

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS

HT-69

DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

Avaliação da Política Sanitária em Moçambique pós-independência, 1975 - 1987:
Um estudo de Caso Sobre as Aldeias Comunais em Mutarara

(Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para
obtenção do grau de licenciatura em História da Universidade Eduardo Mondlane)



04

Renato Augusto Pereira

F. LETRAS U.E.M.	
R. E.	26/95
DATA	11/ Maio 1998
AQUISIÇÃO	DATA
COTA	HT-69

Maputo, 30.04.97

614 (679)
P436 a

SUMÁRIO

RESUMO	
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. A política de saúde no período colonial, 1945 - 1974.	07
1.1. A legislação sanitária. -----	07
1.2. A acção dos Serviços de Saúde na Mutarara. -----	11
1.3. A experiência sanitária da Frelimo. -----	15
CAPÍTULO 2. As reformas sanitárias em Moçambique após a independência.	20
2.1. A política do Governo em relação aos cuidados de saúde primários, 1975 - 1977 -----	20
2.1.1. A nacionalização das instituições sanitárias privadas. -----	21
2.1.2. A democratização e colectivização das estruturas sanitárias.	23
2.1.3. A medicina preventiva -----	25
2.1.4. A socialização da medicina -----	31
2.1.5. Medicamentos -----	32
2.1.6. A medicina tradicional -----	34
2.2. Factores que determinaram a política sanitária -----	36
CAPÍTULO 3.	38
Mutarara, 1978 - 1987: assistência sanitária e a guerra.	
3.1. A formação das aldeias comunais -----	38
3.2. A assistência sanitária nas aldeias comunais -----	44
3.3. A guerra: causas e dinâmica -----	48
3.4. Efeitos da guerra na saúde -----	57
CONCLUSÃO	63
BIBLIOGRAFIA:	
- notas	66
- fontes consultadas	
ANEXOS: mapas	

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãos e aos meus familiares, à Amina Saïbo pelo amor.

DECLARAÇÃO

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada, na sua essência para obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o resultado da minha investigação estando indicada no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi difícil, mas tornou possível mercê a contribuição prestimosa dada pelos docentes do Departamento de História durante a minha formação bem como dos valiosos apoios concedidos pelo pessoal dos diversos serviços de documentação.

Assim, os meus agradecimentos vão para todos os docentes, em particular, ao meu supervisor, Dr. João Paulo Borges Coelho pelo esforço, saber e dedicação e ao Dr. David Hedgges pelos seus conselhos.

Igualmente, agradeço à todo o pessoal do Arquivo Histórico de Moçambique, do Centro de Documentação da Universidade Eduardo Mondlane, do Centro de Estudos Africanos e do Centro de Documentação do Ministério da Saúde em especial, ao Bibliotecário, Sr. Santos, pela sua disponibilidade.

RESUMO

O tema procura mostrar as medidas sanitárias tomadas pelo então governo da Frelimo no período pós-independência, tomando em linha de conta a fome e a guerra que afectou a população do distrito de Mutarara.

O sistema de saúde criado em Moçambique após a independência, herdou uma estrutura sanitária caracterizada por uma discriminação racial, económica e geográfica. Esta estrutura desfavoreceu grande parte da população rural em relação aos cuidados de saúde primários.

Para garantir o maior acesso das populações rurais aos cuidados de saúde primários, o então governo da Frelimo, definiu uma política sanitária a qual se adequava ao Projecto de formação de aldeias comunais onde seriam colocados os agentes polivalentes elementares de saúde. Na Mutarara, foram formadas nove aldeias comunais entre 1978 e 1979, e os cuidados de saúde primários foram feitos através dos apoios concedidos pelas estruturas sanitárias distritais que eram caracterizados por visitas periódicas de trabalhadores de saúde.

A política sanitária, assentava na experiência das práticas sanitárias nos princípios sobre os cuidados de saúde primários aprovados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) bem como na orientação política seguida por Moçambique depois da independência. O governo visava construir um sistema de saúde socialista.

Mas os conflitos e as contradições surgidas entre as populações durante o processo de desenvolvimento das aldeias comunais inviabilizaram a materialização dos objectivos preconizados pela política sanitária. Esta situação foi agravada pela fome e guerra, que tornaram o Estado mais incapaz de prover apoios sanitários às aldeias comunais.

INTRODUÇÃO

Mutarara é um distrito, situado a Sudeste da província de Tete. Limita ao Norte com o distrito de Moatize e a República do Malawi; ao Sul com o distrito de Caia da província de Sofala através do rio Zambeze; a Este com os distritos de Mopeia e Morrumbala da província da Zambézia, através do rio Chire e a Oeste, com os distritos de Chemba e Tambara, das províncias de Sofala e Manica respectivamente, através do rio Zambeze.

Nos períodos de 1976/77 e 1978/79, o número de habitantes em Mutarara era estimado em 130.329 e 144.000 respectivamente. Este número, no período de 1995/96 aumentou para cerca de 200.000 habitantes. Assim, esta população segundo o quadro abaixo estava distribuída da seguinte forma:

	LOCALIDADES	HABITANTES - ANO		
		1976/77	1978/79	1995/96
01	Nyamayabue	29.415	-----	43.084
02	Inhangoma	50.508	-----	54.120
03	Charre	23.334	-----	53.146
04	Dôa	27.572	-----	75.822

Fonte: CNCS, 2ª reunião, 1977: 17; CNCS, 5ª reunião, 1979: 32. Entrevista: David Manhacha, 1996 (Administrador do distrito).

A superfície total do distrito é de 6.384km², e a densidade populacional actual é de 35 habitantes por quilómetro quadrado. A população é constituída maioritariamente pelo grupo étnico Sena, mas de origens diversas, podendo-se

encontrar, embora em menor número, outras etnias tais como Nhúngué e Chuabos cuja fixação foi, de certo modo, estimulada pela guerra. No entanto, a constituição da linha férrea Beira - Moatize atraiu importantes contingentes do grupo étnico Sena à Mutarara, que depois foram fixados em alguns aldeamentos durante a guerra colonial (sobretudo nos situados junto à linha).

Mutarara, constitui uma região que é caracterizada por um clima quente e húmido e a vegetação é de Savana. A pluviosidade média varia entre 600 a 800 milímetros (mm). A população pratica a agricultura de subsistência.

A alimentação base da população de Mutarara era constituída por milho, mapira, mexoeira, feijão e amendoim. Esses produtos servem de alimentação básica produzida pelas próprias populações sendo completado com outros produtos adquiridos pelo comércio, nomeadamente, arroz, óleo, sal, açúcar e outros. As hortícolas tais como tomate, repouho e cebola são consumidos em pequena escala. Utilizam também abóbora, pepinos, melancias e batata-doce. Assim, estes produtos são associados aos principais incluindo, de certo modo, a carne, o peixe que é apanhado pelas populações na ribeira do Zambeze. Desta feita, a alimentação das populações se tornava equilibrada ao serem consumidos produtos provenientes dos cereais, carnes e legumes.

O presente trabalho tem como título "Avaliação da Política Sanitária em Moçambique Pós-independência, 1975 - 1987: Um Estudo de Caso Sobre as Aldeias Comunais na Mutarara"

Relativamente às balizas cronológicas, foi escolhido o ano de 1975 porque constitui o momento em que se inicia a revolução sanitária com a promulgação da lei 5/75 sobre a nacionalização da medicina abolindo as clínicas e consultórios privados,

condição fundamental para os serviços de saúde como um "direito do povo". Enquanto que o ano de 1987, constitui o ano em que o distrito de Mutarara foi recuperado pelo exército zimbabweano, no quadro do conflito com a Renamo, recentemente terminado. Essa ocupação durara aproximadamente seis meses e culminou com a destruição total da rede sanitária existente.

A escolha do tema deveu-se ao facto de haver poucos estudos sobre a matéria, pois os estudos realizados não abordam de forma exaustiva o impacto da política sanitária em Moçambique pós-independência, em particular nas aldeias comunais nem tomam em consideração o factor guerra, que se iniciou em 1976 na região central de Moçambique e alastrou-se posteriormente por todo o país, atingindo o distrito de Mutarara entre finais de 1982 e princípios de 1983.

O tema procura mostrar as medidas sanitárias tomadas pelo então governo da Frelimo no período pós-independência, tendentes a garantir o maior acesso das populações rurais aos cuidados de saúde primários numa perspectiva de desenvolvimento económico e social do país, contrariando a situação herdada no período colonial que se traduzia em discriminação racial, económica e geográfica.

A discriminação geográfica era manifestada entre os grandes centros urbanos e as zonas rurais. Isto significa que a concentração de estruturas sanitárias ocorria de forma acentuada em cidades tais como Maputo, Beira e Nampula em detrimento dos distritos, localidades e até das restantes capitais provinciais, uma vez que a fixação de colonos portugueses nessas regiões era demasiadamente reduzida. Assim, as populações rurais ficavam desprovidas de cuidados de saúde primários.

Porém, com a independência de Moçambique, ocorrida a 25 de Junho de 1975, a Frelimo chegou ao poder e estabeleceu como um dos objectivos a atingir o de

introduzir reformas na área da saúde inspirando-se das experiências adquiridas nas zonas libertadas

Mas, os fundamentos da acção sanitária da Frelimo adquiridos durante a luta de libertação nacional seriam adequadas à nova realidade do país numa dimensão nacional, se se tomar em linha de conta a exiguidade de recursos quer materiais quer humanos?

Por outro lado, até que ponto a criação e formação das aldeias comunais seriam essenciais se se tomar em consideração que elas representavam um foco de conflitos e contradições entre as populações? E, que reformas deveriam ser feitas no sector de saúde que pudessem ultrapassar a situação herdada no período colonial?

Para responder a estas questões é preciso identificar, por um lado, o carácter e as prioridades dadas pela Frelimo ao sistema de saúde nas zonas libertadas e, por outro, analisar a herança do sistema de saúde colonial de forma a visualizar-se a dimensão da revolução que foi imprimida no período pós-independência na perspectiva de formação de aldeias comunais inseridas no contexto do desenvolvimento rural.

Consequentemente, os objectivos gerais deste trabalho são: caracterizar o sistema de saúde colonial comparando-o com as experiências sanitárias das "zonas libertadas" da Frelimo; descrever e analisar as reformas da saúde em Moçambique pós-independência e determinar o contexto da importância e o papel das aldeias comunais em relação à saúde. Por isso, o trabalho apresenta a seguinte estrutura:

Cap.1. A Política Sanitária no Período Colonial, 1945 - 1974

1.1. A Legislação Sanitária

1.2. Acção dos Serviços da Saúde em Mutarara

1.3. A Experiência Sanitária da Frelimo

Este Capítulo tem como objectivo fazer uma comparação dos dois sistemas de saúde, nomeadamente o das zonas libertadas e o das zonas "coloniais", tomando em consideração as condições sociais das populações.

Cap.2. As Reformas Sanitárias em Moçambique Pós-independência..

2.1. A Política do Governo em Relação aos Cuidados de Saúde, 1975-1977

2.1.1. A Nacionalização das Instituições Sanitárias Privadas

2.1.2. A Democratização e Colectivização das Estruturas sanitárias

2.1.3. A Socialização da Medicina

2.1.4. A Medicina Preventiva

2.1.5. Medicamentos

2.1.6. A Medicina Tradicional.

2.2. Factores que Determinaram a Política Sanitária.

Neste Capítulo, procuro descrever as reformas da saúde registadas no pós-independência, identificando os factores que concorreram para a determinação do carácter da política sanitária.

Cap. 3. Mutarara, 1978 - 1987: Assistência Sanitária e Guerra

3.1. Formação das Aldeias Comunais

3.2. Assistência Sanitária nas Aldeias Comunais

3.3. Guerra: causas e dinâmica

3.4. Os efeitos da Guerra na Saúde

Neste capítulo, procura-se determinar o papel das aldeias comunais na assistência sanitária às populações, tomando em consideração os efeitos da guerra na saúde.

No espaço reservado às conclusões, procuro evidenciar os factores que determinaram a natureza da política sanitária assim como aqueles que concorreram para a sua inviabilização, colocando as populações cada vez mais vulneráveis às doenças.

Finalmente, apresento uma lista bibliográfica de fontes consultadas, as quais tornaram possível a elaboração deste trabalho, bem como anexos constituídos por mapas com a finalidade de tornar mais claro o meu argumento.

CAP.1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL, 1945 - 1974

1.1 A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA

Para abordar este assunto, logo impõe, de certo modo, o conhecimento sobre os primeiros contactos e a fixação definitiva dos portugueses na então província de Moçambique de forma a entender os factores que concorreram para a criação dos serviços de saúde e assistência e posteriormente sua evolução tomando em consideração obviamente, os objectivos do regime político implantado na época.

Pêro de Covilha estabelece contactos com as populações locais em 1489 na então região de Moçambique ao proceder um inquérito sobre o tráfego e navegação relacionados com a Índia e África que culminam com a realização da viagem de Vasco da Gama para a Índia em 1498. Nesse período, começa a processar-se uma fixação crescente de portugueses em Moçambique, precedida pelo estabelecimento de contactos de carácter definitivo entre Vasco da gama e as populações locais que encontrava ao longo da costa de Moçambique na medida que ia tomando a sua rota alcançando, Inhambane, o sul da Zambézia e a Ilha de Moçambique ao norte.

A fixação foi gradual a qual ocorrera imediatamente ao longo do litoral e depois direccionada para o interior mercê a ância de aventura manifestada pelos portugueses. E os portugueses que iam se fixando no território Moçambicano beneficiavam nessa altura de uma assistência sanitária?

A assistência sanitária prestada a esses colonos portugueses era realizada pelos, barbeiros-sangradores, missionários, fisicos e médicos, que pouco a pouco iam

chegando na medida em que se processava a fixação das populações portuguesas (1). Contudo não se pode afirmar categoricamente, que neste período já haviam sido criados os Serviços de Saúde pois, segundo Lourindo a sua criação não ocorrera senão, em 1844 com a promulgação do Decreto de, 14 de setembro o qual era considerado como sendo o primeiro Diploma que visava conhecer o estado de saúde para fazer face as doenças tropicais nas então, Províncias ultramarinas inclusive, Moçambique. Mesmo assim, essa argumentação não convenceu Tertuliano ao indicar o ano de 1868 como sendo a data mais adequada para precisar a criação dos Serviços de Saúde oficiais e públicas de Moçambique com a criação do lugar chefe dos Serviços de Saúde que tornava progressivamente extensiva a todo território, culminando posteriormente com a promulgação de vários decretos e portarias na perspectiva do governo central como provincial de procurarem habilitar os serviços de saúde providenciando meios técnicos, funcionais e financeiros para a sua missão que considerava humanitária (2).

Neste contexto, destaca-se a publicação dos Decretos, nº 34417, de 21 de fevereiro de 1945 e nº 45541, de 13 de fevereiro de 1964.

O Decreto nº 34417, de 21 de fevereiro de 1945 preconizava a reorganização dos serviços de saúde e regulamentação das respectivas actividades afim de torná-los eficientes pois, na época se dava primazia como condição necessária para o alargamento da ocupação sanitária (3). Com estes objectivos, foi criada a Missão de combate as tripanossomíases em 1945; Os Serviços de combate a Lepra e a Inspeção dos serviços de assistência aos trabalhadores "indígenas", ambos em 1950;

Os Serviços de transfusão de sangue em 1951; Os Serviços contra a tuberculose em 1952; O Instituto de investigação médica em 1955; A Missão de



combate a bilharziose o qual foi integrada nos finais de 1955 no Instituto de Investigação Médica e a Campanha de irradicação do paludismo (4).

