente” da Enfermeira de SMI em Unidades Sanitárias, quer da zona rural ou semi-urbana como é referido no depoimento supracitado. Geralmente, na prática, a maioria das Unidades não possui Médico Especializado em Obstetrícia e Ginecologia. Mesmo diante desta situação, a conduta da Enfermeira de Saúde Materno Infantil, sofre influência da hierarquia da direção da unidade ficando dependente ou sob orientação da Médica da Clínica Geral e ou de Técnico de Medicina, inclusive em caso de emergência. Este último, é de igual nível da Enfermeira de SMI, e muitos deles, até certo ponto, com insegurança ou mesmo desconhecimento da conduta comparado com a Enfermeira de SMI, no que tange a casos obstétricos decorrentes, ou casos que exigem uma conduta obstétrica imediata.

A realidade da prática das Enfermeiras de SMI mostra uma dupla inserção, ou seja, duas carreiras profissionais (Carreira de Obstetrícia e a de Enfermagem). A carreira de Obstetrícia que é dirigida pelos Médicos de Obstetrícia e Ginecologia estabelece uma relação entre o Médico e a Enfermeira, a qual é desigual e esta última estabelece uma relação subalterna, se considerar o perfil profissional desenhado para a Enfermeira, como já foi referido, onde se enfatiza que ela realiza ações como “assistir” e “apoiar” o chefe (médico).

Com base no exposto, podemos afirmar que ao longo do período deste estudo, verificamos uma tendência de conservação da dominação por parte dos médicos. Concorre

para a legitimação desta hegemonia a autojustificação dos Médicos, quanto as atribuições das Enfermeiras. O baixo nível (elementar e básico) de formação da maioria das Enfermeiras, favorece a autojustificação que legitima a hegemonia médica, considerando-a “merecida”, tornando real a lenda de superioridade natural, uma profecia que se realiza (WEBER, 2004). Gramsci faz uma outra interpretação a respeito do domínio da classe superior (médica) ao considerar a hegemonia de um grupo como direção moral, cultural e ideológica, em que um grupo se apresenta como o mais organizado, intelectual e moralmente superior. Uns conquistam a hegemonia através da persuasão e consenso, embora em determinadas circunstâncias prevaleça a força (GRUPPI, 1978).

A assistência a saúde, no componente materno no país, é basicamente garantida pelas Enfermeiras de SMI e complementada pelas ações cirúrgicas dos Técnicos de Cirurgia, especialmente nos Hospitais Provinciais e Rurais. Os médicos especializados em obstetrícia e ginecologia, atuam nas maternidades dos Hospitais Centrais, alguns Hospitais Provinciais e Hospitais Gerais da capital do país.

Os resultados analisados apontam para uma realidade sugestiva a aceitarmos, que os profissionais da Enfermagem e Técnicos de Cirurgia têm a missão de cumprir o que está definido nos protocolos e rotinas desenhadas pelo grupo hegemônico (da classe médica), e por vezes, estes profissionais se sentem na obrigação de realizar procedimentos de média complexidade, como por exemplo, curetagem e/ou aspiração mecânica intra-uterina pós-aborto, reparação de laceração do colo, partos pélvicos/podálicos e por vacuum/ventosa, entre outros.

Entendemos que a área é extremamente vital e são poucos os profissionais da área médica especializados. Porém, a passagem ou atribuição de competências a outra classe profissional precisa de uma regulamentação e definição bem explícita, sobre o que fazer, quando, onde, como fazer e por quê fazer. Apesar de existirem protocolos que orientam a

prática desses procedimentos, não foi encontrado nenhum documento que regulamenta a execução de tais procedimentos pela classe de Enfermagem, nem a definição dos limites de atuação, conforme o nível de formação, assim como de atenção.

A atitude de não envolver o profissional de menor nível e formação na elaboração e discussão das normas ou protocolos que orientam uma prática conjunta, coloca esse profissional distante do pensar da sua prática. E, isto não favorece o aprimoramento dos conhecimentos, pois ao recorrer ao pensamento gramsciano entendemos que “(...) para a filosofia da *praxis*, o ser não pode ser separado do pensar, (...) ao se fazer essa separação cai - se em uma das muitas formas de abstração” (COUTINHO, 1995, p. 70).

Segundo Demo (1993, p. 18), a participação é um processo em constante vir-a-ser, que, em sua essência trata da auto promoção e de uma conquista processual. “Não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir”. Portanto, o fato da Enfermagem garantir a realização de alguns procedimentos, que até transcendem à sua prática profissional, isto não pode substituir à sua participação na determinação dos procedimentos que ajudam na melhoria dos serviços de assistência a saúde materna. Dessa forma, a participação ou inserção da Enfermagem não pode ser vista como uma concessão do poder, mas sim, um processo de conquista, não somente na visão dos integrantes sociais ou das classes subalternas, mas também da classe intelectual. Esta interpretação assenta-se no princípio segundo o qual, todos pertencem ao lado privilegiado da sociedade, ainda que nem sempre seja ao dos mais privilegiado. Os considerados mais privilegiados, buscam tendencialmente manter e aumentar seus privilégios. Se o processo de participação for coerente e consistente, atingirá tais privilégios, pelo menos no sentido de que a distância entre os dois grupos ou duas classes deva diminuir (DEMO, 1993, p. 21).

O ato de participar integra o cotidiano de todos os indivíduos. Voluntariamente ou não, os indivíduos ao longo da sua vida são levados a fazer parte de grupos e atividades, o que lhes leva a visualizar a necessidade de se unirem para a busca de fins ou objetivos, de difícil consecução, quando isoladamente. Assim, a participação em um grupo pode ser vista como a apropriação dos indivíduos do direito de construção democrática do seu próprio destino.

Rozenberg (1997, p.103) apresenta uma proposta que pode ajudar as Enfermeiras a entenderem os seus pontos fortes e fracos, que está relacionada com a concretização da participação que “passa pela organização coletiva dos participantes, possibilitando desde a abertura de espaços de discussão, até a definição de prioridades, elaboração de modo de ação e o estabelecimento de canais de diálogo”.

O reconhecimento de que a relação entre os participantes de uma discussão pode ser afetada pelo grau de escolaridade e/ou pela posição social que ocupa cada um ou entre os membros, significa compreender que os que detêm maior “conhecimento” acabam estabelecendo uma relação de poder sobre os demais, como acontece na equipe profissional envolvida na assistência a saúde materna. Neste sentido, a classe médica se julga ou é julgada, na concepção social, como a mais diferenciada, detendo assim o poder decisório sobre outras classes, sobretudo em relação a da Enfermagem. Porém, há que valorizar o pensamento de Tenório⁵⁶ (2007, p. 116), que nos diz: “(...) numa relação social que se pretenda ser participativa, os conhecimentos devem ser convergentes. O Saber de quem estudou deve ser usado como apoio às discussões, mas não como orientador primeiro na decisão”. Corroborando com este pensamento, julgamos que o conhecimento e as informações devem ser compartilhados, sem existência de um membro que hierarquicamente vai deter o poder e a

⁵⁶ Fernando G. Tenório, é professor titular na Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresa (Ebape) da Fundação Getulio Vargas (FGV). Coordenador do Programa de Estudos em Gestão Social (Pegs) da Ebape. Membro da Academia Brasileira de Ciências da Administração (ABCA) e conselheiro do Conselho Regional de Administração do Rio de Janeiro (CRA-RJ). Tenório reporta os estudos sobre a contribuição de práticas de gestão municipal para o desenvolvimento local e fortalecimento da cidadania.

verdade. Ou seja, os conhecimentos, mesmo que diferentes, devem ser compartilhados ou integrados. O mesmo autor salienta ainda, que se uma pessoa é capaz de pensar sua experiência, ela é capaz de produzir conhecimento na medida em que participa e repensa o seu saber em confronto com outros saberes. “Participar é fazer ‘com’ e não ‘para’, (...) é uma prática social” (TENÓRIO, 2007, p. 116). Dai que julgamos que seria pertinente a participação de representantes de todas as classes profissionais envolvidas na assistência a saúde materna, na elaboração e discussão coletiva dos protocolos que orientam os procedimentos técnicos tendentes à melhorar a qualidade e os procedimentos dessa assistência.

Em comunidades ou classes sociais em que parte dos seus integrantes são afastados direta ou indiretamente, ou seja, não participam da elaboração ou planejamento de atividades pertinentes à sua prática social ou profissional, geralmente, a maioria ou parte deles sofrem um declínio de auto-estima, segregação até mesmo exclusão social (TENÓRIO, 2007). A questão de baixa auto-estima se registra no seio dos profissionais de Enfermagem, manifestando-se em alguns integrantes da classe, o que traduz: obediência e super valorização de orientações da classe médica e não de sua própria classe profissional ou de outros membros de saúde que são integrados na sua equipe. Este fenômeno explica em que medida a autojustificação da classe de Enfermagem influencia negativamente em sua relação com a classe considerada hegemônica.

Uma participação que se espera ou que se propõe construtora de uma identidade própria deve respeitar e considerar alguns pressupostos, tais como ser consciente sobre seus atos ou suas práticas profissionais, considerando que numa participação consciente o envolvido tem de reunir elementos que lhe ajudem na compreensão do processo que está vivenciando, e ter forma ou critério de assegurá-la. Ou seja, a participação não pode ser forçada, e nem pode ser uma mera concessão; e, o envolvimento deve acontecer partindo do

interesse da classe sem imposição (ROZENBERG, 1997). Assim, percebe-se que a participação tem uma estreita vinculação com o processo de democratização de saberes e práticas, podendo contribuir, não só para a democratização do poder público, mas também para o fortalecimento da classe e de uma cidadania ativa. A passividade e insegurança aumentam a condição de dominação da classe, ou seja, é como que aceitar a autojustificação da outra classe sem um olhar crítico ou uma avaliação do seu impacto (WEBER, 2004).