Em todo caso, este Decreto também era revogado com a ractificação do Decreto nº 45541 pelo diploma legislativo ministerial nº 37 de 13 de fevereiro de 1964 apesar deste último ter obedecido a critérios da última reforma dos serviços de saúde do Ultramar, decreto nº 34417 de 21 de fevereiro de 1945 (5).

O Decreto nº 45541, de 13 fevereiro de 1964, foi constituído porque se considerava que iria fazer face ao desenvolvimento económico que se fazia sentir em Moçambique, em todos os seus sectores e que a última reforma sanitária, de 1945 também não tinha tolhido as iniciativas dos governos locais (6). Com efeito, tornava possível a publicação do Decreto nº 45818, que já promulgava o Regulamento Geral das escolas técnicas e dos Serviços de Saúde do ultramar, o Diploma legislativo nº 2617, de 10 de Julho de 1965, criava o banco dos olhos e o decreto nº 46504, de 7 de Agosto do mesmo ano, aprovava o regulamento de saúde escolar; A reforma nº 19661 de 21 de Setembro de 1966, regulamentava a colaboração dos médicos das forças armadas com os dos serviços de saúde, quer nos hospitais quer nas delegacias(7).

Nessa mesma altura também, se envidava esforços de modo que os serviços de saúde e de assistência estabelecessem uma estreita ligação com as missões religiosas afim de respeitar a autonomia garantida pelos acordos com a Santa Sé procurando obter maior coordenação e melhor rendimento de todos serviços de saúde e de assistência.

E como não bastasse, pelo diploma legislativo nº 3039 de 12 de Novembro de 1970, os serviços de saúde de Moçambique eram enquadrados numa divisão sanitária

que estava caracterizada pela existência de quatro círculos de saúde, Nove distritos sanitários e Setenta e Seis delegacias de saúde(8). Essa divisão visava atingir melhor administração dos serviços de saúde.

Os Serviços de Saúde funcionavam sobre autoridade do governador geral por intermédio da direcção dos Serviços de Saúde que estava a cargo de um médico chefe e junto da direcção dos Serviços de Saúde funcionavam os círculos de Saúde e outros organismos. Portanto, era dentro deste quadro onde a acção dos Serviços de Saúde e higiene desenvolvia as suas actividades tomando em consideração que constituíam os únicos Serviços que se responsabilizavam pela maior parte da assistência em Moçambique.

Assim a legislação sanitária que acabou de ser apresentada, tinha como justificativa de modo geral, organizar os serviços de saúde permitindo o melhoramento da assistência médica e as condições de vida das populações locais sobretudo dos colonos brancos.

Em relação a criação de melhores condições de vida as populações locais, para além de serem incluídos os cuidados de saúde, abrangiam também o aumento da esperança de vida, facilitar o desenvolvimento físico e intelectual, resistência as doenças, trabalho eficiente, uma adopção harmoniosa a família na comunidade e na sociedade(9).

Não obstante estes objectivos não passavam de uma retórica porque os portugueses estavam menos interessados na saúde das populações em geral do que dos trabalhadores(10). E que os cuidados Médicos representavam uma arma social e política na sociedade colonial ao serem aproveitados para a dominação facilitando a penetração colonial e o controle da população e desenvolvimento económico.

Contudo as actividades sanitárias foram estimuladas pela necessidade de fornecimento de mão de obra africana para as minas de ouro na África do Sul e na Rodésia com finalidade de extrair mais capital com eficiência reduzindo a brutalidade praticada pelo regime colonial no campo da assistência sanitária às populações locais ao serem relegadas e se ocorrera era de forma accidental(11).

O estímulo das actividades sanitárias também foram aceleradas de certo modo devido as criticas internacionais feitas pelas Nações Unidas bem como pela Organização Mundial da Saúde a partir da década sessenta. com efeito, nos últimos anos da dominação colonial em Moçambique, o governo Português publicou uma lei que concedia aos trabalhadores a possibilidade de se dirigirem à Administração buscar um certificado de pobreza para poder ser tratado.

Portanto todas essas mudanças que ocorriam em relação aos cuidados de saúde devem ser entendidas dentro do contexto de necessidade de desenvolvimento económico(12) que era usado como justificativa diante da comunidade internacional face as práticas brutais que caracterizavam o regime colonial português procurando manter em simultâneo a sua presença em Moçambique.

1.2 ACCÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUTARARA.

O que é que os serviços de saúde fizeram de concreto, no então conselho de Mutarara, actualmente, distrito no que concerne a prestação de assistência Médica às populações locais?

Porém para responder a esta questão deve-se procurar enquadrar o assunto em discussão naquilo que estava preconizado pela legislação sanitária, isto é, tomando em consideração as principais reformas sanitárias pelas suas repercussões não

relegando o impacto da guerra de libertação nacional movida pela Frelimo que culminou com a concentração massiva das populações em aldeamentos entre 1971 e 1972.

Assim como já tinha referenciado nas páginas anteriores, os cuidados de saúde sob o regime português, reflectiam numa discriminação racial, geográfica e económica do sistema colonial. Foram completados viáveis facilidades junto da população urbana branca contra as massas rurais negras onde os hospitais distritais, centros e postos de saúde existentes eram grossamente inadequados em pessoal de saúde, equipamento e medicamento(13).

No entanto competia aos serviços de saúde e assistência de proporcionar a assistência Médica de modo geral, a todos aqueles que não tinham acesso a outras formas de assistência Médica e que na época, essas pessoas eram conhecidas por "indigentes"(14).

A Delegacia de saúde de Mutarara foi criada em 1948 e segundo o organograma dos Serviços de Saúde e assistência da época devia possuir uma rede sanitária constituída por, um hospital sub regional, um hospital rural, postos de saúde e maternidades(15).

Com efeito, a jovem delegacia de saúde, desde o primeiro ano de trabalho, para além de outras preocupações segundo o Delegado de saúde ,Dr Melo pretendia-se "em aproveitar o que existia, modificar o indispensável , apetrechar o possível e finalmente, coordenar as suas actividades com outros serviços".

Foi neste contexto que o círculo de saúde recebeu material diverso para apetrechamento das secções das formações sanitárias(16).

Ao fim de um ano de serviço, a Delegacia de Saúde de Mutarara contava já com quatro formações sanitárias que tinham sido reabilitadas e distribuídos da seguinte forma: uma enfermaria que se localizava na delegacia de saúde e três postos sanitários localizados nas localidades de Ancuaze, Inhangoma e Charre. E os dois últimos postos sanitários, que funcionavam junto das missões católicas, estavam apetrechados com maternidades(17).

A assistência às populações locais, a cargo do Estado, era realizada através dos encarregados dos postos de saúde que visitavam regularmente as povoações da sua área, onde localizavam os doentes (18) enquanto que as parteiras visitantes tinham como função observar e assistir as mulheres grávidas(19).

O acesso às formações sanitárias geralmente ocorria de forma voluntária, quer para as consultas quer para assistência das mulheres grávidas, com excepção de alguns casos cujos doentes eram enviados pelas autoridades administrativas locais no caso de se considerarem necessários exames médicos legais(20).

No quadro da guerra de libertação nacional liderada pela Frelimo, o regime colonial desenvolveu a construção de aldeamentos em Mutarara no período compreendido entre 1971 e 1972, onde as populações locais foram concentradas a partir das suas regiões de origem(21).

A assistência médica nos aldeamentos caracterizava-se pela prestação de primeiros socorros, debatendo-se com grande falta de meios - médicos(22). Era providenciada sobretudo pelos serviços médicos do exército e pelas visitas periódicas realizadas de avião por um médico dos Serviços de Saúde, o Dr Paz. Posteriormente helicópteros militares passaram a evacuar doentes e pessoas feridas com gravidade

para o hospital de Tete, como consequência da guerra e numa acção relatada como sendo manifestação da acção psico-social(23).

Contudo a assistência sanitária foi prestada também às populações locais por outras formações sanitárias de organismos autónomos do Estado e de entidades particulares. Essa assistência era providenciada através dos postos de socorro.

Os postos de socorro estiveram à responsabilidade de quatro companhias que operavam em Mutarara e empregavam mão-de-obra local cuja assistência sanitária era exigida segundo o Regulamento do Trabalho "indígena"(24) As companhias eram: a 2ª companhia indígena dos caçadores a Companhia dos Caminhos de Ferro de Tete, a Companhia da Central África Railways e a Companhia da Zambézia. Essas duas últimas empregavam uma mão de obra que variava entre 200 e 250 trabalhadores(25).

A acção dos serviços de saúde e assistência desenvolveu-se numa situação em que as populações locais se encontravam em precárias condições sociais e baixo nível de vida, nomeadamente, falta de uma habitação condigna, nudez, alimentação não equilibrada, fraca observância de medidas de higiene e falta de informação sobretudo científica que de certa medida ajudaria a prevenir e combater as doenças de que eram vítimas(26)

As principais doenças eram as boubas, as parasitoses, as doenças venéreas, as micoses, a sífilis e outras(27).

Deste modo, tornava-se óbvia a necessidade da construção dos centros e postos de saúde, dispensários de puericultura, hospitais e, enfermarias e maternidades para que a assistência sanitária às populações enfermas fosse garantida. E como consequência da insuficiente assistência sanitária prestada às populações locais pelos serviços de saúde, estas continuavam a receber as principais formas de cuidados de

saúde recorrendo à medicina tradicional numa altura que o governo colonial incentivava esta prática promovendo o obscurantismo e a superstição através da discriminação racial, económica e geográfica a quando da construção dos esquema dos cuidados médicos curativos durante o período colonial, tomando a medicina tradicional um carácter de exploração capitalista manifestado na forma de curandeirismo(28).

1.3 A EXPERIÊNCIA SANITÁRIA DA FRELIMO.

Procurarei agora deter-me na, luta armada em Moçambique, procurando determinar o lugar dos cuidados de saúde da Frelimo com o surgimento das zonas libertadas, durante a guerra.

De início, a saúde representava para a Frelimo sobretudo, a assistência médica e a prestação dos primeiros socorros aos guerrilheiros feridos em combate. Foi neste contexto que se construíram os primeiros postos de saúde(29) que durante muito tempo representavam um número demasiado inferior às necessidades.

Dois anos depois do início da luta armada, isto é, em 1966, surgem as primeiras zonas libertadas nas regiões nortenhas de Moçambique, Niassa e Cabo Delgado, como consequência do colapso da administração colonial devido ao desenvolvimento da guerrilha(30).

Com o avanço da guerrilha e a contínua libertação das populações da exploração colonial, cresciam as responsabilidades da Frelimo para garantir os cuidados de saúde primários às populações através do reforço dos serviços de saúde existentes(31).

Essa população era vítima de bombardeamentos e enfrentava inúmeros problemas de saúde. Em 1965 foi efectuada uma campanha de vacinação massiva

contra a variola epidémica e a cólera, enquanto nos anos de 1966 e 1967 eram vacinadas contra a variola cerca de 200.000 pessoas. Em 1968 o número de pessoas vacinadas diminuiu para 100.000. Estas campanhas foram acompanhadas por educação sanitária(32).

Para garantir o maior acesso das populações aos cuidados de saúde primários, em ligação com os primeiros postos de saúde foram criados também os postos de saúde distritais e hospitais centrais a nível provincial e regional, bem como unidades móveis e semi-móveis. Com efeito em Cabo Delgado, em 1972, nas zonas libertadas havia um hospital provincial, 17 postos de saúde distritais e 60 postos de socorro, chegando essa rede sanitária a um efectivo de 340 trabalhadores de saúde treinados com capacidade de reconhecer as doenças consideradas comuns e realizar pequenas cirurgias(33)

A formação dos trabalhadores de saúde estava direccionada para os enfermeiros e assistentes de saúde. Essas pessoas provinham de classes exploradas e a sua preparação no campo de saúde era precedida por um treino político-militar para garantir a identificação desses trabalhadores com as massas camponesas. Alguns eram enviados para o estrangeiro, com especial destaque para a Tanzania, para instrução(34).

De salientar, esses trabalhadores de saúde bem como os guerrilheiros não tinham salários porque eram militantes da Frelimo e viviam no seio da população.

A prestação dos cuidados de saúde primários à população obedecia uma certa hierarquia definida pela disponibilidade do pessoal de saúde e equipamento existente numa determinada unidade sanitária, em relação à enfermidade. Assim, quando o doente não pudesse ser atendido numa unidade sanitária era evacuado para outra

unidade sanitária mais diferenciada da qual a primeira dependia e muitas das vezes quando-se tratava de casos que exigiam recursos mais sofisticados, os doentes eram transferidos para países vizinhos, sobretudo, Mutwara, ao sul da Tanzânia, onde funcionava o hospital Américo Boavida(35).

Também o pessoal de saúde se deslocava aos aglomerados populacionais para prestar cuidados ambulatoriais de forma a evitar a localização dos hospitais e centros de saúde pelos aviões de reconhecimento do inimigo. Também por essa razão, os hospitais e centros de saúde eram construídos debaixo das árvores.

Para a alimentação dos doentes, abriam-se machambas agrícolas junto dos hospitais e centros de saúde. Os produtores dessas machambas eram os trabalhadores de saúde, os soldados da guarnição e a população. As hortícolas, as árvores de fruta, o milho, a mandioca e a criação de animais de capoeira constituíam os principais produtos cultivados(36).

Deste modo, o hospital servia a população e esta, por sua vez, sustentava o hospital, tornando-se a participação da comunidade fundamental para a existência do hospital 37).

Pode também dizer-se que as machambas, para além de servirem para alimentar os doentes e os trabalhadores de saúde, também constituíam um centro nutricional. Neste sentido será correcto falar-se da existência de uma medicina preventiva nas zonas libertadas nesse período? Pensamos que não, pois simplesmente o que existia eram algumas medidas que se tomavam com um carácter preventivo procurando resolver os problemas essenciais de saúde através da mobilização popular para a defesa da sua saúde.(38). Essas medidas não foram levadas em larga escala nem a guerra o permitiria.

Porém, já a partir de 1968, haviam sido definidas algumas linhas mestras sobre os cuidados de saúde primários às populações. Dentre elas destacam-se: introdução da educação sanitária às massas; realização das campanhas para introduzir hábitos higiénicos às populações; combate, prevenção e promoção da saúde através do saneamento do meio, higiene individual e das habitações e a educação nutricional, construção de melhores latrinas e realização de campanhas de vacinação contra a varíola e cólera(39).

Portanto, as medidas preventivas eram consideradas como sendo uma prioridade e assim acontecia para se fazer face às necessidades estimuladas pelo crescente número de pessoas que iam ficando livres da dominação colonial com surgimento das novas zonas libertadas. Por outro lado, a opção pela medicina preventiva também constituía uma clara escolha política orientada pelo factor consciencialização priorizando-se as condições materiais em relação a técnica pois, nessa altura, para a Frelimo, era principal tarefa na saúde providenciar às massas o indispensável conhecimento científico para que elas pudessem compreender e lutar contra as causas das doenças.(40)

Mas, porque é que se justificava esse grande apego da Frelimo na saúde das populações tomando em consideração a existência de exíguos recursos materiais mesmo para suportar a guerra que estava a ser levada a cabo? E qual foi a resposta do regime colonial na área de saúde face à atitude da Frelimo nas zonas libertadas?

Deve-se referenciar que os serviços de saúde portugueses foram usados como um meio de propaganda com finalidade de ganhar apoio das populações. Os programas de saúde, sustentaram um discurso que visava melhorar a saúde das populações. Neste contexto, o movimento de libertação nacional procurou providenciar os

cuidados de saúde primários para consolidar a sua expressão política entre a população .

Deste modo, a saúde constituiu uma efectiva propaganda quer para o governo colonial português quer para a Frelimo, no intuito de ambos os regimes de se legitimarem em relação a população. Assim, a saúde esteve de certo modo, no centro da contenda entre o regime colonial e o movimento de libertação nacional. Esta batalha continuou até ao colapso da administração colonial em 1974, pois já em 1972 as relações sociais estabelecidas nas zonas libertadas pela Frelimo constituíam um sistema(41), mas encontravam-se ainda desprovidas de uma ideologia completa e coerente a qual foi consolidada no período pós independência, quando a Frelimo passou a ser identificada como um partido comunista, de orientação política socialista(42).

CAP. 2 AS REFORMAS SANITÁRIAS EM MOÇAMBIQUE APÓS A INDEPENDÊNCIA

2.1 A POLÍTICA DO GOVERNO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1975 - 1977

Quais foram os factores constituintes dos cuidados de saúde primários tidos em conta em Moçambique?

Esta é uma das questões que surge imediatamente devido à sua importância na discussão do assunto em debate. Sem ela não conseguiríamos determinar o carácter da política de saúde a ser implementada a partir da situação sanitária encontrada na altura do governo de transição.

Para se ter uma ideia sobre a situação sanitária nas vésperas da tomada de posse do governo de transição é de referência necessária que nos meados do ano 1974 existiam em Moçambique cerca de seiscentos médicos, cuja distribuição era desequilibrada fazendo com que a população rural e as massas trabalhadoras ficassem desprovidas de cuidados de saúde primários. Cerca de 350 médicos encontravam-se em Lourenço Marques, actualmente Maputo; 50 médicos na Beira e 20 no Norte, tratando militares ou integrados em programas psico-sociais.(43) Esses médicos procuravam conciliar as suas actividades nos hospitais com outras que eram realizadas nas clínicas privadas. Cerca de 50 médicos desempenhavam actividade privada de forma exclusiva.

Nas cidades como Maputo, continuou ainda a manifestar-se o antigo padrão de conduta nos hospitais: Arrogância, e racismo no tratamento dos pacientes e, esta

situação, era agravada pela falta de trabalhadores de saúde assim como provavelmente a inflexibilidade do pensamento de alguns trabalhadores e sempre um desejo de sabotar o esforço da Frelimo em melhorar os cuidados de saúde primários.(44) Nesta altura, os indicadores de saúde, apontavam que a taxa de mortalidade geral constituía aproximadamente 23/1000/ ano; a taxa de mortalidade infantil, influenciada pela sub-nutrição e doenças parasitárias e infecciosas estava estimada em 140/1000/ano; a duração média de vida em Mocambique era de 40 anos e a incidência de tuberculose aproxima-se dos 250/100.000/ano.(45)

O governo da Frelimo procurando assegurar os cuidados de saúde primários a todo território nacional, delineou os primeiros passos a serem tomados em linha de conta.

2.1.1 A NACIONALIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES SANITÁRIAS PRIVADAS.

A nacionalização das instituições sanitárias privadas ocorre em 24 de Julho de 1975 pelo decreto lei número 5/75. Este decreto, interditou qualquer prática de medicina privada a qual era considerada um meio de exploração quando a doença se transformava numa fonte de rendimentos para enriquecimento.(46)

Com efeito, recursos médicos e sanitários foram colocados ao serviço dos cidadãos de forma indiscriminada, numa igualdade em termos de acesso aos cuidados de saúde.

O Estado responsabilizou-se pela execução e controle de todas as actividades relativas à saúde, de prevenção e tratamento das doenças, bem como de preparação de quadros

técnicos. Enquanto, que os profissionais das antigas instituições de saúde ficavam integrados no serviço nacional de saúde segundo as suas respectivas aptidões.(47) As infraestruturas sanitárias privadas, representados por equipamentos, bens, direitos e acções ficaram sob administração do Ministério da Saúde.(48)

Portanto, as nacionalizações constituíram, de certa maneira, o primeiro passo para inverter a situação colonial a qual era caracterizada pela existência de um sistema de saúde discriminatório e que trazia um novo relacionamento entre os cidadãos e os serviços de saúde.

Dois meses depois de ser decretada a lei da nacionalização, em Outubro do mesmo ano, realizava-se na cidade de Quelimane, província da Zambézia, o primeiro seminário nacional de saúde. Neste seminário foram lançadas as bases para a realização das campanhas de vacinação assim como para saneamento do meio ambiente, promovendo a saúde da comunidade pela própria comunidade organizada pelas suas estruturas políticas.(49)

A primeira Campamha Nacional de Vacinação desde a independência ocorreu a 14 de Junho de 1976 e foi acompanhada por programas de educação sanitária que culminavam com a produção de um manual que foi distribuído nas escolas, grupos dinamizadores, Organização da Mulher Moçambicana e no seio dos trabalhadores de saúde e estudantes. Foram dadas 4 tipos de vacinas: Contra a Tuberculose (BCG), a Cólera, o Sarampo e o Tétano.(50)

Assim, ficavam dados os primeiros passos na prática da medicina preventiva em Moçambique após a independência, sempre num esforço de procurar transmitir conhecimentos científicos às populações. Por isso, os manuais e os posters, para além

de outro material que servia de educação sanitária, eram constantemente revistos de forma a torna-los mais acessíveis a essas populações.

2.1.2 - A DEMOCRATIZAÇÃO E COLECTIVIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS

Por que é que se tornava necessária a democratização e colectivização das estruturas sanitárias?

Como e onde devia ser processada?

É dentro deste quadro que nas linhas seguintes procurar-se-á apresentar as respostas as questões apresentadas:

De acordo com Samora Machel, ao constatar a situação vivida no Hospital Central de Maputo, a medicina devia ser politizada. Esta instituição era caracterizada como sendo "suja e desorganizada", susceptível de se transformar num centro de rumor e intriga. Esta situação, podia sem sombras de dúvidas contrariar os objectivos do governo da Frelimo na saúde, tendo em conta que nem toda a sociedade estava preparada para a nova realidade política e social.

A desmoralização e o descontentamento desacreditariam o novo governo.(51) Eram resultado da persistência de problemas na área da saúde apesar das primeiras medidas tomadas , como foi o caso da nacionalização das instituições sanitárias privadas.

O processo de democratização e colectivização da administração sanitária através dos conselhos de enfermarias, foi iniciado com o discurso político de Samora Machel aos trabalhadores do hospital central de Maputo, no dia 6 de Outubro de 1976. Este hospital representava um simbolo de cuidados visível em Moçambique e

que tornava necessária a reestruturação do sistema, pois até à altura ainda nada tinha sido feito e os problemas existentes reflectiam a face colonial do hospital.

Tratava-se de criar uma estrutura de liderança colectiva dos trabalhadores em cada enfermaria e departamento. Assim, no Hospital Central do Maputo surgiram os primeiros conselhos de enfermaria, lavandaria, laboratório e farmácia. Estes eram também conhecidos por conselhos de base.(52) Acima deles, vigorava o Conselho do Hospital Central de Maputo.

Cada conselho de base era composto por sete pessoas, incluindo o médico e enfermeiro-chefe, e encontrava-se semanalmente para discutir a administração e os problemas de enfermaria, enquanto que os conselhos de cada serviço central

como a lavandaria ou a farmácia eram compostos por três pessoas. Assim, criavam-se oportunidades quer para os doentes quer para os trabalhadores das enfermarias, nas reuniões de apresentarem os assuntos inerentes à natureza dos serviços prestados, onde podiam ser colocadas as críticas e sugestões.

Em relação à direcção do conselho do hospital, a sua composição era definida pelo líder político da Frelimo, e podia integrar estrangeiros (cooperantes).

Deste modo, esperava-se que o Hospital Central do Maputo, através das suas actividades reflectissem a linha política seguida pela Frelimo, e passasse a ser considerado modelo para as restantes unidades sanitárias do país mercê as vantagens que haviam sido frisadas pelo presidente Samora Machel dois anos depois do seu discurso político de 6 de Outubro de 1976.

O modelo viria a ampliar-se até ao nível das aldeias comunais com a formação dos agentes polivalentes elementares.(53)

2.1.3 A MEDICINA PREVENTIVA

O terceiro congresso da Frelimo foi realizado em Fevereiro de 1977, e as suas directivas políticas, económicas, e sociais confirmaram a política sanitária dando prioridade à medicina preventiva, estendendo a cobertura sanitária para as áreas rurais e para aquelas comunidades já organizadas em bases colectivas.(54)

A medicina preventiva priorizava a saúde materno-infantil, o saneamento do meio-ambiente, a educação sanitária e nutricional, a extensão da rede sanitária e a formação de quadros. Foram definidas as áreas onde decorreria a Campanha Nacional de Vacinação(55) bem como a necessidade de efectivar os programas de planeamento familiar. Neste contexto, considerava-se necessária a participação da comunidade, factor que havia sido reafirmado uma vez mais durante a realização do terceiro congresso da Frelimo.

A protecção materno-infantil consistia na defesa da saúde da mulher grávida e da criança prestando assistência pré-natal ao recém-nascido bem como no planeamento familiar o qual permitiria o controle do espaçamento das gestações. A OMM, com o Ministério da Saúde, deviam estudar como aumentar os conhecimentos dos métodos de planeamento familiar em uso nos hospitais de forma a ajudar as mulheres casadas a controlarem o espaçamento da sua gestação, face ao número de filhos desejados e as condições sócio-económicas. Essas medidas foram concluídas a quando da Conferência da OMM em Novembro de 1976. A protecção materno-infantil integra também outras acções tais como, vacinação, educação sanitária e nutricional.

O saneamento do meio ambiente circunscrevia-se em acções como o tratamento dos dejectos humanos, a recolha e destruição de lixo, a estabulação de animais, a luta contra os vectores, a drenagem das águas residuais e o controle do abastecimento de água às populações. A acção sobre a água se considerava de extrema importância porque a água era a fonte dos agentes transmissores de uma grande parte das doenças que desgraçavam a saúde das populações.

A educação sanitária e nutricional resulta da necessidade de se combater o obscurantismo, pois a interpretação dada às doenças e aos tabús não se compatibilizava com noções científicas que viriam a ser constituídas como a base da transformação cultural em relação aos problemas da saúde e da doença. Certos tabús, impediam a alimentação correcta de alguns grupos populacionais, em particular das crianças e das mulheres grávidas. (56)

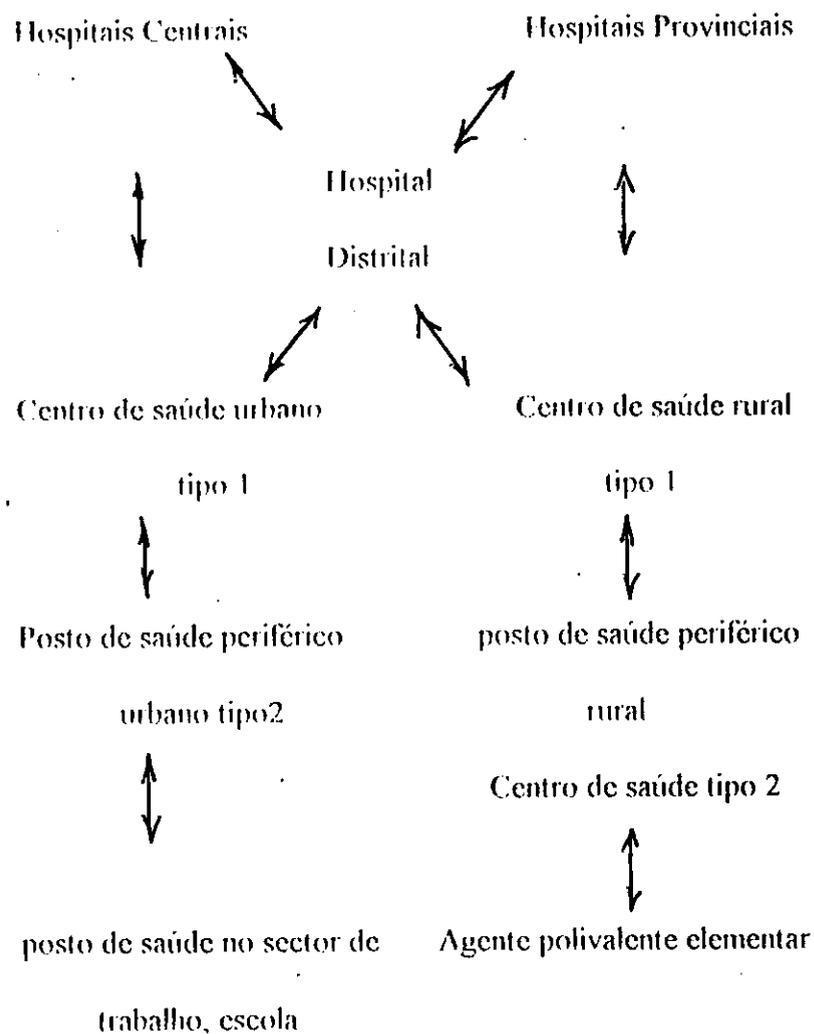
Assim, como é que se devia estender a rede sanitária? Existiam condições financeiras e materiais para o efeito? E qual seria a estrutura dos cuidados de saúde?

O plano de construção de novas unidades sanitárias enfrentava poderosas limitações, pois estava condicionado pela capacidade de execução de obras e por dificuldades de financiamento. Assim, considerava-se que a constituição das aldeias comunais criava possibilidades de extensão dos cuidados de saúde primários às populações rurais mais periféricas, através da modificação do sistema de vida das populações rurais, da sua concentração em aglomerados, organizados na base da produção colectiva. Contudo, considerava-se também necessário a formação de um novo tipo de quadro sanitário localizado na própria aldeia comunal, o Agente Polivalente Elementar. Este seria o responsável junto das outras estruturas políticas protagonista do princípio de formação da saúde da comunidade pela própria

comunidade, e com a criação dos centros de saúde rurais estes passariam a ter braços dinâmicos mercê a supervisão, orientação e controle realizados pelo seu pessoal às populações organizadas colectivamente.

Os centros de saúde constituíam os locais onde eram definidas as acções tendentes a transpor favoravelmente os problemas de saúde das populações da sua área de saúde. Mas, o seguinte plano básico dos serviços de saúde só poderia ser posto em prática nos distritos com a promulgação da lei da socialização da medicina:

PLANO BÁSICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Este plano básico dos serviços de saúde apresenta duas formas paralelas através das quais o paciente pode passar entre as unidades intermediárias conforme a natureza da doença.

O Centro de Saúde Rural Tipo 2 devia servir uma população de 5 / 40.000 pessoas e alguns destes centros podiam ter uma maternidade com algumas camas. Enquanto que o centro de saúde rural tipo 1 funcionava como pequeno hospital com cerca de 40 camas, prestando simples cuidados cirúrgicos assim como de maternidade. Estes centros eram compostos por um enfermeiro auxiliar ou um agente de medicina e um técnico de medicina ou um enfermeiro, respectivamente.

O centro de saúde rural tipo 1 podia ainda ser visitado por uma parteira e por um médico proveniente do hospital mais próximo.

O Centro de Saúde Urbano tipo 2 servia uma população de cerca de 80.000 e o de tipo 1, servia em média 120 - 150.000 pessoas. Estas unidades sanitárias prestavam os cuidados pré-natais, infantis e médicos e os hospitais distritais eram habitualmente constituídos por um médico ou assistente médico e uma enfermeira.