Em Moçambique, as alternativas encontradas pelo grupo da Enfermagem para se opor a situação/condição de subordinação em relação á outras da área de Saúde, dividiram a classe profissional em três grupos: O primeiro optou por mudança do ramo de formação; o segundo, decidiu conquistar a superação, buscando um nível acadêmico na mesma área para adquirir e aprimorar os conhecimentos técnicos e científicos para a melhoria da prática profissional e elevar a dignificação da profissão de Enfermagem; e, o terceiro grupo, considera a condição normal, de preservação da concepção tradicional e social da hegemonia concedida a classe médica.

Esse grupo se manifesta resistindo a adesão aos grupos da classe que lutam para a construção de uma nova ideologia, capaz de motivar a implementação na Instituição, de uma nova ordem intelectual e moral, com exigência de elaboração de conceitos próprios de maneira a formar uma nova concepção do mundo. E, desse modo, contemplar a construção de grupos intelectuais para cada classe profissional, principalmente as antes consideradas subalternas, como constatamos em Gramsci nos termos de que:

“todo grupo social, quando se afirma no campo econômico deve elaborar sua própria hegemonia política e cultural – deve criar, portanto, os próprios quadros, os próprios intelectuais -, encontra ao mesmo tempo intelectuais já formados pela sociedade precedente, pela formação econômico-social anterior: os intelectuais *tradicionais*. A nova classe dominante, enquanto forma os seus próprios intelectuais orgânicos, esforça-se por assimilar os intelectuais tradicionais” (GRUPPI, 1980, p.80-1).

5.2.4.1 Dominação, autonomia e mudanças profissionais

Neste item, apresentamos uma reflexão sobre a dominação de uma classe profissional sobre a outra e as alternativas do grupo subalterno, na realidade de Moçambique. Segundo Grupi (1978), para Gramsci o conceito de dominação de um grupo social, é marcado pela interiorização da ideologia da classe dominante, pelas classes dominadas e a falta de visão própria do mundo capaz de lhes permitir a autonomia. Este fenômeno é registrado entre os profissionais não médicos na área de Saúde. A Enfermagem teve sempre essa desvantagem, de pertencer a um dos grupos subalternos da classe médica, considerada tradicionalmente como grupo hegemônico e detentor do poder, principalmente na tomada de decisões.

A subordinação da classe da Enfermagem em Moçambique, ainda é agravada, de um lado, pela concepção histórica da sociedade, relacionada a subordinação da condição feminina e no caso da enfermagem de saúde materno infantil pelo fato de ser uma profissão exercida historicamente pelas mulheres. Por outro lado, a formação do pessoal de Enfermagem em Moçambique teve sempre exigências “habilitacionais” inferiores aos exigidos para os Cursos de Medicina. Isto, tornou a classe de Enfermagem desprovida de uma visão própria do mundo, que pudesse aplicar em defesa da sua prática, para conseqüentemente conquistar a sua autonomia profissional.

Na década noventa (90) a inserção da Enfermagem começa a ganhar novos espaços e posições, significando uma mudança substancial, a partir da introdução do curso médio (promocional) dirigido para as Enfermeiras de SMI. Esta formação constituiu uma alavanca para a concretização da melhoria do nível de intervenção ou assistência à mulher e à criança. Ademais, foi a partir dela que saíram os primeiros estudantes do nível superior, na área de Enfermagem e Obstetrícia (o primeiro grupo estudou no Brasil).

Tomando como base os depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, acreditamos que a superação das contradições concernentes a implantação e implementação do programa de assistência à saúde materna ou da mulher em Moçambique, só pode acontecer se os integrantes da classe de Enfermagem aceitarem a mudança. Para isso, emergem duas direções: na primeira devem-se adotar diferentes formas de busca de solução, sendo uma das mais importantes a formação de Enfermeiras em nível superior. A maior contradição ou visão dialética da hegemonia médica em Moçambique não está no fato de existir um grupo que manifesta uma determinação na busca de conhecimentos consistentes para a conquista de reconhecimento e prestígio político-social da “supremacia” da profissão: a autonomia profissional; mas na segunda, a qual aponta na mudança profissional, talvez como um refúgio para se livrar da dominação que é perpetuada por outra classe de profissionais que detêm um poder/saber. Aqui, entendemos que o poder domina, mas o saber pode transformar o poder. Pelo que a busca do saber constitui uma forma de transformação, não apenas do indivíduo que o persegue, mas também das relações que ele estabelece com o outro/meio ambiente que lhe rodeia. Por isso, a mudança do paradigma na área da saúde passa necessariamente pela aquisição do conhecimento pela classe da Enfermagem, o que foi evidenciado neste estudo.

Notamos que, apesar de todas as entrevistadas da classe de Enfermagem possuírem formação inicial de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, apenas 03 projetaram sua evolução acadêmica na área de Enfermagem. As restantes, nesse caso, a maioria (05), progrediram academicamente em outras áreas afins. Mas, mesmo assim, continuavam trabalhando como Enfermeiras de SMI, talvez na procura de uma ascensão e mobilização social.

A mudança da área de atuação pela maioria dos profissionais de saúde com exceção dos médicos encontra sua razão na construção histórica ligada fundamentalmente, ao sistema de educação, por vários motivos: um deles, porque desde o tempo colonial, a formação dos

profissionais de outras áreas da saúde, assim como a de Enfermagem no país, se limitava apenas ao nível de ensino básico, o que ditava uma condição de “subordinação” à classe que possuía formação superior, nesse caso a médica. E, a classe das Enfermeiras de SMI, herdou esta condição do grupo. Os médicos, ao contrário, se formavam através do ensino superior.

Daí, que a classe de enfermeiros estava condicionada a seguir a carreira médica ou de outras áreas afins, em virtude de que, do ponto de vista de continuidade na formação acadêmica e profissional própria, não havia progressão no país, para níveis mais altos. A Enfermagem de Saúde Materno-Infantil constitui o grupo de profissionais mais recentes, cuja história começa na segunda metade da primeira década, após a independência, “1981”. A partir de 1984, este grupo começa a trabalhar no campo da assistência em saúde da mulher e da criança, mas na condição de grupo dominado pela hegemonia da classe médica (Ginecologistas, Obstetras e Pediatras).

Portanto, na busca de autonomia e realização, não apenas profissional como também acadêmica, os profissionais de Enfermagem começaram a migrar para outras áreas afins, onde existia a oportunidade de progressão acadêmica. Uma vez formadas passaram a atuar profissionalmente de forma livre, ou seja, livres da “subordinação” médica, o que achavam “impossível” enquanto enfermeiros.

Nesta nova fase, começa o processo de auto-afirmação profissional e acadêmica em mulheres, Enfermeiras. Em algumas províncias do país não existiam e/ou existem instituições de ensino para o nível médio, nem superior que primassem pela formação dos profissionais de Enfermagem. Isto, não impedia ou impede e/ou pode bloquear o fenômeno da migração no processo de formação dos mesmos. Deste modo, os Enfermeiros foram racionalizando o tempo e suas possibilidades de alcançar à sua auto-afirmação acadêmico-profissional, somando o conhecimento básico de Enfermagem à outras áreas de saber de nível superior. Assim, procuravam conquistar o prestígio ou a hegemonia que há muito, e até hoje, a classe

médica, dentro da equipe dos profissionais da saúde é quem detém. Ademais, a maioria dos profissionais da classe de Enfermagem começou a se candidatar e a frequentar cursos superiores de outras áreas direta ou indiretamente relacionadas com a área da saúde, onde se pode destacar os cursos de História, Psico-Pedagogia, Psicologia, Direito, entre outros. Este fenômeno é evidente até hoje, dado que Moçambique possui apenas uma única Instituição de Ensino Superior Pública que ministra Curso Superior de Enfermagem, localizada na capital do país. Podemos caracterizar este fenômeno de “mobilização social” na história das profissões e de busca de níveis mais altos de conhecimento como um mecanismo para alcançar “status social” e econômico, mas que não tem em conta a orientação vocacional.

A falta de um projeto político-pedagógico para uma possível formação complementar para os Enfermeiros fez com que estes fossem buscar conhecimentos adicionais que não lhes conferem nenhum grau acadêmico. Estes ainda estão atuando como profissionais de Enfermagem. Por outro lado, o sucesso alcançado por profissionais de saúde, que por falta de continuidade da sua carreira para níveis superiores procuraram outras áreas de atividade e de formação, continua a ser um incentivo para a busca de profissões em nível superior em áreas afins. Os que se formaram em pedagogia e psicologia ou na área de ensino, continuam no setor da saúde como docentes. Este fenômeno de estagnação fragiliza o sistema de formação do coletivo na área de Enfermagem, uma vez que os conhecimentos do domínio da área pedagógica, por exemplo, devem acompanhar os do domínio da Enfermagem. Nesta perspectiva, não é produtivo que os conhecimentos em Enfermagem continuem estagnados no nível básico e/ou médio e se tente falsear a progressão ministrando conhecimentos em níveis médios ou superiores utilizando o saber de outra (s) área (s). Este conflito aumenta, de certa forma, a dominação da classe da Enfermagem pela classe hegemônica.