Finalmente os hospitais provinciais e centrais eram constituídos por departamentos especializados tais como pediatria, cirurgia, medicina, maternidade, doenças infecciosas, dermatologia, ginecologia, neurologia, fisioterapia. (57)

Para implementar este plano básico dos cuidados primários de saúde era inevitavelmente necessária a formação dos trabalhadores de saúde, a qual culminou com a elaboração e definição de uma política de formação de quadros de saúde.

Para a formação desses quadros sanitários eram necessários certos recursos materiais, humanos e financeiros. Tratava-se de providenciar infraestruturas e

professores paramédicos suficientes. Portanto, o ministério da saúde devia planificar e desenvolver programas de formação paramédicos destacando-se neste campo, os departamentos de medicina preventiva ou acção social baseados na experiência dos professores e na experiência da Organização Mundial da Saúde, um membro permanente nesta secção.(58)

Estabeleceram-se instituições de formação como os institutos de ciências de saúde de Quelimane, de Nampula e de Cuamba, na província do Niassa. Esperava-se também a abertura de um instituto com a mesma categoria na província de Tete,(59) enquanto que os programas de estudo da Faculdade de Medicina eram revistos nos seus conteúdos, dando importância ao sector de saúde da comunidade, de forma a permitir o conhecimento adequado das doenças locais pelos profissionais da saúde, em particular, os médicos. Foi perspectivada a criação de escolas de formação dos agentes polivalentes elementares, pois este novo tipo de trabalhador de saúde era visto como de extrema importância no quadro do projecto de extensão da sua rede sanitária e instituições sociais.(60)

Essas escolas foram abertas somente em 7 províncias de Mocambique entre elas a província de Tete.O núcleo do curso do APE administrado nessas escolas incluía matérias ligadas a nutrição, primeiros socorros, ciências básicas, saúde da comunidade e educação política. Estas matérias foram identificadas como sendo importantes para todos os estudos paramédicos. O agente era seleccionado na sua aldeia e, após 6 meses de curso de formação regressava para trabalhar como mobilizador e organizador das massas para defesa e a promoção da saúde da comunidade fornecendo os cuidados de saúde primários para toda sua população.(61) O candidato à formação do curso de APE, devia possuir habilitações literárias de 4ª

classe, com uma boa compreensão da língua portuguesa, não ser menor de 17 anos, gozar de confiança das populações e ser um membro muito activo da pequena comunidade de cerca de 1500 habitantes com o qual iria trabalhar.

Finalmente, o número de formação dos agentes polivalentes elementares dependia do desenvolvimento contínuo da formação das aldeias comunais no distrito. O governo da Frelimo para superar a falta de trabalhadores de saúde recebeu apoiantes estrangeiros (cooperantes) particularmente ao nível mais especializado. Esperava-se que até, pelo menos, 1979 esses cooperantes fossem substituídos por moçambicanos qualificados. E, de facto, em 1979 os chefes de todas as equipas de saúde eram moçambicanos.(62)

Também vários trabalhadores de saúde foram recrutados através do Centro de Informação de Moçambique, Angola e Guiné (MAGIC) no Reino Unido desde 1975. Dentre os recrutados destacavam-se tutores, enfermeiros, epidemiologistas, nutricionistas, imunologistas, bioquímicos, estomatologistas, farmacêuticos e planificadores de saúde.(63)

O recrutamento de trabalhadores de saúde, para além de servir para a minimização da falta de trabalhadores de saúde em Moçambique, criou outro tipo de dificuldades que se traduziam no problema da língua e na existência de diferentes escolas de opinião sobre o tratamento. Portanto, era necessária a criação e desenvolvimento de um padrão de tratamento.(64)

Contudo, apesar do esforço feito na formação de trabalhadores de saúde dentro do país bem como do recrutamento dos mesmos internacionalmente, ainda se fazia sentir a falta de trabalhadores de saúde.(65) Esperava-se superar esse problema

com a promulgação da lei sobre a socialização da medicina, assunto que discutirei nas linhas seguintes.

2.1.4. A SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Ao iniciar a abordagem desta questão torna-se pertinente a elaboração das seguintes perguntas:

Que factores determinavam a promulgação da lei da socialização da medicina? Quando é que foi promulgada? E qual era a essência da lei em relação aos cuidados de saúde, ao acesso as infraestruturas sanitárias pelas populações, medicamentos prescritos pelos trabalhadores de saúde e a ocupação sanitária?

A lei da nacionalização da medicina não extinguiu os serviços sanitários privados dos caminhos de ferro de Moçambique e da DETA. Mas posteriormente, foram integrados nos novos serviços de saúde eliminando mais uma vez a discriminação em relação aos cuidados de saúde. Assim, criavam-se condições para a promulgação da lei da socialização da medicina.(66)

A lei da socialização da medicina foi promulgada no dia 1 de Novembro de 1977, providenciando os cuidados de saúde primários às populações moçambicanas. Estas beneficiavam-se de assistência de urgência gratuita, incluindo todos procedimentos do diagnóstico bem como dos cuidados preventivos. Foi introduzido um encargo monetário para as consultas médicas e casos de não urgência, que era igual a 7.50 escudos. Esse encargo servia para cobrir o tratamento prescrito pelo técnico de medicina ou médico. A consulta também podia ser paga em espécie dependendo dos casos. Contudo não significaria que o impossibilitado ficasse

desprovido de assistência médica. Para a consulta feita pela enfermeira, o encargo a pagar era de 2.50 escudos. Os medicamentos registados no formulário nacional podiam ser obtidos por preço fixo pelo ministério mesmo que não fossem prescritos pelo trabalhador de saúde. Não obstante, os casos de urgência, as populações podiam ser assistidas junto dos seus postos de saúde assim como podiam ser dirigidos aos hospitais centrais dependendo da situação clínica.(67) Assim, materializava-se o princípio de que a saúde era "direito de todo povo" ao serem colocados os cidadãos no mesmo plano de igualdade, nomeadamente através da introdução de um critério uniforme de pagamentos.

2.1.5. MEDICAMENTOS

O então governo de Moçambique ao ter consciência da necessidade de um rigor financeiro, tentou estruturar os gastos em medicamentos indo ao encontro das necessidades das massas das populações. Procurava-se desenvolver uma política farmacéutica. Mas como?

O governo procurou elaborar uma lista de medicamentos essenciais e um formulário com normas de utilização, criou os conselhos farmacéuticos bem como subsidiou certos medicamentos, vedando desta maneira a importação de medicamentos não apropriados.(68)

Logo depois da independência, em 1975, foram formados os conselhos terapêuticos e técnicos no Ministério da Saúde na perspectiva de estabelecer uma melhor terapêutica a preços mais baixos. A primeira acção destes conselhos foi de reduzir o número de productos farmacéuticos de 13.000 para 2.600 os quais podiam ser importados quer pelas farmácias privadas, quer pelos serviços de saúde. (69)

A segunda acção traduzida na publicação de um novo formulário nacional em Janeiro de 1977 o qual reduzia o número de productos farmacêuticos para 640 para o uso nos serviços de saúde e a prescrição dos medicamentos era regulada pela mandotória dos nomes genéricos como era para tuberculose, lepra, doença de sono bilarziose. Essa acção culminou, em Agosto do mesmo com a formação de duas empresas estatais, a Farmac e a Medimoc, uma para importação de productos farmacêuticos e outra se dedicava à sua distribuição interna e venda.(70) Não obstante, nos principios de 1979, era concedido à empresa de importação de productos farmacêuticos o direito exclusivo sobre a sua actividade. Uma nova edição do formulário nacional era publicada em Maio de 1980, listando apenas 300 - 355 productos farmacêuticos. Neste contexto, os trabalhadores de saúde do nível mais baixo com o de técnico de medicina só podiam prescrever cerca de 150 medicamentos, enquanto que o agente elementar polivalente se limitava a 50 medicamentos.(71)

Os medicamentos largamente alistados eram aqueles que eram classificados como sendo da primeira linha. Contudo os formulários incluíam também medicamentos de segunda ou terceira linha, como por exemplo, os antibióticos que eram usados em caso de resistência aos medicamentos mais comuns.

Cerca de 50 medicamentos considerados essenciais para o tratamento das doenças mais comuns eram gratuitos. Assim, 90% de toda população moçambicana cujo rendimento mensal estava abaixo de 2.000,00 escudos pagava 5% dos custos de alguns medicamentos na lista terapéutica e os restantes 10% da população, constituídos por famílias com mais dinheiro pagavam 25 - 30 % dos custos. Os medicamentos eram comprados nos países socialistas e do terceiro mundo. Estes países, eram considerados de

solidários à Moçambique e lutavam por uma causa comum ao colocarem a "saúde ao serviço do povo".

Esta política farmacéutica se assentava no facto de que cerca de 80 - 90 % das doenças podiam ser curadas através de uso de medicamentos pouco caros e que a prescrição dos medicamentos pelo nome genérico permitia compras avultadas de medicamentos a um preço baixo. Assim, procurava-se o racionamento dos gastos em productos farmacéuticos nos serviços de saúde, no momento em que tinham sido alocados em 1977 e 1979 cerca de 220 mil escudos, representavam entre 10 - 11 % do total da verba da saúde(72) ou correspondiam a US\$ 3.80 Per Capita.

2.1.6 A MEDICINA TRADICIONAL

A medicina tradicional é um recurso muito importante para a maioria da população moçambicana porque a medicina moderna não chega a toda a parte apesar dos esforços descritos. Sendo assim, dentro do contexto da política sanitária que ia sendo implementada, ela merecia um estudo adequado de forma a determinar-se o seu lugar em relação aos cuidados de saúde primários.

O curandeiro ganhou um lugar dentro do sistema de cuidados de saúde primários e poderia ser candidato à formação de Agente Polivalente Elementar.

Neste quadro, o governo procurou incentivar a instrução dos curandeiros para ajudar a colectar e a preservar as espécies das plantas com potencialidades farmacológicas, assim como fornecer as descrições detalhadas sobre a sua preparação

e utilização. Este esforço do governo da Frelimo visava, através dos estudos científicos, eliminar as práticas obscurantistas, mas evoluindo cientificamente para práticas positivas(74) - era uma posição que havia sido manifestada a quando da apresentação do relatório do comité central ao terceiro congresso em 1977.

Certas medidas enquadradas na política sanitária entravam em confrontação com algumas práticas da medicina tradicional. Nomeadamente, o curandeiro não podia vender os seus serviços às populações e apesar de ser aceite pela comunidade a sua actividade era relegada bem como era desconsiderada a sua associação, pois estes curandeiros para apresentarem as suas visões a fim de se tornarem conhecidos, deviam usar as estruturas políticas do partido, a assembleia do povo e as organizações democráticas de massas ou uma outra estrutura semelhante.

Em suma, a integração dos curandeiros no sistema dos cuidados de saúde primários tinha de reflectir a política sanitária definida pelo governo da Frelimo e não se tratava de criar um lugar especial para a medicina tradicional.

Foram feitas as nacionalizações de todas as instituições sanitárias privadas e de seguida procurou-se democratizar e colectivizar as estruturas sanitárias e finalmente foi estabelecida a socialização da medicina, tendo sido a medicina preventiva, definida como prioritária.

Dentro deste contexto, foram também definidas políticas em relação aos medicamentos e à medicina tradicional, bem como se priorizou a formação dos agentes polivalentes elementares, cuja actividade viria ser desenvolvida nas aldeias comunais ainda, na altura, em formação.

2.2 FACTORES QUE DETERMINARAM A POLÍTICA SANITÁRIA

Porque é que o governo da Frelimo após a independência de Moçambique optou por uma política sanitária como a que acabamos de descrever?

Esta é uma questão colocada na tentativa de identificar os factores que concorreram para tal situação.

Assim, para determinar a política sanitária intraduzida pelo governo da Frelimo é preciso que se tome em conta três factores ou aspectos: as experiências sanitárias da Frelimo nas zonas libertadas; a orientação política seguida por Moçambique depois da independência e os princípios sobre cuidados de saúde primários aprovados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Durante a luta armada, a Frelimo introduziu medidas preventivas no sector dos cuidados de saúde primários, mas segundo o relatório do Conselho Nacional Coordenador da Saúde apresentado na sua terceira reunião, contestava a ideia de que era resultante de uma estratégia de saúde típica dos governos que enfrentam escassez de recursos, quer materiais quer humanos. (75) No entanto, essa situação de exiguidade de recursos continuou a observar-se até à independência de Moçambique, tendo-se agravado se tomarmos em linha de conta tratar-se, agora, de uma dimensão nacional. Não obstante, eram claras as prioridades da Frelimo. Ela procurou colocar a saúde "como direito do povo"

através da criação e formação das aldeias comunais baseando-se na experiência sanitária das "zonas libertadas". Portanto, o governo pretendeu construir um sistema de saúde socialista, pois a aquela orientação política era marxista caracterizada por uma ideologia científica do proletariado.

A conferência sobre os cuidados de saúde primários foi realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, contando com a participação de Moçambique. Foram referidos os cinco princípios(76) sobre os cuidados de saúde primários pela (OMS) assim como pela UNICEF, os quais resultaram na definição do conceito dos cuidados de saúde primários como sendo “um conjunto de actividades e elementos susceptíveis de melhorar o estado de saúde da comunidade”. Este princípio foi adoptado por Moçambique adequando-se com a política sanitária e do desenvolvimento traçado pela Frelimo, governo da então República Popular de Moçambique.(77)

Deste modo, consolidava-se a política sanitária da Frelimo de dar prioridade à medicina preventiva ocupando um lugar de destaque a saúde da comunidade. Portanto, tratava-se da perspectiva de um sistema capaz de vir a solucionar os problemas graves de saúde que a população moçambicana enfrentava e não devido à carência de recursos materiais, humanos e financeiros, como foi argumentado por Hobdell.

Esperava-se que a articulação dos cuidados de saúde primários com outros níveis de atenção garantiria a todos os cidadãos acesso a cuidados tão diferenciados, dependendo da complexidade da situação clínica.(78)

Os cuidados de saúde primários deviam estar centrados em postos e centros de saúde. Os primeiros constituíam uma unidade mais pequena onde operaria o agente polivalente elementar. Em todas aldeias comunais deviam ser construídos estes postos sanitários usando-se mão de obra e material locais. Enquanto que os segundos serviam um grupo de aldeias comunais ou áreas urbanas com uma população entre 30.000 e 35.000 pessoas.

Como resultado das reformas no sector da saúde, o acesso das populações aos cuidados de saúde primários aumentou: em 1974 representava cerca de 7% da população e em 1980 era igual a 30%. Recorde -se que a verba do Orçamento Geral do Estado no sector da saúde em 1974 era igual a 3.7 % e para 1980 representava 10%.

Assim, Hobdell, considera que os princípios dos cuidados de saúde primários, tal como já tinham sido implementados nas zonas libertadas em condições de luta armada seriam, de certo modo, de fácil reintrodução no Moçambique independente. A Frelimo guiou-se pelos princípios de cuidados sanitários antes mesmo de eles serem definidos pela Organização Mundial da Saúde.(79)

Assim, pode chegar-se a conclusão que os factores que concorreram para a elaboração da política sanitária em Moçambique pós-independência foram três: as experiências sanitárias da Frelimo nas zonas libertadas, a ideologia política seguida pelo partido

Frelimo no pós - independência, assim como a integração dos princípios sobre os cuidados de saúde primários quer na política sanitária quer no contexto de desenvolvimento definido pelo governo da então República Popular de Moçambique.