Neste particular, cabe destacar que a progressão na formação profissional, do básico para o nível de ensino médio ou superior, na mesma área, ajudaria a independência e

autonomia da enfermagem em Moçambique, o que implicaria na melhoria da gestão e da assistência com a devida valorização dos profissionais de Enfermagem, principalmente pelo Estado. Ademais, facilitaria a visibilidade da contribuição própria da área para a qualidade de vida da sociedade moçambicana. Recorrendo ao pensamento gramsciano, o fundamento é que se deve buscar dentro da própria classe, capacidade para poder transformar as idéias e produzir mudanças sociais, assim como construir uma nova ordem através da elaboração de um projeto ou programa de ação e uma proposta de uma nova filosofia, ou seja, uma nova visão do mundo (COUTINHO, 2001). É isto que propicia, como consequência, o progresso e/ou desenvolvimento da profissão em prol da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem à população moçambicana.

Considerar que um grupo dominado só pode se tornar independente, em relação às hierarquias sociais e as leis impostas pela classe dominante, apenas quando a classe dominada atingir um nível mais alto de conhecimentos e uma consciência superior pode ser tomada como uma verdade. Mas, um grupo ou classe dominado ou minoritária se conseguir compreender seu próprio valor histórico, sua própria função, seus próprios direitos e deveres, requer de seus membros adotarem uma postura profissional como indivíduos integrados social e culturalmente na luta pela conquista do seu espaço, para poder alcançar sua autonomia (COUTINHO & TEXEIRA, 2003).

Outras questões a considerar, nessa situação-problema, é da indecisão, baixa auto-estima e falta de coesão por parte dos integrantes da classe de Enfermagem que, até certo ponto, podem constituir-se em um obstáculo para uma mudança a curto prazo. Na realidade da Enfermagem moçambicana, apesar de haver algumas evidências de início da luta pela conquista de autonomia da classe, a fragmentação, a dispersão e a heterogeneidade de idéias, posições de classe, constituem obstáculos a superar e a vencer. Neste caso, a dispersão e a

falta de coesão são insuficiências ideológicas que devem ser superadas caso as classes subalternas queiram realmente obter autonomia. (COUTINHO & TEXEIRA, 2003, P. 197).

Na perspectiva gramsciana é bom lembrar que a falta de coesão e de unidade entre ação e teoria é característica da classe dominada ou do grupo subalterno. Ainda considera-se que, enquanto estiver ausente a coesão e/ou a unidade entre a ação e a teoria, as classes subalternas “permanecerão sempre subalternas até o momento em que progredir o processo de unificação entre ação e teoria, entre política e filosofia”(GRUPPI, 1980, p.69).

A convicção sobre a subordinação vivida pela classe de Enfermagem em Moçambique, é de que a classe, de princípio se organize e saia da passividade ou deixe de receber passivamente informações que orientam à sua prática profissional. Sair da passividade, na abordagem gramsciana, é deixar de aceitar a subordinação que a ordem da classe dominante impõe as classes dominadas; é deixar de ser “massa de manobra” dos interesses das classes dominantes. Acima de tudo é ser intransigente, pois a intransigência “é a única prova que uma determinada coletividade existe como organismo social vivo, que possui um fim, uma vontade única, uma maturidade de pensamento. Isto porque a intransigência requer que cada parte singular seja coerente com o todo, que cada momento da vida social seja pensado e examinado em relação a coletividade” (GRAMSCI, in: SIMIONATTO, 2004, p. 19-20).

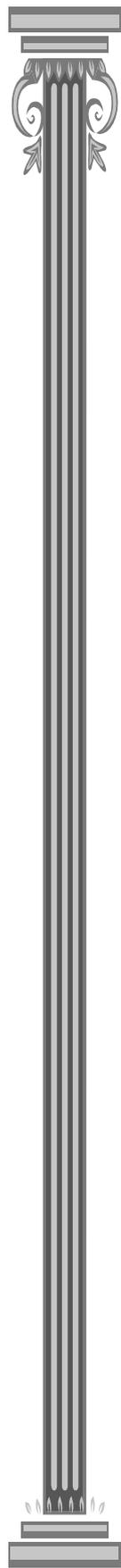
É nessa concepção que Gramsci busca evidenciar as possibilidades que tem o ser social de passar do reino da necessidade ao reino da liberdade, ou seja, a compreensão de que “este ser é resultado da articulação de determinismo e liberdade, de causalidade e dever-ser” (COUTINHO, 1989, p. 54). Mas para Gramsci, um “dever-ser que é congregação” que se apresenta como forma de “interpretação realista e historicista da realidade, ou seja, é história e filosofia em ação” (In: SIMIONATTO, 2004, p. 20). A vida social é, portanto, produto da ação dos homens onde consciência e vontade aparecem como fatores decisivos na

transformação do real, sem deixar de levar em conta, contudo, às condições históricas objetivas que existem independentemente da consciência e das vontades humanas.

Todavia, existe uma concepção a considerar, a sensibilidade pela situação e determinação em busca de alternativas da mudança coletiva e não individual. Acreditamos, nesse sentido, que uma classe dominada só pode se tornar independente, em relação às hierarquias sociais e as leis impostas pela classe dominante quando atingir um nível mais alto de conhecimentos sobre si próprio e uma consciência político-social crítica. Portanto, se deve buscar dentro da classe capacidade para poder transformar as idéias e de produzir mudança social, assim como construir uma nova ordem, através da elaboração de um projeto ou programa de ação e disseminação de uma nova filosofia, ou seja, desenvolver urgentemente uma nova visão alternativa do mundo que permita estabelecer uma Ordem para o Enfermeiro (COUTINHO, 2001). Precisamente porque na perspectiva gramsciana há uma relação entre sociedade civil e hegemonia, conceito central em gramsci, onde a sociedade civil não é neutra, mas ao contrário, é um campo de disputa entre várias propostas da sociedade, entre diferentes concepções do mundo, sendo expressão da sempre mutável correlação de força entre as classes. Ou seja, é predominantemente o terreno para a conquista do consenso para seus diferentes projetos. Entendemos aqui que na relação sociedade civil e Estado existe, ao mesmo tempo, a unidade/diversidade as quais embora diferenciadas, ambas as esferas são momentos constitutivos do estado concebido em sentido amplo (ACANDA⁵⁷, 2006).

Por fim, na realidade gramsciana, é impossível conquistar a hegemonia (autonomia profissional), antes de conquistar o poder e o Estado. Pois, é numa arena livre, que os atores (Enfermeiras/os), dialogando criam um tecido conectivo da convivência democrática. E, isto é outra história a ser investigada.

⁵⁷ Jorge Luís Acanda, nasceu na havana, Cuba, em 1954. Doutor em filosofia pela Universidade de Leipzig, na antiga República Democrática Alemã. É professor de história do pensamento marxista na Universidade da Havana. É conferencista internacional. Seu livro Sociedade Civil e Hegemonia obteve o prêmio anual de Academia de Ciências de Cuba, concedido a melhor investigação na área das ciências sociais em 2003.



6.1. Tecendo as Considerações Finais

Com base nas premissas que nortearam a presente pesquisa: Políticas Públicas direcionadas à saúde materna, delineadas pelo aparelho hegemônico estatal, no Sistema Nacional de Saúde em Moçambique independente; Como ocorreu a inserção e a práxis da Enfermagem na evolução dos Programas de Assistência à Saúde Materna em Moçambique independente; e, a relação de forças que emergiram na trajetória da Institucionalização da Assistência à Saúde Materna e na Inserção de Enfermagem; reafirmamos que a nossa pretensão nesta investigação foi efetivamente a de identificar os marcos evolutivos dos programas adotados pelo Sistema Nacional de Saúde de Moçambique Independente para a assistência a saúde Materno-Infantil focalizando este aspecto com ênfase no componente materno.

A perspectiva dialética favoreceu positivamente à nossa compreensão da realidade “oculta” vivenciada no cotidiano da classe da Enfermagem, sobretudo da Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, no que tange à sua inserção, sua prática profissional e relação profissional com outros integrantes de equipe de saúde ligadas a assistência Materna.

As diretrizes políticas e organizacionais emanadas pelo governo moçambicano para a área da saúde desde a independência privilegiavam, de certa forma, a medicina preventiva. Elas definiam como prioridade para a proteção da população, a prevenção e promoção de saúde, com ênfase para os grupos mais vulneráveis e desfavorecidos, entre eles, o das Mulheres (gestantes, parturientes e puérperas) e de crianças de 0 a 5 anos.

Nesse sentido, as ações de assistência à saúde materna foram inseridas dentro da área programática, considerando o preceituado pelas políticas públicas do governo, através do Sistema Nacional de Saúde. As atividades de assistência à saúde materna, eram realizadas por meio da implementação de diferentes modalidades adotadas pelo mesmo sistema. Entre os

programas que operacionalizaram as políticas do governo encontramos: o Programa de Proteção Materno-Infantil, o Programa de Saúde Materno-Infantil. Este último, foi posteriormente, inserido no Programa Nacional Integrado de SMI/PF-PAV-SEA que agrega no contexto atual, o componente materno integrado no Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva.

No contexto político foi definido como plano prioritário e estratégico, o condicionamento da maternidade segura, a promoção e melhoramento da qualidade das unidades sanitárias através do investimento em infra-estruturas, recursos materiais e recursos humanos qualificados, de forma a garantir uma rede de referência e contra-referência que atendesse os objetivos de desenvolvimento do País. Com o cumprimento pleno desse plano, o governo previa a redução da morbimortalidade materna e infantil e do nível de incidência e prevalência da desnutrição em gestantes (MISAU, 1997). Ademais, o governo esperava dar maior possibilidade de acesso à mulher aos cuidados básicos da maternidade, por meio de programas pontuais direcionados à atenção específica.

Ao longo das três décadas referidas no presente estudo, as ações voltadas para assistência à saúde materna consistiam em assistência pré-natal; vacinação de mulheres gestantes contra o tétano (VAT); assistência à mulher no pré-parto, parto, puerpério; consulta pós- parto e planejamento familiar (PF); além da orientação nutricional e educação em saúde para uma vida sexual e reprodutiva saudável (MISAU,1997). Porém, nesses últimos anos, a partir de 2006, encontramos tendências de introdução de modelos de assistência humanizada em partos e intensificação de atividades educativas sobre câncer de mama e do colo uterino.

O Programa de Planejamento Familiar teve início em 1978, mas o seu desenvolvimento como programa nacional, ganhou notabilidade na década de 80, com início de funções, em 1984, das primeiras Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, em cumprimento das atividades preconizadas no Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Inicialmente, o governo, através do Sistema Nacional de Saúde disponibilizava gratuitamente todos os

insumos para a adoção dos métodos anticoncepcionais com prioridade para as mulheres de maior risco obstétrico, entre elas, as grandes múltiparas.

A prestação dos cuidados primários da saúde, no contexto da vida reprodutiva, fez parte da agenda das políticas públicas do governo a partir dos anos 90, concretamente dois anos depois da Conferência de Beijing (1995), ou seja, desde 1997, depois da inserção do PSMI na Seção de Saúde Familiar, uma das seções do Departamento de Saúde da Comunidade do Ministério da Saúde. Portanto, a inserção do PSMI deu mais abrangência as ações de Saúde Materno-Infantil por envolver todas as mulheres em idade reprodutiva, incluindo as adolescentes e jovens. Desse modo, ampliava-se o modelo tradicional, que se concentrava ou estava limitado na assistência materna apenas no ciclo gravídico-puerperal. Esta abrangência na assistência à saúde materna foi influenciada pelas recomendações da Conferência do Cairo (1994)⁵⁸, que enfatizavam a abordagem de saúde da mulher, não apenas no processo de nascimento, mas também na vida reprodutiva. Essas recomendações incluíam também a saúde sexual e outros componentes inerentes a saúde reprodutiva. Assim, a saúde materna em Moçambique, passava a integrar o Programa de Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual, representando um grande avanço para a assistência integral à saúde da mulher.

Para a melhoria da resposta do setor de saúde aos problemas e necessidades de saúde materna, o Ministério da Saúde, através da Direção dos Recursos Humanos/Departamento de Formação (DNRH/DF), ao longo desses anos vem enfatizando e investindo na preparação de quadros para áreas específicas de forma a garantir essa assistência. Foi no âmbito dessa formação que a maioria das ações de cunho gineco-obstétrico era e são realizadas pelos profissionais da Enfermagem de Saúde Materno – Infantil e Técnicos de Cirurgia, em virtude do país possuir até então, apenas um número reduzido, cerca de 30 médicos especializados em

⁵⁸ Conferência do Cairo: refere-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento organizada pelo Fundo das Nações Unidas e pela Divisão de População do Desenvolvimento de Informação Econômica e Social das Nações Unidas (ONU). Foi realizado em Cairo-Egito, de 5 a 13 de Setembro de 1994. Nela, foi preconizado que o planeamento familiar esteja ao alcance de todos no contexto de direitos reprodutivos.

ginecologia e obstetrícia (MISAU, 2006). Dessa forma, a assistência a saúde da mulher passou a ser garantida essencialmente por profissionais de três áreas:

- 1. Área médica:** Médicos Gineco-Obstetras;
- 2. Área para-médica:** Técnicos de Cirurgia de nível médio e superior
- 3. Área de enfermagem:** Parteiras Elementares, Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil de nível básico e médio e Enfermeiras Obstétricas⁵⁹.

Pelos resultados da pesquisa, concluímos que Moçambique como um país jovem, com apenas 33 anos de independência, no governo de transição, o Estado adotou políticas e diretrizes orientadas para superação das dificuldades herdadas do governo do regime colonial, como por exemplo fraca economia e pobreza em relação aos recursos humanos qualificados e dos serviços de saúde tão necessários para a realidade da população moçambicana.

Em 1976, o país adotou a Política de Saúde baseada nos Cuidados de Saúde Primários o que levou o Governo a criar o Sistema Nacional de Saúde, a desenvolver uma rede de Unidades Sanitárias e a definir novas carreiras profissionais, de forma a responder as exigências e necessidades dessa nova Política. Ainda nesse período, as entidades governamentais, definiram o grupo “Mulheres e Crianças” como “grupo mais vulnerável”, isto é, de maior risco referentes morbimortalidade. E, determinou a “prioridade” de assistência de saúde à esse grupo, e de forma gratuita.

Nesse contexto, em 1977, foi criada, na Direção Nacional de Saúde, a Secção de Proteção à Saúde Materno infantil, a qual incluía, na área materna, a definição do programa de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto. O objetivo principal desse programa era o de reduzir a mortalidade materna e infantil. Porém, as ações desse programa tinham um foco protetor básico, porque o sistema ainda se deparava com o problema de falta de recursos humanos qualificados, que pudessem dar a cobertura da consulta pré-natal e/ou assistência à mulher no ciclo gravídico, de forma integral. Isto levou as entidades governamentais em 1978 a

⁵⁹ Enfermeiras do nível superior com curso de especialização em obstetrícia e ginecologia, num total de 07 todas graduadas e especializadas em Instituições de Ensino Superior Brasileiras.

discutirem sobre categorias profissionais, que fossem capazes de prestar a gama de serviços propostos para a melhoria de assistência sanitária às populações, principalmente às crianças e mulheres grávidas.

Ainda em 1978, iniciou-se a formulação dos currículos para a formação das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil e Parteira Elementares, na carreira profissional de Obstetrícia. Mas, paralelamente, criou-se uma nova categoria profissional, os Técnicos de Cirurgia, como uma estratégia para responder a demanda de casos cuja resolução requeria intervenção cirúrgica, tanto para a área de obstetrícia quanto a da cirurgia geral, uma vez que, naquela época, não havia no país médicos especializados. Então, para a área de Obstetrícia, os Técnicos de Cirurgia constituíam e/ou constituem até o momento, o quadro de profissionais na área de cirurgia, que respondia/responde pelas emergências Obstétricas do cunho cirúrgico, complementando assim, as ações das Enfermeiras de SMI.

Nos anos 80, a prestação dos cuidados de Saúde Materno-Infantil se ampliaram. Na área materna, as ações se expandiram para além da consulta pré-natal, assistência ao parto e puerpério, foram incluídas as consultas de pós-parto e de planejamento familiar. O Sistema Nacional adota o Programa de Saúde Materno Infantil, com o objetivo de reduzir não só a mortalidade como estava preconizado no anterior programa, mas também, a morbi-mortalidade materna, infantil, perinatal e neonatal, uma vez que, já tinha no mínimo pessoal que pudesse diagnosticar precocemente situações de risco, durante a consulta pré-natal.

O novo programa, no componente infantil, contemplava a assistência à criança de 0 a 05 anos, no que diz respeito à consulta de puericultura e triagem da consulta de pediatria; e no componente materno, na consulta pré-natal foi incluído o conceito de alto risco, enfatizando o diagnóstico precoce e sua conduta de cada situação diagnosticada.

Com a formação de Enfermeiras de SMI iniciada em 1981, e a integração dessas Enfermeiras às atividades referentes ao planejamento familiar já iniciadas em 1978, tomaram

um caráter de programa com prestação dos serviços a nível nacional, tendo como suporte técnico e financeiro do Fundo das Nações Unidas de Apoio para População.

Já nos anos 90 em diante, se evidenciaram passos marcantes na história da população feminina moçambicana em quase todos os âmbitos sociais. Em 1996, houve fusão do Programa de Saúde Materno-Infantil com outros Programas da Repartição de Saúde da Comunidade, que resultou no Programa Nacional Integrado de Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar – Programa Alargado de Vacinação e Programa de Saúde Escolar e de Adolescente, divulgado no ano seguinte (1997). Neste programa integrado o componente infantil passou a funcionar separado do componente materno, porém, as ações continuaram integradas.

Esse período caracterizou-se por uma consolidação e amadurecimento do Programa de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar a nível de políticas e estratégias governamentais. O MISAU promove discussões sobre o conceito de Maternidade sem Risco, as quais culminaram com a Conferência Nacional sobre a Maternidade sem Risco-Maternidade Segura em Maputo, em dezembro de 1990 (MISAU, 2001). Foram várias as recomendações da Conferência Nacional sobre a Maternidade sem Risco. Porém, a maior atenção ficou voltada para a Saúde Reprodutiva.

Quanto à inserção de Enfermagem na implementação dessas políticas, anteriormente referidas, a Enfermagem primou pelas ações assistenciais, assumidas pelas profissionais da classe de Enfermagem e da Carreira de Obstetrícia (Parteiras, Parteiras Elementares e Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil). Em relação a implantação e gestão dessas políticas, constatamos que foi de caráter hegemônico, privilegiando a classe médica na gestão dos programas.

A inserção de Enfermagem nos Programas de SMI em Moçambique está marcada por uma condição de hegemonia médica e contradições no processo de implementação em virtude

da exclusão deste grupo no processo de formulação e implantação. Este fenômeno, limitou a autonomia e progressão profissional da classe, mas ampliou a sua participação em nível local e distrital na resolução (práxis) dos problemas de saúde específicas das mulheres.