CAP.3. MUTARARA, 1978 - 1987 : ASSISTÊNCIA SANITÁRIA E GUERRA

3.1. A FORMAÇÃO DAS ALDEIAS COMUNAIS

O projecto de criação das Aldeias Comuns em Moçambique foi definido em Maio de 1975 com a realização do Primeiro Seminário Nacional de Agricultura, na província do Niassa. Não obstante, esse projecto era desenvolvido em 1976 pela 8ª

Sessão do Comité Central da Frelimo realizada em Fevereiro, e concluído no 3º Congresso da Frelimo em 1977 (80).

A província de Gaza era integrada na primeira fase no processo de formação das aldeias comunais, e os problemas encontrados mostraram a necessidade de criação de um órgão do Estado que poderia estabelecer um apoio coordenado às aldeias. Deste modo se criou a Comissão Nacional das Aldeias Comunais (CNAC), pelo decreto presidencial nº 1/78 do dia 2 de Março, ficando sob autoridade directa do Presidente da República (81).

Esta Comissão tinha como função definir estratégias de forma a consolidar o processo de formação das aldeias, obviamente dependendo das condições específicas de cada região (82). A consolidação, traduzir-se-ia no aumento significativo das aldeias formadas, bem como ao apoio aos seus respectivos habitantes.

Neste contexto, um mês depois da criação da Comissão Nacional das Aldeias Comunais, em Abril de 1978, na perspectiva de fazer face as grandes dificuldades tais como a da falta de participação da população, com as quais o Estado se confrontava na implementação das acções coordenadas no campo de formação das aldeias comunais, era criada a Comissão Provincial das Aldeias Comunais de Tete (CPAC) chefiada por Romão Tembo, seu primeiro Director (83). Contudo essa comissão estava quase totalmente desprovida de recursos humanos e financeiros (84).

Mas afinal, em que consistiam as aldeias comunais?

Segundo Pacheco, as Aldeias Comunais eram, em geral, “um processo de transformação e integração das populações rurais do mundo moderno” (85) mas Borges Coelho argumenta que este mecanismo tinha como objectivo imediato de

alcançar num período relativamente curto a segurança alimentar e a satisfação das necessidades nomeadamente, saúde, educação e cultura.

Nesta ordem de ideias, as dificuldades sentidas pelas populações em relação aos cuidados de saúde primários esperavam ser superados com a colocação de um trabalhador da saúde do tipo Agente Polivalente Elementar que garantiria a população os cuidados de saúde primários.(86)

O processo da aldeização das populações baseava-se na vida colectiva, nas machambas colectivas, e cooperativas agrícolas e de consumo. As populações concentradas em aldeias comunais, estariam integradas numa perspectiva de desenvolvimento rural num quadro global do país. E esse processo sustentava -se nas experiências das "zonas libertadas" estabelecidas durante a luta de libertação nacional (87).

A Comissão Provincial das Aldeias Comunais de Tete procurando alcançar os seus objectivos, estabeleceu um programa de aldeização das populações para o distrito de Mutarara, no período compreendido entre 1978 e 1980; que preconizava a formação de 22 aldeias comunais concentrando cerca de 73.287 pessoas, número que correspondia 52,6 por cento da população total do distrito.(88) Ainda neste contexto, esperava-se a construção de 4 postos de saúde, a formação de 8 agentes polivalentes elementares e construção de 6 escolas.

No período em que acabava de ser constituída a Comissão Provincial das Aldeias Comunais de Tete ocorriam as cheias no rio Zambeze. Estas cheias foram causadas pelas intensas chuvas ocorridas na Zâmbia e agravadas pela descarga repentina da barragem de Kariba, implicando que a barragem de Cahora Bassa fosse obrigada a abrir oito das suas dez comportas.(89)

De entre, os distritos da província de Tete, Mutarara foi o mais afectado pelas cheias, que lá provocaram a morte de 31 pessoas, 89.568 pessoas desalojadas, 23.114 hectares de cereais perdidos e 50 escolas destruídas (90). A ilha de Inhangoma, caracterizada pelos seus solos férteis e povoada densamente, foi engolida pelas águas de três rios, nomeadamente, Zambeze, Chire e Ziu-ziu.(91)

Ficou estabelecido entre a Comissão Provincial das Aldeias Comunais e o Governo de Tete que as populações afectadas deviam ser reassentadas em novas aldeias comunais em áreas mais elevadas e, portanto, menos susceptíveis de serem abrangidas por inundações. Procurou-se pois que as populações passassem a residir definitivamente em áreas mais seguras (92) e que não fossem alcançadas pelas águas. Para tal enviaram-se comissários políticos a fim de mobilizar as populações, mostrando-lhes as vantagens de tal transferência.

Os locais de construção das futuras aldeias comunais deviam obedecer a critérios que permitissem que os seus habitantes estivessem protegidos da água, e com acesso a terra e proximidade da linha férrea.

Este processo culminou com a demarcação de sete locais onde deveriam ser construídas as aldeias e depois seguiu-se a identificação de mais dois perfazendo nove demarcações (93).

Essas demarcações foram baseadas em estudos realizadas em Maputo e não tomaram em consideração os pontos de vista das comunidades locais, o que gerou grande relutância manifestada pelas populações ao serem concentradas nas novas aldeias no período compreendido entre 1978 e 1979.(94)

Em 1978 foram construídas quatro aldeias comunais, nomeadamente: Sinjal, Nhamayabwe, 1º de Maio e Missuassua. Em 1979 eram construídas cinco aldeias comunais, Zimira, Charre, Baué, Cumbiamuana e Vila Nova da Fronteira.(95)

Existem várias leituras para explicar a relutância popular destacando-se entre elas a que a considerava como sendo resultado da influência subcoberta e negativa dos antigos régulos e líderes religiosos, e outra é aquela segundo a qual as populações locais concebiam a essência das aldeias comunais como novos aldeamentos onde seriam vítimas duma exploração e esta situação era acrescida por falta de mobilização das comunidades de Inhangoma em relação à importância das aldeias comunais.(96)

Borge Coelho a verdadeira razão da relutância das comunidades era de não deixar as terras baixas férteis e irrigadas das margens dos rios Zambeze, Chire e Ziu-ziu, terras essas que haviam sido submersas pelas águas. A população considerava que constituía uma desvantagem a sua transferência para as terras novas, menos produtivas.

Esses habitantes bem como os da Ilha de Inhangoma consideravam que nos novos locais não conseguiriam o volume de colheitas que as terras baixas lhes proporcionavam.(97)

Finalmente, as populações não puderam regressar para as suas terras antigas apesar de se saber que o caudal dos rios iria diminuir dentro de alguns dias. As autoridades tinham-nas fixado nas zonas altas através duma mobilização política agressiva distribuindo apoios de emergência no contexto das aldeias comunais.(98)

Como consequência da implementação da política de aldeização, parte inquantificável da população emigrou para o Malawi e outra continuou a resistir à transferência, de diversas maneiras.(99)

No distrito de Mutarara, a relutância das populações foi manifestada de forma clara em três aldeias comunais, Missuassua, Zemira e Charre. As populações de Missuassua optaram pela ausência (incluindo os Secretários políticos) aquando da visita dum equipa de emergência. Das 100 pessoas que tinham conhecimento da visita apenas seis ou sete tinham permanecido na aldeia e em Zemira um camponês expressava a sua vontade de querer fixar-se nas áreas baixas do rio onde poderia produzir feijão, milho e outros produtos protestando contra a vida nas aldeias comunais(100). E, em Charre, um camponês identificava a natureza da política das autoridades governamentais em relação a distribuição dos produtos de emergência. Ele fazia uma comparação entre o esquema montado pelas autoridades coloniais aquando das cheias de 1958 e o do governo pós-independência aquando das cheias de 1978.(101)

A aldeia comunal estabelecida em Vila Nova da Fronteira, representava a única aldeia baseada em iniciativas centrais. Esta aldeia, a maior da província e uma das maiores do país, contava em 1981 com cerca de 7.000 habitantes. No entanto, a aldeia enfrentava profundos problemas no abastecimento de água às populações, (102) pois localizava-se numa área seca. (103)

Em 1980, cerca de trinta e nove aldeias comunais tinha sido estabelecidas na província de Tete em resultado das actividades da Comissão Provincial das Aldeias Comunais bem como das autoridades locais seguindo uma orientação traçada pelo Estado (104). Nesse mesmo período, em toda a província de Tete, fazia-se sentir uma profunda fome entre os habitantes, golpeando as áreas mais vulneráveis como acontecia no distrito de Mutarara no momento das inundações, o que se traduziu num período de colapso da sociedade rural a partir de 1982(105), onde as cooperativas

vendiam a sua mão-de-obra assalariada sempre que fosse possível e os aldeões passaram a depender das suas machambas familiares (106). A estrutura das aldeias comunais desintegrava-se desencorajando as esperanças dos habitantes de Mutarara em relação a futura vida de abundância, que havia sido prometida pelo governo na época.(107)

Em suma, a formação das aldeias comunais em Mutarara iniciou em 1978 a qual ficou consolidada em 1980 quando 90% de todas as aldeias planificadas a nível da província de Tete tinham sido concluídas. Mas, a falta de um sistema de aprovisionamento e comercialização, o alto nível de mobilização política nas aldeias contrariando com o fraco apoio providenciado pelo Estado, a prevalência da prática de agricultura das queimadas e não ajustavam a nova fixação concentrada e permanente, o que provocou contradições(108) que minaram a processo de consolidação das aldeias comunais. Essa situação era agravada pela fome que atingiu a província de Tete em 1982.

3.2. ASSISTÊNCIA SANITÁRIA NAS ALDEIAS COMUNAIS

No distrito de Mutarara, foram edificadas nove aldeias comunais. Estas aldeias foram dotadas de infraestruturas sanitárias que poderiam levar a cabo actividades de prestação dos cuidados de saúde primários aos seus habitantes? Se não, como é que estas populações aglomeradas puderam receber assistência sanitária?

As infraestruturas sanitárias numa aldeia comunal consistiam na existência de um posto sanitário, bem como na afectação de um agente polivalente elementar.

Não obstante, até o período de formação e conclusão das aldeias comunais na Mutarara, o qual ocorreu entre 1978 e 1980, as aldeias ainda não estavam dotadas de

postos sanitários nem de um agente polivalente elementar.(109) Em toda província de Tete, apenas a aldeia comunal de Mcondedzi possuía uma assistência médica permanente aos seus habitantes.

Na perspectiva de garantir o acesso à assistência sanitária das populações concentradas nas aldeias já tinha sido realizado entre Janeiro e Agosto de 1978, no Centro de Formação de Ulóguè, no distrito de Angónia, o primeiro curso de agentes polivalentes elementares a nível da província. Este curso terminou com a graduação de 39 alunos. Como consequência da falta de trabalhadores de saúde, as aldeias comunais de Mutarara não foram contempladas com qualquer dos alunos recém-formados (110) pois, para além de serem distribuídos entre as aldeias comunais também se estendia a distribuição aos centros educacionais e empresas estatais da província.

No entanto, as aldeias, já possuíam latrinas enquanto que os poços estavam em construção e as populações iam buscar água directamente dos rios.(111) Porém, a água dos poços muitas vezes era insuficiente, por exemplo, a aldeia comunal da Vila Nova da Fronteira tinha fornecimento de água diário através de um tanque de água que era trazido pelo comboio proveniente da Beira. Mesmo assim, a Direcção Provincial das Obras Públicas e Habitação em conjunto com a Saúde estudava a possibilidade de melhorar o abastecimento de água nesses locais às populações. (112)

A água dos rios era inadequada para o consumo das populações pois constituía um foco de doenças por muitas vezes estar poluída e contaminada. (113) Assim, devido a inexistência de infraestruturas sanitárias nas aldeias comunais, os seus habitantes beneficiaram-se dos cuidados de saúde primários dados pelas estruturas sanitárias distritais através de visitas periódicas dos enfermeiros e agentes

sanitários.(114) Esses profissionais de saúde faziam a explicação sobre os cuidados a ter para uma melhor utilização da água, latrinas bem como o aterro e queima de lixo. Estas actividades culminaram com a distribuição da 1ª edição do livro "Textos de Educação Sanitária" ao nível das aldeias comunais.(115).

Deste modo, os habitantes das aldeias recebiam educação sanitária de forma a se prevenirem das doenças ao observarem correctamente as medidas definidas no quadro da preservação da saúde individual. Porém, as aldeias comunais estavam desprovidas de postos sanitários até 1982. O Estado não tinha capacidades suficientes para prover a medicina e equipamentos médicos devido as grandes exigências sobre a qualidade das instalações sanitárias bem como das péssimas condições que se encontravam as vias de acesso. (116)

A existência de uma unidade sanitária na aldeia comunal sob tutela de um Agente Polivalente Elementar permitiria que a sua população pudesse receber cuidados de saúde primários, sobretudo, de carácter preventivo, bem como, algumas acções curativas.(117)

Em relação aos cuidados preventivos faziam parte as actividades da educação sanitária, saneamento do meio ambiente, combate às doenças evitáveis, funções elementares de protecção materno-infantil e as acções da medicina curativa que se resumiam em: Pré-triagem, acções curativas, tratamentos e evacuações de casos mais graves.

A rede sanitária do distrito de Mutarara, estava constituída por sete formações sanitárias no período compreendido entre 1978 até 1982. Entre as unidades sanitárias destacavam-se os Centros de Saúde do tipo 2, e os postos sanitários. Assim, na Mutarara Nova, Charre e Inhangoma encontravam-se localizados os centros de saúde

do tipo 2 enquanto que os postos sanitários estavam localizados na Mutarara Velha, Moloissa, Ancuaze e Vila Nova da Fronteira. (118)

Porém, essa rede sanitária não cobria todas as áreas do distrito como, por exemplo, a região fronteiriça, o que fazia com que muitos cidadãos moçambicanos se deslocassem para o Malawi. Este problema estava muito longe de ser solucionado pelo Estado pois a deficiente ocupação sanitária a nível do distrito estava interligado com a questão da falta de controle de fronteira,(119) de quadros de saúde e as dificuldades de comunicação quer da capital para as sedes distritais quer destas para as diversas localidades e círculos.

Porém, mesmo com os problemas que acabaram de ser apresentados acima, foram realizados trabalhos pelas estruturas sanitárias desde o saneamento do meio, educação sanitária e inspecção sanitária assim como foram realizadas vacinações e a protecção materno-infantil entre as populações.(120)

Face á existência de problemas de saúde, a medicina tradicional continuava pouco a pouco a ser alternativa para as populações locais. Os curandeiros e as parteiras tradicionais davam assistência sanitária às populações apesar de a política sanitária definida centralmente combater a prática do obscurantismo e superstição. Entretanto os agentes polivalentes elementares relativamente instruídos, abandonaram as aldeias comunais à procura de melhores condições de vida, como resultado da ineficiência da forma de produção existente. A subsistência dos agentes polivalentes elementares nas aldeias comunais dependia dos aldeões.(122)

Portanto, os problemas de saúde surgidos nas aldeias comunais representavam implicações da implementação da política sanitária reafirmada no 3º Congresso da Frelimo a qual visava elevar as condições de vida das populações

combatendo a doença, as condições de insalubridade através do engajamento das populações mobilizadas pelas estruturas sanitárias.(123) No congresso se tornava claro que os enormes aumentos do orçamento do Estado no sector de Saúde não poderiam continuar a existir nos anos seguintes.(124)

Em suma, as populações concentradas em aldeias comunais na Mutarara durante o período de 1978 a 1980, momento em que se considerava que a nível da província, cerca de 90% das aldeias comunais programadas tinham sido concluídas continuavam desprovidas de infraestruturas sanitárias que prestassem os cuidados de saúde primários. A assistência de que beneficiavam era feita através de apoios concedidos pelas estruturas sanitárias distritais.

A não concretização da implementação do programa de saúde nas aldeias comunais estava relacionada com as condições das vias de acesso, falta de trabalhadores de saúde do tipo agente polivalente elementar e as grandes exigências em termos de qualidade das instalações para o funcionamento do posto de saúde.

De forma geral, era a incapacidade do Estado em prover quer os recursos humanos quer materiais às aldeias comunais, o que criou condições para que as contradições e a relutância manifestada pelas populações jogassem um papel na desestruturação das aldeias comunais associado ao factor fome.

3.3. GUERRA: CAUSAS E DINÂMICA

Que factores concorreram para a guerra em Moçambique após a independência? E como a posição geopolítica de Moçambique contribuiu para essa situação? (125)

A causa da guerra em Moçambique após a independência deveu-se, sobretudo a posição geopolítica que traduziu-se em tensões e conflitos regionais e internacionais resultando na criação da Renamo. Estas tensões e conflitos foram alimentados pelas rupturas sociais e políticas das sociedades rurais moçambicanas. Durante o processo de formação das aldeias comunais não foram tomados em conta as diferenças históricas e sociais regionais, as motivações e as aspirações reais das populações. Pois, o então governo de Moçambique visava construir uma sociedade sob orientação marxista - Leninista. Assim ameaçava a hegemonia dos governos racistas da Rodésia e da África do Sul na região.

Moçambique apoiava os povos que lutavam pela sua independência, isto é, pela justiça e liberdade. (126)

É neste contexto que se observa a presença de refugiados da ZANU em Moçambique constituindo uma retaguarda segura para levar a cabo a luta de libertação no interior da então Rodésia pela ZANLA. Com efeito, esta situação inquietava cada vez mais o regime rodesiano ao tentar fazer face a progressão do regime nacionalista, a ZANLA. (127)

A Rodésia organiza a Resistência Nacional de Moçambique (MNR) (1976 - 1979) e ataca Moçambique, isto é, agride militarmente a partir de 1976, enquanto o Estado moçambicano aplicava as sanções económicas decretadas pelas Nações Unidas, pois, esta organização não reconhecia o regime rodesiano. Como consequências dessas sanções, os ataques rodesianos intensificaram-se com o pretexto de ser a forma de pressionar o governo moçambicano a cortar os apoios concedidos a ZANU, perseguindo-os em território moçambicano. (128) Foram estabelecidas bases permanentes da Renamo, principalmente, nas montanhas de Gorongosa.

A África do Sul, seguiu uma política "detente", mas a partir da segunda metade de 1978, ela procurou adoptar na região austral a política de "Constelação de Estados". Dois anos depois, com a independência do Zimbabwe a União Nacional Africana do Zimbabwe (ZANU) sobiu ao poder e a Renamo refugiou-se na África do Sul. (129)

A Constituição da Conferência para a Coordenação do Desenvolvimento da África Austral (SADCC) em 1980, (130) dificultou, de certo modo, a estratégia regional da Pretória ao tornar inoperante o Projecto de CONSAS. É então que Pretória lançou-se em agressões militares a Moçambique através da Renamo. (131) A guerra alastrou-se assim a Moçambique, atingindo o distrito de Mutarara como consequência da união com a África livre, movimento que reivindicava a abertura duma frente conjunta ao Norte de Moçambique.

Os ataques da guerrilha ao distrito de Mutarara são relatados por populares aproximadamente nos finais de 1982 e nos princípios de 1983, nas regiões de Ancuaze, Dôa, Inhangoma, Jardim e Sinjal (132). A localidade de Ancuaze foi ocupada tendo sido o ataque caracterizado por assaltos às lojas e destruição das aldeias comunais. Esses ataques atingiram o posto administrativo de Dôa apoiados pela base de Chiridza. Os guerrilheiros haviam saído de Tambara atravessando o rio Zambeze. Enquanto que os ataques às regiões de Inhangoma e Jardim eram protagonizados a partir da base principal de Cumbua - Inhangoma.

Os guerrilheiros partiram de Mphala, na província de Sofala, e atravessaram o rio Zambeze utilizando boias em direcção à Morrumbala. (133)

Mas nesta altura as regiões atacadas foram posteriormente recuperadas pelo exército. Estes ataques eram caracterizados por assaltos seguidos de fugas. No

distrito, existia apenas um quartel que, contava com um batalhão situado na sua Sede. Este batalhão encontrava-se em constante movimentação para socorrer as localidades no caso de ataques da guerrilha. Não obstante, os guerrilheiros alastravam os ataques a todo o distrito com finalidade, segundo José Macossete, dispersar as tropas do exército pelas localidades atacadas, criando condições para um contra-ataque vitorioso dos guerrilheiros à Sede do distrito.

Com efeito, de 1984 a 1985, os ataques da guerrilha recrudesceram com o surgimento das bases de Cabocete (rio Chire), Macuati (Vila Nova da Fronteira), Gaua, Chididi, Ynhiaphale, e Chombe, - todas localizadas próximo do posto administrativo de Dôa. Também foi criado um esconderijo de armas nas serras da Vila Nova da Fronteira. Em contrapartida, o governo da Frelimo face à presença do inimigo na região, construiu quartéis em Inhangoma, Charre e Vila Nova da Fronteira (134), mas os ataques da guerrilha culminaram com a ocupação do posto administrativo de Dôa a 16 de Agosto de 1986, pelas oito horas. Em Dôa existia apenas um batalhão mas incompleto. Este batalhão, não conseguiu travar o ataque protagonizado pela guerrilha pois contava apenas com duas posições, de Chuedza e de Mapangali, com uma companhia cada. (135)

Foram organizados três grupos de guerrilheiros para a ocupação do posto administrativo de Dôa: o primeiro partiu de Tambara em direcção a Dôa passando por Ancuaze, Chalira; o segundo grupo, saiu de Ndango em direcção a Chicumba, alcançando Dôa, e o terceiro grupo partiu de Megaza, atravessou o rio Chirre passando por Charre, Chissomba, Pwiti, e chegando assim a Dôa. (136)

Passados aproximadamente 22 dias da ocupação do posto administrativo de Dôa, cerca de mil guerrilheiros saídos de Caia atravessaram o rio Zambeze passaram

por Gogotane, Gregório, Chindio, Jardim, Casquete, Nhamizula e Chirembue, alcançando a Sede do distrito de Mutarara. Outro grupo, provinha de Morrumbala, tendo atravessado o rio Chirre em direcção à Baue. Posteriormente, chegou um grupo à Sede do distrito através do caminho da Vila Nova da Fronteira e Baue. Na sequência, era atacada a Sede de Mutarara na manhã do dia 23 de Setembro de 1986 pelas 3 horas e trinta minutos aproximadamente. Nessa altura, o posto administrativo de Inhangoma, já havia sido ocupado (137). Os guerrilheiros aproximaram-se da Sede do distrito disparando a partir dos antigos estabelecimentos comerciais de António Francisco de Aguiar, enquanto que algumas tropas do exército localizados na praça do administrador tentavam travar o ataque utilizando armas do tipo B10, B11 e outros mas sem sucesso. A maioria dos obuses disparados por essas armas caíram sobre o rio Zambeze, não atingindo os guerrilheiros. Estes entravam na Sede do distrito pela margem esquerda do rio Zambeze, na zona baixa, no sentido Sul - Norte.

Alguns soldados que se encontravam a guarnecer a ponte D. Ana foram capturados e levados em direcção ao quartel da Sede do distrito. Como consequência, as tropas do exército acampadas na montanha de defesa ante-aérea procuraram resistir ao ataque. A sua capacidade combativa foi enfraquecida pois foram bombardeados pela força aérea do exército. O quartel foi assaltado, os guerrilheiros levaram os obuses de morteiro 60, 80, um B10, um ZG1, munições e algumas armas do tipo AKM-47. As reservas alimentares também foram levadas pelos guerrilheiros.

O ataque terminou as 17:30 horas. Parte dos guerrilheiros perseguiram o comandante do batalhão do exército, Capitão John Dique, enquanto a outra parte ocupava o posto administrativo de Charre, sem encontrar qualquer resistência do

exército, pois este e a população do distrito já se haviam retirado para Vila Nova da Fronteira, a qual foi atacada no dia 26 de Setembro do mesmo ano, forçando as populações a entrarem ilegalmente na República do Malawi. (138)

Deste modo, os guerrilheiros a nível do distrito ficaram distribuídos da seguinte forma: parte fixou-se na base de Gua-Charre, outra parte foi colocada próximo da ponte D. Ana, na Sede do distrito, e outra parte nos arredores da base aérea. Foi nessa altura que foram destruídos dois pilares da ponte D. Ana por meio de explosivos, numa acção comandada pelo General Mateus Ngonhamo. (139)

Cerca de duas semanas depois da tomada da Sede pelos guerrilheiros, o exército zimbabweano, apoiado pela sua força aérea, lançou o ataque ao distrito de Mutarara em três frentes: a primeira pela estrada Tete - Mutarara; a segunda, via Sena; e a terceira pela estrada Vila Nova da Fronteira - Mutarara. O exército zimbabweano estava equipado de carros blindados, helicópteros e paraquedistas. (140)

Face a este ataque, os guerrilheiros dividiram-se em pequenos grupos de cinco elementos cada e espalharam-se por todo o distrito de Mutarara. Prepararam emboscadas, sobretudo, na estrada Mutarara - Vila Nova da Fronteira, na região do posto administrativo de Dôa, cujo objectivo era de dificultar a penetração do exército zimbabweano para o interior do distrito. Neste contexto as emboscadas realizadas na zona de Culenge tornaram-se particularmente intensas. No entanto, os guerrilheiros acabaram por ser expulsos de Culenge e perseguidos até as proximidades do rio Chire, em direcção a Quelimane. Estas operações culminaram com a recuperação da Sede do distrito, em Fevereiro de 1987, depois de seis meses de ocupação pelos guerrilheiros. Estes, receberam orientações para a sua retirada dirigindo as operações

aos distritos de Angónia, Marávia e Chiúta. Não obstante, os ataques esporádicos na região de Jardim, Gua, Sucamialo continuaram devido a existência de alguns postos avançados cujo número de guerrilheiros variava entre os 60 e 80.(141)

As operações seguintes, ficaram sob responsabilidade do exército moçambicano no sentido de libertar as restantes localidades que ainda se encontravam sob controlo dos guerrilheiros(142).

Nesta altura a população, mais do que nunca, foi forçada a viver em aldeias comunais. As suas palhotas que ficavam fora delas eram incendiadas pelo exército.

Os oficiais procuravam assim impedir que a população tivesse contactos com os guerrilheiros. Com efeito, junto dos secretários das aldeias comunais, foram chamados os antigos Régulos e Cabos para participarem na organização da segurança realizando patrulhas. (143)

A população foi treinada para as milícias a fim de garantir a sua auto-defesa.

Posteriormente, com a evolução do conflito no teatro da guerra, a organização política e militar da Frelimo foi melhorando. Cresce o rigor de disciplina, treinamento e equipamento dos soldados e das unidades de comando. (144)

Entretanto a guerrilha incendiava as aldeias comunais forçando as populações a voltarem para as suas palhotas, de origem onde os seus bens e a sua integridade física seriam preservados. Mostrou à população as desvantagens das aldeias comunais bem como a prática das machambas colectivas, das lojas do povo, das cooperativas de consumo, que não eram susceptíveis para desenvolver uma propriedade privada, a posse de bois, por exemplo.(145)

Os guerrilheiros procuraram também ganhar para a sua causa, as autoridades linhagísticas e das chefaturas locais. Esses chefes eram denominados "Mambos" (146) e a sua função principal era de permitir a deslocação dos membros da sua chefatura para o povoamento das áreas controladas pela guerrilha e garantir a subsistência dos guerrilheiros através da cobrança de impostos de comida às populações.

A cobrança de impostos de comida era para alimentar as hostes guerrilheiras (147)

Com efeito, a capacidade de manipulação da população pelas duas partes intervenientes no conflito armado traduzia-se na organização de ambas as forças militares na frente de guerra. Assim, como é que estavam organizadas as forças de defesa?

A guerrilha era caracterizada pela existência de três grupos distintos: Mjiba, capeceiros (148) e Soldados. Estes últimos, por sua vez, encontravam-se organizados em Secções, Pelotões, Companhias e Batalhões. O Régulo António Jornal, refere-se à constituição dos soldados da seguinte forma: uma Secção era composta por 200 soldados, um Pelotão por 500 soldados e uma Companhia por 1000 soldados. Porém, esses dados são contraditórios relativamente aos do Sr. Canga Chueca, ex-soldado da Renamo que argumenta dizendo que uma Secção era composta por 5 soldados, um Pelotão contava com 10 soldados, uma companhia era constituída por 100 soldados e um Batalhão era constituído por 500 soldados.

Todavia, esta estrutura numérica variava quando fosse operacional. Neste contexto, por exemplo, a companhia contava com cerca de 150 soldados. Contudo, não é possível apresentar, em termos de números, a estrutura organizacional quer da Companhia quer do Pelotão e ainda do Batalhão.

O recrutamento era dirigido sobretudo aos jovens de sexo masculino cuja idade variava entre os 15 e 25 anos, pois também eram recrutados fora do grupo etário em questão. O recrutamento era feito através da mobilização, alistamento voluntário e raptos usando-se força e terror. Essas formas de recrutamento constituíram os pilares da política da guerrilha para alcançar os objectivos preconizados. E os apoios logísticos e financiamentos internacionais canalizados à guerrilha que se circunscreviam em treinos, fornecimento de armas, meios de comunicação por rádio(149) e etc, contribuíram decisivamente para a sobrevivência da Renamo até à assinatura do acordo de Paz em Roma.

O exército no distrito era composto por dois batalhões, um localizado na Sede do distrito e outro no Posto Administrativo de Dôa. Cada batalhão apresentava a seguinte estrutura organizacional: Secção, Pelotão e Companhia. Assim, um Pelotão era constituído por três Secções, uma Companhia por três Pelotões e um Batalhão por três Companhias.

Uma Secção contava com 6 - 12 soldados; o Pelotão por 20 - 30 soldados e a Companhia integrava uma média de 90 - 120 soldados. Portanto, o Batalhão perfazia 270 - 360 soldados.

O Exército ainda contava com apoio da força aérea nas operações de grande vulto como a de ocupação pela guerrilha da Sede do distrito pois, implicava a inoperância da administração do território pelo Estado. Assim, participam nos combates helicópteros MI-25, MI-8 e aviões bombardeiros e de transporte tipo AN-26 e paraquedistas.

3.4. OS EFEITOS DA GUERRA NA SAÚDE

A partir dos finais de 1982 e princípios de 1983, as actividades da Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO) no distrito de Mutarara aumentaram de intensidade e em 1987, tinham já paralisado ou destruídos os serviços públicos afectando profundamente o sector da saúde e as comunidades rurais em geral. Esta situação era agravada pela seca de 1983, que afectou a província de Tete sobretudo a Sul, incluindo o distrito de Mutarara.

Com efeito, as aldeias comunais ficaram destruídas sistematicamente, assim com quase todos os centros e postos de saúde.(150) A organização comunal necessária para apoiar os cuidados de saúde primários ficou assim inoperante.