Na realidade verificamos que as(os) Enfermeiras(os) vivem uma contradição, em virtude de que no plano formativo focaliza-se a atuação de forma independente, e no plano laboral a ênfase é dada ao “cumprimento de ordens médicas” somando-se o fato de ter que substituir os médicos inclusive em situação de emergência. Contudo, a condição para sair da “subordinação” é adotar estratégias fundamentais como a de mudar o processo de formação rumo ao nível superior; lograr a superação dessa condição pela conquista de avanços no saber/cuidar; e, tratar de superar o condicionamento ao papel passivo de inserção por meio da “mobilização social”, cursando carreiras que não a de Enfermagem, mas que lhes outorga “Status Social”.

Essas estratégias básicas caracterizam um movimento de luta pela emancipação da mulher-profissional da área de Enfermagem, considerada na sociologia das profissões como carreira eminentemente femininas, e como consequência, marginalizadas e excluídas na tomada de decisões e privada de liberdade de atuação. Apesar de tudo isto, as (os) Enfermeiras (os) Parteiras e Enfermeiras de SMI avançaram e fortaleceram a vertente do saber próprio, mesmo que ainda de forma tímida e frágil, em busca do poder de reflexão e crítica sobre sua condição de cidadã (o) e de sua imagem e identidade profissional.

Entre inúmeras estratégias usadas pelas entidades governamentais para a implantação e implementação das políticas, destacamos a formação dos quadros específicos: de Enfermeiras de SMI e Técnicos de Cirurgia bem como da expansão da rede sanitária, que até então constituía maior desafio do governo representado pelo Sistema Nacional de Saúde. A garantia dos Serviços de forma gratuita aos grupos definidos como “grupos de maior vulnerabilidade”, a alfabetização às populações e o envolvimento da própria comunidade nas ações de

sensibilização e mobilização das populações no contexto de adesão aos serviços de saúde proporcionados pelo governo, foram também, estratégias que contribuíram positivamente.

Entre os marcos evolutivos apontados pelos resultados da pesquisa destacamos: a adequação das políticas de assistência conforme as condições sócio-econômicas e dos recursos humanos; a abrangência dos serviços preconizados pelo Programa Nacional Integrado/PF – PAV e SEA; a formação das Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil do nível médio e superior, assim como dos Técnicos de Cirurgia; enquanto no componente materno, a inclusão de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, ocorreu como um marco importante para o referido programa e inserção de Enfermeiras de saúde materno-infantil.

O impacto político e social dessas ações repercutiu positivamente, tanto no contexto quantitativo (cobertura das metas pré-estabelecidas), quanto no contexto qualitativo (melhoria da qualidade dos serviços prestados e investimentos na formação dos recursos humanos cada vez mais qualificados) em nível médio e superior. A abertura de mais instituições Superiores para formar pessoal da área de saúde, sobretudo os da Enfermagem, foi significativa. Neste caso, destaca-se a criação do Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), em 2004.

Quanto à situação social da população feminina, apesar de registrar uma evolução lenta, a condição atual, quando comparada com a anterior (anos 70 e 80), notam-se também, aspectos positivos quanto à sua capacidade intelectual, o que permitiu a integração da mulher no poder Legislativo e Administrativo do Estado, no mercado de trabalho formal, assim como, na “autonomia” de decidir sobre a sua saúde no contexto de saúde reprodutiva e sexual.

Na primeira década após a independência, apesar da mulher ter mostrado a sua capacidade e participação da luta para a conquista da independência nacional, mesmo com a Organização da Mulher Moçambicana (OMM) em 1983 a sua imagem social era limitada, e consistia apenas ao papel biológico de procriação e vida submissa à do homem.

Nos anos 80, (segunda década após independência), a mulher intensifica as ações programadas na década anterior pela OMM em prol da sua emancipação. Começa a notar-se a inserção da mulher no mercado de trabalho e no poder legislativo. Porém, com muitas limitações, pela sua condição sócio-cultural feminina de depender do marido e possuir nível baixo de escolaridade.

A partir dos anos 90 em diante, a agenda governamental enfatiza a abordagem de gênero e propicia a ampliação da participação da mulher no poder legislativo e administrativo.

Porém, a questão da classe feminina ainda é vista, tanto no contexto social como político, de forma discriminatória. Apesar da Constituição da República de um lado, consagrar os mesmos direitos para homens e mulheres trabalhadoras e a lei instituída defender o tratamento não discriminatório da mulher; de outro lado, a prática social e a legislação ordinária demonstram contradições ainda merecedoras, a rigor, de pesquisas que demonstrem evidências e permitam avançar nas conquistas das mulheres pela sua emancipação.

Acreditamos ainda, existirem traços evidentes da discriminação da mulher quer no sentido negativo como no “positivo”. Aqui, os críticos mais severos reconhecem como uma discriminação positiva o fato da criação do Ministério da Mulher, pois é de concordar também, que essa idéia preserva a situação de discriminação feminina, colocando-a no auge da vulnerabilidade e dependência. Assim, neste caso, entendemos que a questão prioritária não reside no fato da criação de uma instituição que aborde questões da mulher, mas sim, promover ações alusivas à inclusão da mulher e/ou atividades que contribuam para o desenvolvimento da mulher e do país no geral, tendo em conta a perspectiva do gênero com a inclusão do homem.

Portanto, a implantação e implementação das políticas para a Assistência a Saúde Materno-Infantil surgem como uma necessidade de englobar ações de caráter preventivo no componente assistencial da saúde de mulher e da criança. A Enfermagem foi considerada a

classe profissional indispensável para a implementação das ações que acompanharam e/ou acompanham a evolução dessas políticas. Porém, à sua inserção foi dada excluindo-a da fase de planejamento e de implantação favorecendo o caráter hegemônico da classe médica no que diz respeito a implantação, ou seja, a decisão das ações e/ou gestão do programa no geral. O Estado outorgava “supermacia” a classe médica que condicionava os profissionais da Enfermagem, como classe dominada ou grupo subalterno. Mais ainda, afetou o cumprimento pleno do programa, bem como a delegação de competências por não definir claramente os limites de nível de atuação das categorias envolvidas.

Como já nos referimos, acreditamos que a abrangência dos serviços do programa em benefício da saúde da mulher através da inclusão de questões como as de Saúde Sexual e Reprodutiva, Maternidade Segura, Cuidados Obstétricos Essenciais, assim como a formação dos profissionais da área de Enfermagem em diferentes níveis, desde o nível básico ao superior, foram os marcos em destaque e as conquistas de desenvolvimento. Contudo, levanta-se um questionamento, entendido como desvantagem e refere-se ao fato de alguns Cursos Superiores, como por exemplo de Enfermagem Pediátrica e de Enfermagem de Saúde Materna, serem de caráter técnico profissionalizante. Por isso, podemos dizer que os Cursos desse gênero deviam ser dirigidos e/ou privilegiados aos candidatos que são profissionais dessas áreas, não excluindo-os do processo de continuidade/progressão profissional e de ascensão social.

De modo geral e para facilitar a compreensão dos nossos leitores, apresentamos a síntese da evolução dos programas, a inserção da Enfermagem, a situação social da mulher moçambicana assim como as propostas governamentais diante da situação da saúde da Mulher como descrevemos anteriormente, nos quadros que seguem:

Quadro 5 - Evolução do Programa de Saúde Materno-Infantil e a Inserção da Enfermagem

Período	Programa	Objetivos	Inserção de Enfermagem
Década 70	Programa de Proteção Materno Infantil	Reduzir a mortalidade materna e infantil.	Assistência realizada por Parteiras e Parteiras Auxiliares
Década 80	Programa de Saúde Materno Infantil	Reduzir a morbimortalidade materna, infantil e a perinatal.	Ações assistências realizadas por Parteiras, Parteiras Elementares e Enfermeiras de Saúde Materno Infantil do nível básico; - Supervisão dos serviços de Saúde Materno Infantil, realizada por Enfermeiras de Saúde Materno- Infantil do nível básico coadjuvada por Médica Gineco-Obstetra e ou Técnico da Medicina Preventiva.
Década 90 em diante	Programa Nacional Integrado de PSMI/PF-PAV e SEA	Reduzir a morbimortalidade materna, infantil e juvenil assim como de crianças em idade escolar e adolescentes, promovendo as práticas necessárias para uma vida saudável, através de intervenções integradas, preventivas e curativas.	-Ações assistenciais realizadas por Parteiras, Parteiras Elementares e Enfermeiras de Saúde Materno Infantil do nível Básico e Médio; - Supervisão dos serviços de Saúde Materno Infantil, realizada por Enfermeiras de Saúde Materno Infantil do nível Básico, Média e do nível Superior, coadjuvadas por Médicas (os) Gineco-Obstetra; - Formação da Enfermeira de Saúde-Infantil do nível médio com Curso de Especialização em Ensino, Enfermeiras Licenciadas com título de Especialistas em Enfermagem Gineco-Obstétrica e Mestre em Enfermagem na área de Saúde da Mulher.