Grande parte da população rural emigrou à procura de segurança. Os trabalhadores de saúde tornaram-se cada vez mais escassos, em particular os tipo Agentes Polivalentes Elementares como consequência da falta de apoio apesar do governo ter feito esforços na formação de novos tipos de quadros elementares remunerados pelos serviços de saúde a serem colocados em postos de saúde mais periféricos. Estes trabalhadores foram alvo da acção guerrilheira. Muitos mortos ou perderam todos os seus pertences. Outros que ficaram desempregados porque as suas unidades sanitárias foram destruídas ou encerradas.(151)

As visitas de supervisão aos trabalhadores de saúde do distrito tornaram-se cada vez mais difíceis e perigosas, pois as viagens da cidade de Tete para a sede distrital e para as localidades, significavam jornadas de risco só para estabelecer o contacto com os trabalhadores. Deste modo, o melhoramento da qualidade dos

trabalhadores de saúde rurais através de reciclagens e seminários ficou comprometido. As dificuldades com as viagens foram acrescidas pelos problemas de falta de viaturas assim como de combustíveis, privando também o fornecimento de medicamentos à rede sanitária existente.

Com o desenvolvimento da guerra, um número crescente de habitantes de Mutarara refugiou-se além fronteiras, no Malawi. Nos campos de refugiados a situação era desastrosa. Os casos de mal-nutrição aumentaram, sobretudo nas crianças, e a saúde da população adulta diminuiu, caracterizada pelo aumento de doenças venéreas e de outras, como a diarreia. A mal-nutrição era resultante da baixa produção alimentar, desalojamento e doenças infecciosas causadas pela guerra e a seca de 1983, factores que se traduziam numa fome generalizada por toda a província de Tete.(152) Assim, tornou-se impossível as áreas agrárias ricas no Norte da província abastecer em alimentos as populações do distrito de Mutarara, afectada pela guerra e seca, surgindo a mal-nutrição como a doença mais comum entre as crianças segundo as admissões hospitalares.(153)

Neste contexto, a guerra associada a outros factores provocou mortes. Estas mortes, podem ser identificadas em três tipos quanto a sua origem: mortalidade infantil e da criança, morte pela acção militar directa e morte pela falta de alimentos em resultado associado da guerra e a seca.

Assim, em relação a mortalidade infantil e da criança, a taxa subiu como resultado do aumento da malnutrição e falta de cuidados de saúde primários, pois foi interrompido o programa de vacinações às crianças, contra o tétano, tuberculose, sarampo, difteria, tosse convulsa e a pólio, enquanto que o acesso limitado a água limpa resultou no aumento de doenças infecciosas tais como a pneumonia, diarreia,

doenças da pele e a cólera epidêmica numa altura em que os serviços de abastecimento de água enfrentavam dificuldades crescentes na manutenção das bombas de água.(154)

Deste modo, o governo, para fazer face a deterioração da situação económica originada pela guerra associada à seca e crise geral económica, assinou um acordo com o Fundo Monetário Internacional em 1987.(155) Este acordo desencorajou os investimentos nos sectores sociais tais como a saúde. É neste contexto que os habitantes de Mutarara passaram a pagar um valor monetário igual a 100 meticais por consulta e 500 meticais por cada admissão hospitalar. Estas cobranças visavam cobrir as despesas dos serviços correntes para fazer face à redução da verba alocada no sector em 1987, que era igual a cinco por cento.

Os esforços do governo continuavam a ser denotados na tentativa de garantir o acesso das populações aos cuidados de saúde primários.

Mas, uma vez que a guerra ia se desenvolvendo, os resultados se tornavam insignificantes, situação que veio a ser alterada quando foi assinado o acordo de Paz, a 4 de Outubro de 1992, entre o governo da Frelimo e a Renamo.(156)

Assim, o Estado moçambicano, foi forçado a pedir a Comunidade Internacional de doadores a ajuda alimentar para a população que havia se refugiado para os campos de concentração no Malawi, deslocada e afectada pela guerra pois, não podiam se sustentar a si próprios nos primeiros períodos do término do conflito armado. Assim sendo, assiste-se em Mutarara a afluência de várias organizações não governamentais como por exemplo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), VISÃO MUNDIAL e a Médicos Sem Fronteiras da Bélgica (MSF/B).

A MSF/B, desde 1993 a 1996, recuperou quase toda a rede sanitária que havia sido destruída durante a guerra e é composto por oito unidades sanitárias, sete postos do tipo agente polivalente elementar e uma brigada móvel de vacinação.(157) O único Centro de Saúde existente, prepara-se para ser transformado em Hospital Rural de forma a atender casos dos distritos circunvizinhos como Chemba e Morrumbala.(158)

Os postos do tipo agente polivalente elementar estão distribuídos em todas as povoações onde não existem Centros ou Postos de Saúde tais como: Gregório, Canhúnguê, Ntemampine, Sinjal, Chuedza, Pwiti e Chavundira. (159)

A equipa móvel de vacinações realiza as suas actividades em trinta e cinco povoações complementando os postos fixos de vacinações.(160) No entanto, o processo de reconstrução do distrito de Mutarara para além de integrar a recuperação do sector da saúde também contempla alguns sectores tais como: pecuária, educação comércio e agricultura. Não obstante, o processo é extensivo ao programa de reposição da rede de abastecimento de água, a rede telefónica e de energia eléctrica.

No sector da pecuária o distrito conta actualmente com cerca de 826 cabeças de gado e 827 cabeças de gado caprino. O repovoamento do gado é feito através da venda do gado pelo Estado aos camponeses a um preço consideravelmente baixo de 200.000,00Mt. Por sua vez, os camponeses são obrigados a repôr as cabeças segundo o compromisso acordado. E em curso está sendo feita a reabilitação dos tanques carressidas para o banho dos animais.(161)

No sector da educação existem actualmente cerca de quarenta e sete estabelecimentos de ensino primário mas o ensino primário completo (EP2) funciona apenas na Sede do distrito. Espera-se, segundo o projecto de construção de novas escolas pela ISCOS e Visão Mundial que se estenda a introdução do ensino primário

completo a todos os postos administrativos até ao ano, de 1997, assim como a introdução da 10ª classe. (162)

Para reforçar a situação do comércio procura-se contactar os antigos proprietários de estabelecimentos comerciais e convencê-los a se instalarem no distrito facilitando créditos pelo governo, pois, existe um fundo de reabilitação da economia rural onde os proprietários são obrigados a elaborar os seus projectos a serem aprovados pelo governo provincial a fim de se beneficiarem do crédito.

O fundo deve ser investido nas pequenas indústrias e cantinas. Este sector ficará consolidado com a transitabilidade das estradas pois permitirá a exploração adequada da ponte Dona Ana ora reabilitada. (163)

Na agricultura o Estado incentiva a população no cultivo de hortícolas mas não relegando a produção de cereais. O cultivo de hortícolas visa o aproveitamento das proteínas através do consumo produzindo, de certo modo, para o mercado. Estes objectivos são extensivos aos cereais criando excedentes, uma condição primeira. Assim, a população não fica dependente dos programas de emergência efectuados pelas Organizações Não Governamentais (ONG's) para a alimentação. (164)

Espera-se que até Dezembro do corrente ano, se reponha o funcionamento da energia com a reabilitação da Central Eléctrica e respectiva linha de transporte. Este processo, se restringirá à Sede do distrito. (165)

No sector das águas está sendo implementado o projecto da reposição da rede para o abastecimento de água potável à população contando com a abertura de novos poços ou fontenárias que está sendo feita pela Visão Mundial.

A este esforço, junta-se o programa do Estado da reposição do sistema de telefones e da instalação de uma emissora radiofónica pela Direcção Nacional do Gabinete da Comunicação Social.(166)

Deste modo, pouco a pouco, as infraestruturas sócio-económicas que são o garante da vida das populações vão sendo recuperadas inclusivê os seus serviços públicos num contexto de escasseis quer de recursos materiais quer de humanos.

Em poucas palavras, a guerra associada a fome criava mutilações, destruições, nomadização da população caracterizada por deslocados, refugiados e afectados. Assim, esta população se tornava vulnerável as doenças sobretudo as crianças num momento em que quase toda a rede sanitária existente em Mutarara se encontrava destruída ficando deprovida de cuidados de saúde primários. As doenças mais frequentes tornaram a malnutrição, a diarreia, o sarampo, a pneumonia, as doenças da pele e a cólera. Portanto, tratava-se de doenças infecciosas cuja causa principal era a baixa produção alimentar e o acesso limitado à água limpa.

O projecto sanitário que contemplava as aldeias comunais ficou inviabilizado devido a interrupção da formação de trabalhadores da saúde do tipo egente polivalente elementar bem como a falta de apoios inerentes a construção das instalações onde funcionavam os postos sanitários.

CONCLUSÃO

O sistema de saúde colonial herdado pelo Moçambique independente, foi caracterizado por uma discriminação racial, económica e geográfica, que fez com que as populações rurais ficassem desprovidas de serviços de saúde primários.

O governo da República Popular de Moçambique constituído após a independência procurou inverter a situação sanitária nas zonas rurais, aumentando e melhorando o acesso das populações aos cuidados de saúde primários com a formação das aldeias comunais, onde o agente polivalente elementar era o trabalhador de saúde aí colocado. Esta acção era sustentada por uma política sanitária a qual assentava na experiência das práticas sanitárias nas "zonas libertadas" durante a luta de libertação nacional, e nos cinco princípios sobre os cuidados de saúde primários aprovados pela Organização Mundial de Saúde. O governo pretendia construir um sistema de saúde socialista para assegurar a saúde das populações ao serem introduzidas reformas sanitárias que foram caracterizadas pela nacionalização das instituições sanitárias privadas, democratização e colectivização das estruturas sanitárias, socialização da medicina e priorização da medicina preventiva.

Através de uma mobilização política, reforçada pelos apoios de emergência, as populações do distrito de Mutarara foram concentradas em aldeias comunais concluídas entre os anos de 1978 e 1979, apesar de terem manifestado certa relutância quanto ao processo. Essa relutância resultava do desejo das populações de permanecerem nas suas terras baixas, depois das inundações dos rios Zambeze, Ziu-ziu e Chire, contrariando, deste modo, os interesses do governo que definiu a fixação das populações afectadas pelas inundações se realizaria nas zonas mais elevadas,

locais onde tinham sido construídas as aldeias comunais sob pretexto de se criarem mínimas condições de segurança. Nestas zonas, dificilmente as populações afectadas melhorariam as reservas alimentares, pois as terras era pouco produtivas comparativamente às terras baixas.

As populações aldeadas ficaram desprovidas de infraestruturas sanitárias, pois a sua escassez estava relacionada com a incapacidade do Estado de providenciar equipamento e pessoal paramédico. Com efeito, a assistência sanitária nas aldeias comunais foi feita através de apoios concedidos pelas estruturas sanitárias distritais, caracterizadas por visitas de enfermeiros e agentes sanitários. Mas, entre os anos de 1982 e 1983, o distrito de Mutarara sofre o impacto de três factores: a desestruturação das aldeias comunais; a fome e a guerra.

A desestruturação das aldeias comunais deveu-se essencialmente à falta de um sistema eficaz de produção aprovisionamento e comercialização; ao alto nível de mobilização política contrariado pelo fraco apoio providenciado pelo Estado; à prevalência da prática da agricultura das queimadas não ajustada à nova fixação concentrada e permanente - eram estas contradições que nasciam no interior das aldeias comunais.

A fome foi consequência da seca que afectou a população de Mutarara em 1983. Esta situação, criou uma fraca produção alimentar. Os casos de malnutrição nas crianças tornaram-se mais comuns, pois as reservas alimentares das populações não puderam fazer face as necessidades.

A guerra no distrito iniciou nos finais de 1982 e princípios de 1983. As actividades subversivas da Renamo recrudesceram em 1986 culminando com a ocupação da Sede do distrito no dia 23 de Setembro desse ano. Os centros e postos

de saúde foram destruídos, e a população emigrou, sobretudo para o Malawi. O transporte aéreo para assistência médica o mais conveniente em situação de guerra, tornou-se difícil e dispendioso.

Assim, os três factores conjugados agravavam a situação sanitária das populações ao ficarem desprovidas de cuidados de saúde primários originando mortes que foram se juntando a outras que ocorriam sob acção militar directa. O acesso a água limpa era limitado bem como a produção de alimentos era baixa tornando frequentes as doenças tais como: malnutrição, diarreia, pneumonia, cólera epidémica e doença da pele. Com a interrupção dos programas de vacinação, as populações, tornaram-se cada vez mais vulneráveis às doenças como o tétano, o sarampo, a tuberculose, a difteria e a pólio.

Em suma, a implementação da política sanitária no distrito de Mutarara foi inviabilizada, apesar de se ter registado um aumento significativo de unidades sanitárias entre os anos de 1976 e 1979. Esta política sanitária não se compatibilizava com o nível dos recursos materiais, humanos e financeiros à disposição do Estado; durante o processo de formação das aldeias comunais foram relegados os aspectos sociais das populações que foram concentradas e, como se não bastasse, as formas de produção implantadas nas aldeias comunais mostravam a sua ineficiência resultante das contradições e conflitos inerentes as mudanças da vida das populações.

Esses factores associados às implicações da fome e da guerra colocaram termo a um processo que visava assegurar os cuidados de saúde primários pelo critério uniforme de igualdade dos cidadãos. Assim, as condições necessárias para que a política sanitária fosse revista eram criadas, uma vez que as populações em Mutarara ficavam profundamente desprovidas de assistência sanitária.

NOTAS:

(1) Esses homens tinham como objectivo curar as doenças. A sua acção restringia-se à população que vivia nas feitorias e mais tarde foi extensiva, a população que chegava as feitorias e através da sua cristianização obtiveram noções de higiene e salubridade. Lourindo dos Santos Garcia, "Saúde e assistência em Moçambique. in Ultramar, 1967, Lisboa, Vol.8, nº 30: 115 - 116.

(2) Pelo contrário, não passava duma mera propaganda pois, durante todo processo de colonização portuguesa em Moçambique construíram um esquema de assistência médico curativa caracterizado por uma discriminação económica rática e geográfica. {CNCS} , cuidados de saúde primários : Outros níveis de atenção de saúde, 3ª reunião Maputo: {s.ed.} 1978; Garcia, op.cit: 119.

(3) - Joaquim Ferreira da Silva, "Os serviços de saúde da província de Moçambique ". in Anais do Instituto de Medicina tropical, 1958, Lisboa, vol.15, sup. nº2: 196

(4) - Este decreto substituiu o de 10 de Maio de 1919 cujo nº de registo era 5727. Assim, os serviços de saúde eram reorganizados com novos critérios. Eduardo G. Ferreira " Organização dos Serviços de Saúde do Ultramar ", In Anais do Instituto de Medicina Tropical. 1958, Lisboa, Vol. 15, Sup. nº2:5

(5) Ver artigo nº 257 do regulamento dos serviços de saúde e assistência do ultramar, do decreto nº 45541, ractificado pelo D.G. nº 37 - I série, de 13 de Fevereiro de 1964 o qual revogava toda legislação em contrário. Ministério do ultramar/ Gabinete do ministro, regulamento dos serviços de saúde e assistência do Ultramar, Lisboa:

Agencia- Geral do Ultramar, 1964: 132.

(6) Idem : 5

(7) Garcia, op. Cit: 123

(8) Uma outra divisão sanitária, quase semelhante havia sido feita com a reforma sanitária de 1945. Não obstante, os circulos sanitários foram: 1º círculo de Saúde de Inhambane, 2º círculo de saúde da Beira; 3º círculo de saúde de Quelimane e 4º Círculo de saúde de Nampula. F.J. Baratafcio, " Divisão sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique" In Anais do Instituto de Medicina Tropical , Vol.X, nº 4, fasc.1: 2473..

(9) Martin Frederick Shapiro, Medicine in the service of colonialism: Medical care in the Portuguese África 1885 - 1974, Califórnia: Universidade, 1983: 210.

(10) Idem .

(11) Idem.