Quadro 6 - Evolução do Programa, Situação Social da Mulher e Estratégias governamentais

Período	Programa adotado	Situação Social da Mulher	Proposta governamental
Década 70	Programa de Protecção Materno-Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Papel da mulher se resumia apenas, pela dimensão biológica (procriação- mãe), dona de casa com competências de cuidados domésticos e obrigação de cuidar do marido. - Luta da mulher pela sua emancipação ideal delineando a partir da II conferência da OMM realizada em 1976. - Participação do trabalho voluntário de Cooperativização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do 1º grupo (Mulheres e Crianças) alvo dos cuidados básicos de saúde. - Campanha de alfabetização; - Formação de recursos humanos de saúde;
Década 80	Programa de Saúde Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Os hábitos sócio-culturais e económicos permaneciam colocando à condição desfavorável para a mulher. - Mulheres maioritariamente empregadas no setor agrícola e comércio informal, o que não dissocia a relação da mulher com os afazeres domésticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formação de pessoal de saúde específico para assistência a saúde da mulher e criança, (Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, todas do sexo feminino), - Incentivo a mulher a educação formal e inclusão no mercado de trabalho
Década 90 em diante	Programa Nacional Integrado de PSMI/PF-PAV - SEA	<ul style="list-style-type: none"> - A condição social da mulher começa a ganhar novos horizontes à luz da Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing-China, em Setembro de 1995; - Participação significativa da mulher no poder legislativo; - Continua a luta pela emancipação da mulher centrada na igualdade dos direitos incluindo os direitos sexuais e reprodutivos e a eliminação da discriminação e da violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formação do pessoal de saúde específico para assistência a saúde da mulher e criança, incluindo formação no nível superior e pós-graduação. - Abordagem de gênero e abertura para a participação da mulher no poder legislativo; - Incentivo a projetos de investigação sobre o desemprego feminino analisando as suas causas; - Implementação de projetos de educação e apoio a jovens/mulheres do ensino superior, com concessão de bolsas de estudo; - Concessão de créditos às populações de zonas rurais com prioridade para as mulheres.

As questões desafiantes apontadas pelo estudo mobilizaram-nos a apresentar idéias sugestivas voltadas para motivação e estabelecimento de iniciativas direcionadas para:

- Estabelecimento da Ordem Profissional para a classe de Enfermagem e de Associações de Especialistas em Enfermagem;
- Estabelecimento ou definição das atribuições específicas para os profissionais que atuam na área de Obstetrícia, destacando àquelas que competem a classe de Enfermagem. E, aquelas que são de média complexidade em que a Enfermeira de Saúde Materno-Infantil está autorizada a realizar, indicar onde e quando realizar⁶⁰, respeitando a especificidade e nível acadêmico-profissional;
- Implantação de Cursos Complementares para profissionais que atuam na Enfermagem dando privilégio os que atuam na docência e os que somam dois Cursos do mesmo nível (Enfermagem Geral e /ou Enfermagem de Saúde Materno Infantil do nível médio mais o Curso de Especialização em Ensino ou Curso de Gestão em Enfermagem);
- Articulação entre as três classes profissionais que atuam na área de Obstetrícia, para formalização das ações de cada classe profissional, determinando os limites de cada classe, respeitando as habilidades e limitações de cada grupo;
- Promoção de intercâmbios técnico-científicos de caráter nacional e internacional entre profissionais da mesma classe, assim como de outras classes que atuam na área da saúde em geral e de Enfermagem em especial;⁶¹
- Incentivar a ampliação de conhecimento técnico-científicos da classe de Enfermagem em busca de referenciais teóricos e metodológicos que sustentem seu saber/práxis profissional;
- Promover a organização de debates multiprofissionais com participação dos setores sociais e da gestão pública sobre os avanços e principais desafios da saúde e da Enfermagem no país e no mundo;
- Promover eventos técnicos científicos, político-sociais, integrando todos os elementos da equipe de saúde no processo de tomada de decisão a respeito da definição de protocolos de atuação interdisciplinar e específica que contribuam para melhoria da assistência, pesquisa, extensão disciplinar e ensino;
- Adotar medidas de motivação das profissionais da Enfermagem na realização e/ou participação de pesquisas orientadas para inovações científicas e tecnológicas.

⁶⁰ Pode-se assumir estudos sobre a adequação das competências estabelecidas pelo CIE e pelo ICM.

⁶¹ O ISCISA/Maputo iniciou em 2005 relações interinstitucionais ousando acordo e/ou convênio com a EEAN/UFRJ, em processo de consolidação.

BIBLIOGRAFIA

ACANDA, J. L. **Sociedade Civil e Hegemonia**. Tradução Lisa Stuart, Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ANDRADE, X.& SILVA, T. **Beyond Inequalities Women in Mozambique**. Maputo and Harare: CEA/FM/SARDC, 2000, 112 p.

António Gramsci: Sua Origem Disponível em www.wikipedia.com. Acesso em 21/06/2007.

AUCIELLO, N. **Socialismo e hegemonia in Gramsci e Togliatti**, Brai: De Donato, 1974, p. 107 e 119.

BARBARA, F. **Habermas e a Teoria da Modernidade Brasília: Casa das Musas ed.**, 2004

BIOÉTICA, 1996;4:15-25. **Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Decreto nº 93.9333 de 14 de Janeiro de 1987. (Texto de apoio)

BOBBIO, N. *Stato governo, società. Per una teoria generale della politica: Gramsci e la concezione de lla società civile*. Turim: Einauditi, 1985

BOLETIM da REPÚBLICA de Moçambique. **Criação dos Institutos Técnicos de Ciências Médicas Paramédicas** B.R; I Série, Número 71 de 19 de Junho de 1976, Conselho Ministerial: Decreto nº 25/76; Maputo, 1976.

_____. **Alteração da designação dos Institutos Técnicos de Ciências Médicas Paramédicas para Institutos de ciências de Saúde**. Decreto nº 15/78, de 19 de Outubro; Diploma Ministerial nº 98/87- BR; I Série, Número 37, 1987.

BOURDIEU, P. **Sociología e Cultura**. Cidade do México: Grijalbo, 1990.

_____. Elementos de uma teoria sociológica de la percepción artística. In: Silverman, A. et al. *Sociología del arte*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971.

BOURDIEU P. et al. **As Estratégias de Reconversão: as Classes Sociais e o Sistema de Ensino**, tradução de Maria Alice Machado de Gouveia, in: José Carlos Garcia Durand. **Educação e Hegemonia de Classe, As funções ideológicas da Escola**, Fundação Getulio Vargas. São Paulo: Zahar Editores, 1979.

BROCCOLI, A. **Antonio Gramsci e l' educazione come hegemonia**. Florença: La Nuova Itália, 1971, p. 139.

BROWNLEE, A. **Desenho e Implementação de Protocolos em Investigação em Sistema de Saúde**. Volume 2, IDRC.

BUCCI-GLUCKSMANN, C. *Gramsci e lo Stato. Per una teoria materialista della filosofia (1975)*. Roma: Riuniti, 1976, p. 63.

BUENO, E. S. R. de. **A competência comunicativa na Formação dos Estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade Nacional do Santa – Perú 2004**. Tese (Doutorado em enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

BUGALHO, A. M., **Perfil Epidemiológico, Complicações e custo do Aborto clandestino, Comparação com Aborto Hospitalar e Parto em Moçambique**. Maputo: MISAU, 1995.

BUSS, P. **Promoção de Saúde e qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000

CABAÇO, J. L. “Políticas de Identidade no Moçambique Colonial”. In: MAGGIE, Yvonne, RESENDE, Claudia Barcellos (org). **Raça como Retórica: a construção da diferença**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, 460 p.

CANCLINI, N. G. **Diferentes, desiguais e desconectados**. Tradução Luiz Sérgio Henriques. – 2 ed. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. **Ajuste, Estado e Políticas Sociais. Plataforma Política Feminista**. Aprovada na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. Brasília: 6 e 7 de junho de 2002.

Conferência mundial sobre a Mulher (IV), Beijing, China, 1995

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira (edição revista e ampliada), 1999, 320 p.

COUTINHO, C. N. & TEIXEIRA, A. P. **Ler Gramsci, entender a realidade. “international Gramsci society”**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CUCHE, D. **La noción de cultura en las ciencias sociales**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

CZERESNIA, D. *The concept of health and the difference between promotion and prevention*. “**Cadernos de Saúde Pública**”, 15 (4): 701-710, 1997 (Texto).

CZERESNIA, D. & FREITAS C.M.de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DEL R. M. **Gramsci e a emancipação do subalterno**. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 29, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jan. 2009. doi: 10.1590/S0104-44782007000200006

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 3ª ed. S. Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Participação é uma conquista: Noções da Política Social Participativa**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____, 1891-1937. **Concepção Dialética da História** Tradução de Carlos Nelson Coutinho; 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. 352p.

Edward, S. *The concept and function of ideology*. *Encyclopedia of the social Sciences*, V. 7, 1968.

EAGLETON, T. **Ideologia uma introdução**. Tradução Silvina Luia Carlos Brges. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista/Editora Biotempo, 1997.

FERREIRA, M. de A. **A prática de Ciência e da Arte de Cuidar e as Exigências à Produção e difusão do Conhecimento**. In Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Universidade Federal do Rio de Janeiro,, V. 12, n.2, p.205, Rio de Janeiro: EEAN/UFRR. jun, 2008.

FORUM MULHER. **Políticas da Desigualdade. Primeiros elementos para uma avaliação das políticas e programas de Género do governo e ONGs após Beijing, 1995-1999**. Relatório Final. Moçambique-Maputo, 2000.

FRELIMO. **Relatório do Comité Central ao IV congresso**, Maputo, 1983

GALLINO, L. **Dicionário de Sociologia**. Tradução de José Maria de Almeida. São Paulo: Paulus, 2005.

GUARESCHI, N. **Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência**. In *Violência, Género e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Ed. EDIPUCRS, 2004

GILL, S. (org.). **GRAMSCI: materialismo histórico e relações internacionais**. Tradução Dinah de Abreu Azevedo. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

_____. *Gramsci, Historical Materialism and International Relations*. Cmbridge Inglaterra; Cabridge University Press, 1993.

_____. *Quaderni del carcere: edição crítica de Valentin Gerratana*. Turin, Einaudi, 1977

GILL. *Gramsci, modernità e globalizzazione*. In: Giuseppe Vacca (org). Gramsci e il novecento, Roma: Carocci, 1999, 2 V. (cit, V. 1).

GRAMSCI, A, 1891-1937. **Caderno do Cárcere. volume 1: Introdução ao Estudo de Filosofia. A Filosofia de Benedito Croce**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, 192 p.

GRIMSON, A. **Tram(p)as de la comunicaci3n y la cultura**. Buenos Aires: Universidad de la Plata, 2003.

_____. **Elementos de uma teoria sociológica de la percepci3n artística**. In: Silverman, A. et al. Sociologia del arte. Buenos Aires: Nueva Visi3n, 1971.

GRUPPI, L. **O Conceito de Hegemonia em Gramsci**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; 2ª ed. Rio de Janeiro: Ediç3es Graal, 1978. 143 p.

_____. **II Concetto di egemonia. In: Prassi rivoluzionaria e storicismo in Gramsci. Critica Marxista**, Quaderni n. 3, 1967; idem. **II concetto di egemonia em Gramsci**. Roma: Riuniti, 1972.

IMPELEMAREBO, G. **Manual de Metodologia de Investigação Científica**. 1ª ed. Maputo: Spectrum Graphics Lda, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). **Estatística básica: Quantos Somos**. Maputo: Oficinas Gráficas do INE, 2002.

_____. **Estatística básica: Quantos Somo**. Maputo: Oficinas Gráficas do INE, 2004

_____. **Anuário**. Maputo: Oficinas Gráficas do INE, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA & MISAU. **Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde**. Maputo: Oficinas Gráficas do INE, 2003, 354p

JOHNSON, A. G. **Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editor, 1997

JOHN, B. T. *Studies in the Theory of Ideology*. Cambridge: Policy Press, 1984, 347 p.

KONDER, L. **O que é dialética**; 28ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1998

LAKATO, Eva Maria & MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**: 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LARAIA, R.de. **Cultura: um conceito Antropológico**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2006, 120 p.

LASKY, M. J. **Banalisation du concept de culture. Commentaire**, v. 26, No. 102, até 2003.
LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de Pesquisa na Saúde**. 2ª ed. Florinópolis: Pallott; 2002.

LIBARDONI, M. IN: AGENDE/SEDIM. **Direitos Humanos das mulheres**. AGENDE, Brasília, 2002.

LIBOMBO, Aida. **Estratégias para Redução da Mortalidade Materna e Perinatal**. 1ª ed. Maputo: FNUAP, 2001

LOPES, F. **Saúde Ambiental e Gravidez**. Lisboa: Edições Aldeia Gráfica.2002.

LOURENÇO, M. A. **Representação Socioculturais e designação Metacognitiva em Aprendizagem Bilingue (Lingua Tchuabo e Português); Implicações para o ensino Fundamental em Moçambique**. 2005, 242f. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

MARTINS, C. A. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiânia: (dês) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal.** Tese (Doutorado) em Enfermagem Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 5ª ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

_____. **Plano de Acção para a Redução da Mortalidade Materna. Edição, informação e distribuição: Coordenação Materna Infantil – COMIN,** Brasília: 1995

_____. **PESQUISA SOCIAL. Teoria, métodos e criatividade.** 23ª ed. Petrópolis: Editora vozes, 2004. 80p.

_____. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2006, 406p.

MINISTÉRIO da SAÚDE. **Manual dos Comitês da Mortalidade Materna;** Brasília, 1994

_____, **Programa de Maternidade Segura. Repartição de Saúde Familiar.** Maputo: MISAU, 2005.

_____, **Strategies for the Reduction of Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality.** I colection, Maputo: Graphissimo, 2001.

_____, **Programa Nacional Integrado de SMI/PF – PAV – SEA;** Maputo: MISAU, 1997.

_____, **Revisão de Mortes Maternas em Moçambique.** Maputo: DSC, 1999.

_____, **Regulamento de Carreiras Técnico-Profissionais de Saúde.** Diploma Ministerial nº5/85 de 09 de Outubro. Maputo: MISAU, 1985.

_____, **Caracterização técnica, enuciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS** Diploma Ministerial nº 127/2002. Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique, 2002

MOCUMBI, P. **Manual de Consulta Pré-Natal.** Maputo: MISAU, 1984.

MONAL, I. **Gramsci, a sociedade civil e grupos subalternos.** In Carlos Nelson Coutinho e Andréa de Paula Texeira. **Ler Gramsci, entender a realidade.** *Internacional Gramsci Society.* Rio de Janeiro: civilização brasileira, 2003.

MOÇAMBIQUE. **Constituição da República Popular de Moçambique.** Maputo: Imprensa Nacional, 1975.

_____. **Constituição da República Popular de Moçambique.** Maputo: Imprensa Nacional, 1977

_____. **Constituição da República de Moçambique.** Maputo: Imprensa Nacional, 1990

_____. **Constituição da República de Moçambique**; Suplemento ao boletim da República, 1ª série, Nº 44, 1ª ed. Imprensa Nacional de Moçambique. Maputo: Imprensa Nacional, 1990

_____. Constituição (2004) **Nova Constituição da República de Moçambique**. Disponível em: <http://www.mozambique.mz/pdf/constituicao.pdf>. acesso em 14 de jun.2006.

_____. **1º relatório Nacional Sobre a Convenção para Eliminação de Todas Formas de Discriminação contra Mulher**. Maputo: MASM, 2003

_____. **Lei da socialização da Medicina**; portaria nº 395/77-A, de 01 de Novembro e Lei nº 02/77, de 27 de Setembro. Maputo: MISAU, 1977.

_____. **Relatório do Comité Central ao IV Congresso do Partido Frelimo**. 1ª ed. Maputo: Instituto Nacional do Livro e Disco, 1983.

NHARELUGA, R.S. **O GOVERNO ELECTRÔNICO EM MOÇAMBIQUE: Uma reflexão sobre políticas públicas de informação**. 2006, 210f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Informação), Universidade Federal Fluminense/Instituto Brasileiro de Informação em Ciências e Tecnologia (UFF/IBICT); Rio de Janeiro, 2006.

NOGUEIRA, M. A. **Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial**. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 52, June 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-69092003000200010.

OLIVEIRA, R. D. de. **Conferência Mundial sobre a Mulher; 1995**, Beijing. ONU. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

ORTNER, Sherry. Introdução. In: Bourdieu (Org). **The fate of Culture. Geertz and Beyond**. Los Angeles, University Of California Press, 1999.

PNUD. **Moçambique, Paz e crescimento económico: oportunidades para o desenvolvimento humano**. Relatório Nacional de Desenvolvimento humano. Maputo, 1998.

RUA, M. G. de . **A Política Industrial no Brasil 1985-1992: Políticos, Burocratas e Interesses Organizados no Processo de Policy-Making** in Planejamento e Políticas Públicas, Nº12, jul-dez 1995.

Quem foi o António Gramsci. Disponível em <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.gramsci.html> Acesso em 21/06/2007.

POULANTZAS, N. *Potere politico e classi sociali*. Roma. Riuniti, 1975, p. 287.

ROZENBERG, J. E. **Gestão Pública e cidadania: metodologias participativas em ação**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.31, nº 4 jul./ago. 1997

SABROZA, P. C. **Saúde Pública: Procurando os limites da crise**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1994.

SADC . **Monitorando a implementação dos compromissos assumidos em Beijing pelos Estados Membros da SADC.** Maputo/Harare: CEA/FM/SARDC, 1999.

SEN, A. **A condição das mulheres e a mudança social. Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Cia das Letras, 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia de Trabalho Científico.** 22ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

SILVA, G. R. Da. **Origens da medicina Preventiva como disciplina do ensino médico.** (Texto) Fac. Med. São Paulo, 1973.

SILVA, T. da & ANDRADE, X. **Para Além das desigualdades: A Mulher e Moçambique.** Maputo e Harare: 2000, 118p.

SIMIONATTO, I. **Sociedade Civil e democratização dos espaços Público: uma análise das experiências brasileira.** Disponível : em :<http://www.ces.fe.uc.pt/lab2004/pdfs/IveteSimionatto.pdf>. Acesso em 07/01/2009.

_____, **O Social e o Político no Pensamento Gramsciano.** Disponível :<http://www.ces.fe.uc.pt/lab2004/pdfs/IveteSimionatto.pdf>. Acesso em 16/01/2009.

SOUZA, K. V. **Saúde da Mulher e seus Desafios Sexuais e Reprodutivos em um “Círculo de Cidadania”.** 2005, 265f, Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro. 2005.

SUBUHANA, C. **A Circuncisão como Rito de Passagem na Problemática da Cultura Moçambicana:** os casos da cultura Yao e da Igreja Católica (inculturação). 2001 Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia), IFCS/UFJR, 2001.

SARTRE, P. **Crítica da Razão Dialética: precedido por questões de Método e Teorias de Conjuntos Práticos.** Tradução de Guilherme João de Freitas Texeira.; edição brasileira de Gerd Bornhein, Rio de Janeiro: DP&A editora, 2002.

TAMBURRANO, G. *Studi gramsciani. Atti del convegno di studi gramsciano (Roma 11-13 gennaio 1958).* 2ª. ed. Roma: Riuniti, 1973, p. 277.

TENÓRIO, f. G. **O mito da participação.** *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, nº 3, maio/jul. 1990.

The World Bank. **Engendering Development: Through gender equality in rights, resources and voice.** Washington, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas,1987.

TYRRELL, M.A.R. **Programas Nacionais de Saúde Materno – Infantil: impacto político social e inserção de enfermagem.** Tese (doutorado em enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal o Rio de Janeiro, 1994.

TYRRELL, M.A.R & CARVALHO, V. Programas Nacionais de Saúde Materno – Infantil: impacto político social e inserção de enfermagem, 1995.

TOGLITTI, P Togliatti. *II leninismo nel pensiero e nell'azione di A. Gramsci*. (Appunti, 1958) In: idem scritti su Gramsci. Org. por Guido Liguori. Roma. Riuniti, 2001, p. 232.

WEBER, M. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen** , vol.2. São Paulo: Editora UBN-imprensa oficial, 2004.

ZARÁTE, P. “A gestão e a competência” In: **seminário Internacional Educação Profissional. Trabalho e Competência**. RJ. 28/29 de Novembro de 1996, SENAI/DN.CIET: 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I

Gostaria de lhe pedir para falar de tudo quanto sabe sobre a assistência à saúde Materna em Moçambique independente, enfatizando:

- a) como foi a assistência?
- b) Que programas de fato, foram implementados pelo Sistema Nacional de Saúde para a assistência á Saúde Materna, nesse período?
- c) Quais foram as principais mudanças que ocorreram entre os diferentes modelos/programas de assistência à saúde Materna ao longo desse período?
- d) Como se deu a inserção da Enfermagem na implantação e implementação desses Programas?
- e) Qual foi o impacto dos programas de assistência à saúde materna e;
- f) Qual foi a filosofia e/ou estratégia usada para a implantação e implementação dos programas;

Parte II

Dados pessoais:

- 1 - Idade:
- 2 - Sexo:
- 3 - Escolaridade:
- 4 - Cargo de liderança ocupado no período:
- 5 - Experiência profissional:
- 6 - Função actual:

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezadas (os) senhoras (es)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Programas de assistência a Saúde Materna em Moçambique: Marcos Evolutivos e a Inserção de Enfermagem”, cujos objetivos se resumem em:

- **Descrever os Programas de Assistência á Saúde Materna adotados pelo Sistema Nacional de Saúde em Moçambique Independente;**
- **Analisar a inserção da Enfermagem na implantação e implementação dos Programas direcionados à Saúde Materna em Moçambique Independente;**
- **Discutir os movimentos e as estratégias adotadas pela Enfermagem na implantação e implementação das políticas públicas direcionadas à saúde materna.**

E, para satisfazer os objetivos propostos torna-se indispensável fazer o levantamento de dados. Nesse sentido, optamos pela aplicação de uma entrevista individual como instrumento que melhor operacionalizará a nossa pesquisa. Por isso, vimos através desta, solicitar a sua livre e espontânea participação, assegurando a preservação do seu anonimato e de qualquer uso de sua informação capaz de criar algum tipo de constrangimento. Antecipadamente agradecemos e respeitamos a sua compreensão e livre decisão para participar ou não da pesquisa.

Maputo, Março de 2007

Pesquisadora :

Maria Acácia Ernesto Lourenço

(Doutoranda em Enfermagem – EEAN/UFRJ)

Orientadora da Pesquisa:

Maria Antonieta Rubio Tyrrel

(Professora Doutora-EEAN/UFRJ)

Endereço: Av. Valdeemin Lenin, 1156, 9^o andar flat 3
Telefone 307899-Maputo

Entrevistada(o) _____ Data _____ / _____ /200__

APÊNDICE 3

AGRUPAMENTO DAS FALAS COMUNS DO GRUPO A (Sujeitos sem cargo de chefia e ou que chefiaram até o nível Distrital)

CÓDIGO	UNIDADE TEMÁTICA	Frequencia da repetição	
		F/N	%
Maputo	De lá para cá a assistência foi mais abrangente	03	4,8
Gaza	Nos primeiros anos a assistência estava centrada no parto	04	6,3
Inhambane	Falta de conhecimento sobre o programa e a importância da assistência	03	4,8
Sofala	Falta de Unidade Sanitária	0	0
Manica	Estratégia centrada na formação, Divulgação, mobilização e envolvimento comunitário	13	20,6
Tete	Alguns hábitos culturais como factores contribuintes na condição desfavorável feminina	04	6,3
Zambézia	Mudanças registradas na atitude populacional, profissional e nos indicadores sanitários	16	25,4
8- Nampula	Falta de documentos escritos como factor que contribui na pobreza da história de Enfermagem	06	9,5
Cabo Delgado	Programa de Saúde Materno-Infantil que evolui e foi agregando mais componentes de assistência	06	9,5
Niassa	Programa de Protecção Materno Infantil como o primeiro a ser implementado nos primeiros anos da independência	01	1,6
Maputo-Cidade	Inserção da Enfermagem apenas na implementação	06	9,5
Beira	Falta de liberdade de expressão manifestada por medo de desenvolver o assunto	01	1,6
TOTAL		63	99,9 = 100

APÊNDICE 4

AGRUPAMENTO DAS FALAS COMUNS DO GRUPO B (Sujeitos que chefiaram até o nível Provincial e ou da Cidade)

CÓDIGO	UNIDADE TEMÁTICA	Frequencia da repetição	
		F/N	%
1- Maputo	De lá para cá a assistência foi mais abrangente	0	0
2- Gaza	Nos primeiros anos a assistência estava centrada no parto	01	2,5
3- Inhambane	Falta de conhecimento sobre o programa e a importância da assistência	0	0
4- Sofala	Falta de Unidade Sanitária	01	2,5
5- Manica	Estratégia centrada na formação, Divulgação, mobilização e envolvimento comunitário	11	27,5
6- Tete	Alguns hábitos culturais como factores contribuintes na condição desfavorável feminina	02	5
7- Zambézia	Mudanças registradas na atitude populacional, profissional e nos indicadores sanitários	12	30
8- Nampula	Falta de documentos escritos como factor que contribui na pobreza da história de Enfermagem	01	2,5
9- Cabo Delgado	Programa de Saúde Materno-Infantil que evolui e foi agregando mais componentes de assistência	05	12,5
10- Niassa	Programa de Protecção Materno Infantil como o primeiro a ser implementado nos primeiros anos da independência	02	5
11- Maputo-Cidade	Inserção da Enfermagem apenas na implementação	04	10
12- Beira	Falta de liberdade de expressão manifestada por medo de desenvolver o assunto	01	2,5
TOTAL		40	100

APÊNDICE 5

AGRUPAMENTO DAS FALAS COMUNS DO GRUPO C (Sujeitos que chefiaram até a nível Central)

CÓDIGO	UNIDADE TEMÁTICA	Frequencia da repetição	
		F/N	%
1- Maputo	De lá para cá a assistência foi mais abrangente	0	0
2- Gaza	Nos primeiros anos a assistência estava centrada no parto	04	6
3- Inhambane	Falta de conhecimento sobre o programa e a importância da assistência	02	3
4- Sofala	Falta de Unidade Sanitária	04	6
5- Manica	Estratégia centrada na formação, Divulgação, mobilização e envolvimento comunitário	12	17,9
6- Tete	Alguns hábitos culturais como factores contribuintes na condição desfavorável feminina	07	10,4
7- Zambézia	Mudanças registradas na atitude populacional, profissional e nos indicadores sanitários	21	31,3
8- Nampula	Falta de documentos escritos como factor que contribui na pobreza da história de Enfermagem	01	1,5
9- Cabo Delgado	Programa de Saúde Materno-Infantil que evolui e foi agregando mais componentes de assistência	04	6
10- Niassa	Programa de Protecção Materno Infantil como o primeiro a ser implementado nos primeiros anos da independência	0	0
11- Maputo-Cidade	Inserção da Enfermagem apenas na implementação	12	18
12- Beira	Falta de liberdade de expressão manifestada por medo de desenvolver o assunto	0	0
TOTAL		67	100,1 = 100

APÊNDICE 6

AGRUPAMENTO DAS FALAS COMUNS – RESUMO GERAL

Código	UNIDADE TEMÁTICO	Frequencia das repetições							
		Grupo A		Grupo B		Grupo C		Total	
		FN	%	FN	%	FN	%	F	%
1- Maputo	De lá para cá a assistência foi mais abrangente	03	4,8	0	0	0	0	03	2
2- Gaza	Nos primeiros anos a assistência estava centrada no parto	04	6,3	01	2,5	04	6	09	5,2
3- Inhambane	Falta de conhecimento sobre o programa e a importância da assistência	03	4,8	0	0	02	3	05	3
4- Sofala	Falta de Unidade sanitária	0	0	01	2,5	04	6	05	3
5- Manica	Estratégia centrada na formação, Divulgação, mobilização e envolvimento comunitário	13	20,6	11	27,5	12	17,9	38	22,0
6- Tete	Alguns hábitos culturais como factores contribuintes na condição desfavorável feminina	04	6,3	02	5	07	10,4	13	7,6
7- Zambézia	Mudanças registradas na atitude populacional, profissional e nos indicadores sanitários	16	25,4	12	30	21	31,3	49	28,4
8- Nampula	Falta de documentos escritos como factor que contribui na pobreza da história de Enfermagem	06	9,5	01	2,5	01	1,5	8	5
9- Cabo Delgado	Programa de Saúde Materno-Infantil que evolui e foi agregando mais componentes de assistência	06	9,5	05	12,5	04	6	15	9
10- Niassa	Programa de Protecção Materno Infantil como o primeiro a ser implementado nos primeiros anos da independência	01	1,6	02	5	0	0	03	2
11- Maputo-Cidade	Inserção da Enfermagem apenas na implementação	06	9,5	04	10	12	18	22	12,8
12- Beira	Falta de liberdade de expressão manifestada por medo de desenvolver o assunto	01	1,6	01	2,5	0	0	02	1,1
TOTAL		63	99,9=100	40	100	100	100,1=100	172	100,1=100

ANEXOS