(12) Saúde: Moçambique, Maputo: Boreau de informação pública, 1990: 1-2.

(13) pois se considerava na época que sem saúde não tornava possível a existência do progresso sócio-económico segundo as visões progressistas na saúde pública capitalista cujas relações foram feitas em 1971 como consequência de certo modo do impacto da luta de libertação em Moçambique em 1969 assim como nas outras colónias portuguesas em relação a política de saúde. Martin Hobdel et al, Revolutionary practice in health: The health care services in Mozambique, London: Moçambique, Angola e Guiné.

(14) CNCS, 3ª reunião, op. cit: 35; portanto, aqueles que se encontravam na miséria não podendo ter condições financeiras e materiais para beneficiarem duma assistência Médica condigna.

(15) Direcção dos serviços de saúde e assistência, " relatório referente ao ano de 1970, Lourenço Marques, 1973: 1; Esta delegacia tinha função de fiscalização e repressão, mas não preventivas. E não havia qualquer forma de participação popular. Porém, esta

(16) H. Soares de Mêlo, "Relatório anual de 1949", Mutarara, 1949: 4 Este conselho segundo a divisão sanitária pertencia ao círculo de saúde da Beira incluindo a zona de Manica e Sofala. Deste círculo recebera para apetrechamento das formações sanitárias uma marquêza, uma geleira electrolux, um lavatório para solutos, um antissépticos, uma cama e uma viatura automóvel.

(17) Idem. Estas formações sanitárias eram de pau a pique cuja destruição era motivada muitas vezes pelas infiltrações de água das chuvas.

(18) Idem.

(19) CNCS, 3ª reunião, op.cit: 4. Todavia a actividade do pessoal de saúde era caracterizada como sendo passiva porque os doentes é que deviam deslocar-se ás formações sanitárias de carácter curativo enquanto considerava que a única actitude activa, ocorria quando houvesse risco de as doenças da população se alastrassem à burguesia colonial.

(20) Mêlo, op.cit: 4. Este era o caso quando se considerava haver risco de epidemias.

(21) J.P. Borges-Coelho, Protected vilages and Communal vilages, 1968- 1982: A history of sttlement policies, development and war bradford, university, 1993: 29. O Estado colonial visava proteger as populações através das forças de segurança de modo que elas não pudessem estabelecer contacto com a guerrilha ao serem garantidas mínimas condições de vida em particular assistência sanitária. Nesse período foram construídos cerca de Vinte e Nove aldeamentos concentrando uma população igual a 24.317 pessoas. Porém o processo de aldeamento declinou logo em princípios de 1973.

(22) Idem: 305 - 306; A assistência sanitárias era deficitária porque as vias de acesso estavam bloqueadas devido a guerra isolando os aldeamentos do hospital rural enquanto que os serviços de

saúde militares estavam disponíveis em prestar assistência sanitária, mas só quando as guarnições militares ficassem mais próximo dos aldeamentos.

(23) *Idem*: 197; era uma acção exercida sobre a população de um determinado território que fosse do interesse do estado colonial onde pudesse levar a cabo uma luta contra a subversão através da criação de organismos de estado e serviços de acção psicológica e concentrações das populações dispersas em novas vilas estratégicas - os aldeamentos

(24) Silva, *op. Cit*: 196. Que garantia assistência médica condições de trabalho, alimentação, alojamento, higiene e salubridade cuja fiscalização cabia no sector de inspecção dos serviços de assistência aos trabalhadores indígenas.

(25) Mêlo, *op. Cit*: 4. Esse trabalhadores passaram a viver em acampamentos constituídos por casas de alvenarias cobertas por chapas de zinco em substituição da antiga cobertura de colmo. Os postos de socorro da segunda companhia de caçadores indígenas e dos caminhos de ferro de Tete, eram autónomos do estado enquanto os restantes pertenciam à particulares.

(26) Direcção dos serviços de saúde, os serviços de saúde em Moçambique, Lourenço Marques: Imprensa nacional, 1956: as populações em viviam em aglomerados e em maior número em palhotas isoladas em constante mudança que ontribuia bastantemente para a perpetuação do seu estado de miséria.

(27) *Idem*.

(28) CNCS, 3ª reunião, *op. Cit*: 41. O colonialismo não desenvolveu os conhecimentos empíricos ascentrais das populações locais (baseadas na transmissão oral) para a técnica científica.

(29) Essas unidades sanitárias foram construídas utilizando material local, casas de pau a pique. Não obstante esses postos de saúde vieram a servir como postos fulcrais para educação sanitária e para extensão de ideias sobre a prevenção das doenças comuns.

(30) Gill Walt, *The evolution of health policy in Mozambique: Mozambique Towards people's health service: 5.*

(31) Foi nesta fase em que os cuidados de saúde primários são extensivas as populações como resultado das vitórias militares e o crescimento do envolvimento dos camponeses nos novos métodos e relações de produção. Esse envolvimento também originou o aumento da produção e consequentemente a criação de excedentes.

(32) CNCS, 3ª reunião *op. cit*: 46. O número de pessoas vacinadas diminuiu devido a guerra e a falta de recursos financeiros bem como de dados estatísticos. Os Serviços de Saúde estavam desprovidos de veículos e de uma cadeia de frio para conservação das vacinas.

(33) Carol Barker, "bringing health care to people" in Soul J.(ed), A difficult road: the transition to socialism in Mozambique, 1985: 321.

As doenças mais frequentes eram a malária as infecções bacteriológicas e tuberculose, infecções parasitológicas, anemias e deficiência de vitaminas. Para o tratamento dessas doenças a Frelimo sempre procurou providenciar os respectivos medicamentos que se consideravam essenciais.

(34) Hobdell, op. cit. 19. O processo de formação de trabalhadores de saúde declinou entre 1969 - 1971 devido à luta interna que ocorreu culminando com o assassinato de Eduardo C. Mondlane em 1969.

(35) Essas evacuações ou transferência de docentes de uma unidade sanitária para outra, muitas vezes ocorriam em condições difíceis por falta de meios e devido a guerra. CNCS, 3ª reunião, op. cit: 43

(36) Idem: 45 Esta mudança que caracterizava a diversificação dos alimentos aos doentes visava contrariar a situação anterior devido a casos frequentes de malnutrição.

(37) Idem: 47. A participação da comunidade na prevenção da sua própria saúde, fez com que a medicina preventiva atingisse o seu período áureo em 1972 ao ser mostrada e materializada a sua importância pelo presidente da Frelimo, Samora Moisés Machel ao afirmar que cada combatente, cada militante da Frelimo devia ser um agente sanitário. Neste período também foram intensificados os programas de formação de trabalhadores de saúde cujo reinício ocorreu em Novembro de 1971.

(38) Idem: 46. Não obstante, essas medidas de carácter preventivo serviam de base para a introdução da medicina preventiva dada sua primazia. Assim os resultados sobre a saúde das populações nas zonas libertadas foram superiores que todo período colonial.

(39) Idem: 47.

(40) Baker, op. cit: 322. Essas medidas sobre os cuidados primários que deviam beneficiar as populações foram consolidadas com a realização da 1ª conferência sobre saúde em 1973. Ela mostrou quão importante era a população para a Frelimo. Assim, esperava-se que através da saúde devia-se cultivar o amor com as massas pois representavam o seu movimento e a sua linha política ao se encontrarem em contacto directo.

(41) Diana Jelly, "Primary Health in Practice: um estudo em Maputo; 7. As relações sociais eram baseadas pela colectivação, a tomada de decisões tornava democráticas, O comércio passou a realizar-se em cooperativas e as mulheres participavam em toda parte da vida. deste modo as relações sociais vigentes nas "zonas libertadas" tornavam mais clarificadas diante do imperialismo.

(42) A orientação política da Frelimo tinha sido de certo modo resultado da experiência acumulada durante a luta de libertação nacional de Moçambique.

(43) Barker, op. cit: 323.

(44) Hobdell, op cit: 23.

(45) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 56.

(46) Ministério da Saúde, artigo número 37 e 38 in Bolentim da República, Serie I, n 45, 29 de Julho de 1975: 62. Nessa altura o governo da Frelimo já considerava que a saúde era um direito do cidadão e um dever do Estado. O Serviço Nacional da Saúde iria ser orientado pela política da Frelimo.

(47) Conselho de Ministros, Decreto lei n 5/75 in Bolentim da Republica, Serie-I, n 24, 19 de Agosto de 1975: 107.

(48) Idem.

(49) Hobdell, op. cit: 24. Foram construídas latrinas e as populações receberam uma explicação sobre a importância e relevância em relação a sua utilização.

(50) Idem 43. A vacina contra a tuberculose era dada ao grupo etário dos zero aos quinze anos de idade, a do sarampo dos 6 aos 36 meses, a do tétano era restringida a todas as mulheres com idade fértil (dos 15 aos 45 anos) e finalmente a da cólera era dada a todas as idades.

(51) Barker, op. Cit: 326. Assim pode -se adiantar que a democratização e colectivização das estruturas sanitárias não se realizaram como uma mera solução dos problemas de saúde mas, como uma linha política que orientava o goveno da Frelimo no pós-independencia.

(52) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 50. Estas medidas estavam também inseridas num conjunto de programas sectoriais de saúde que tinham sido discutidos a quando da realização da 1ª reunião do CNCS, em Fevereiro de 1977 e os representantes dos conselhos encontravam-se regularmente para discutir a política do hospital, destruindo a estrutura colonial bem como os grupos dinamizadores, tornados moribundos devido a falta de clareza.

(53) Hobdell: 26.

(54) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 5.

(55) Barker, op. Cit: 327. Esta campanha já havia sido iniciada em Julho de 1976 bem como algumas práticas sobre o saneamento do meio ambiente.

(56) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 56.

(57) Hobdell, op. cit: 30 - 31. Esta característica da rede sanitária, procurava estabelecer uma interligação de forma mais compacta entre os serviços preventivos e curativos cuja base era representada pelas aldeias comunais, locais de trabalho ou áreas residenciais. Porém, este projecto era minado pela falta de trabalhadores de saúde.

(58) Idem

(59) Idem: 34. O funcionamento desses institutos de saúde alterava a situação herdada no período colonial. Antes, existiam apenas dois, um na cidade da Beira e outro na cidade de Lourenço Marques. Para ingressar nos novos institutos exigiam-se habilitações de 4ª classe ao invés de 6ª classe. O curso de enfermagem tinha a duração de três anos, passou para dois anos formando enfermeiros do grupo A.

(60) Idem: 39. A formação dessas escolas foi resultado de um seminário realizado em Julho de 1977 onde também foi analisada a questão da equipa de ensino, a qual ficou composta por um médico, uma enfermeira, uma parteira e dois agentes sanitários. A educação política constituía parte integral da formação do APE e, era feita através do contacto contínuo com as populações locais as quais eram organizadas pelos grupos dinamizadores. Este programa de formação era financiado pela UNICEF.

(61) Idem. Para além de serem formados APE, associavam a ele, agentes de medicina preventiva e saneamento do meio. As outras categorias não foram formadas porque havia falta de professores qualificados.

(62) Idem: 51. Os cooperantes provinham de então países socialistas: URSS, China, GDR, Coreia do Norte, Cuba, Bulgária, dos países fronteirais Africanos, Tanzânia, Zâmbia, Guiné-Konacri; dos países ocidentais, Itália, Portugal, Holanda, Bélgica e Suécia e refugiados vindos do Brasil, Chile, e Argentina. Este grupo de trabalhadores de saúde juntavam-se aos da Organização Mundial da Saúde e que estavam integrados nas campanhas específicas como de vacinação.

(63) Idem. Esta instituição deu a conhecer a todos os residentes do Reino Unido sobre o recrutamento de quadros de saúde para Moçambique. Para o efeito, os interessados enviaram requerimentos para o programa de recrutamento de Moçambique em Londres.

(64) Idem.

(65) *Idem*.

(66) A lei nº 2/77, socialização da medicina In Boletim da República, I série - 132, 12 de Novembro de 1977: 559.

(67) *Hobdell, op.Cit: 24.*

(68) *Barker, op. Cit: 326.* Este assunto é também abordado com profunda análise por *Hobdell* para além do relatório do CNCS apresentado aquando da realização da terceira reunião desse órgão. Não obstante, importa referenciar que os conselhos farmacêuticos eram constituídos por chefes dos serviços farmacêuticos, estudantes de medicina e representantes do MISAU (Ministério da Saúde).

(69) *Hobdell, op.Cit: 49.* Essa medida era restritiva em relação aos importadores privados embora os químicos privados continuassem a vender os medicamentos. O governo assim desejava ainda manter as trocas internacionais sob seu controle.

(70) *Barker, op. Cit: 324.*

(71) *Idem: 326.* O governo da Frelimo ao tentar implementar a sua política farmacêutica argumentava que as corporações estrangeiras cerca de 49 desejavam vender os medicamentos a um preço demasiadamente caro não podendo a maioria da população ter acesso aos tratamentos médicos. A prescrição de uma preparação caríssima tinha a ver com a gravidade da doença.

(72) *Idem: 324.*

(73) CNCS, Reunião: 5 A investigação das plantas medicinais integrava estudos de botânica e da sociologia bem como da farmacologia e da bioquímica dos remédios herbóceos. Destes trabalhos de investigação, esperava-se desenvolver um comércio desses remédios, pois, na época sentia-se o aumento da necessidade das plantas medicinais quer a nível nacional quer a nível internacional. Um curandeiro pode ser mágico, outros fazem a combinação entre as ervas e os outros ainda utilizam ossos. Os remédios herbóceos são prescritos, se a doença fôr física é diagnosticada. O curandeiro é um médico, psicólogo, conselheiro dos cônjuges, agente de seguro e mesmo sacerdote. Esses atributos eram-lhe dados devido as suas práticas entre as populações.

(74) *Idem.* Esta constituía a espinha dorsal da política sanitária em relação à medicina tradicional.

(75) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 55. Esta posição era secundada por *Barker* ao afirmar que as práticas sanitárias da Frelimo nas zonas libertadas tinham origens nas visões do partido sobre a saúde. *Barker* acrescentou ainda que não era resultado de uma abstracção intelectual.

(76) Barker, op. Cit: Para Moçambique eram os seguintes campos que cobriam os cuidados de saúde primários: a) Saneamento do meio, b) educação sanitária e nutricional; c) abastecimento de água em condições higiénicas; d) Programa alargado de vacinações; e) Protecção materno-infantil; f) Outras acções de combate às doenças transmissíveis; g) cuidados médicos de urgência e tratamento de outras doenças comuns; h) A recolha de dados demográficos e estatísticas de base.

(77) CNCS, 3ª reunião, op. Cit: 53 .

(78) Idem: Os níveis de atenção de cuidados de saúde são: Primários, integrando os postos sanitários e centros de saúde; Secundário é constituído por hospitais rurais; Terciários correspondem aos hospitais provinciais e finalmente quaternários são incluídos os hospitais centrais (Maputo, Beira e Nampula).

(79) Barker, op. Cit: 333.

(80) Borge Coelho, op. cit.: 331-332. A primeira experiência no processo de aldeização ocorreu na província de Gaza, onde os Ministérios de Agricultura e Obras Públicas e Habitação eram chamados a dirigir o processo, procurando envolver outros departamentos do Estado nas suas respectivas áreas. No entanto, a inexistência de estudos feitos e a falta de participação popular na localização das aldeias engrossavam o lote de problemas que se faziam sentir ao longo do processo de aldeização, e como consequência a missão era deixada para as autoridades provinciais.

(81) Idem: 339. Em Abril desse mesmo ano, a Comissão Nacional de Aldeias Comuns criava o seu Conselho Coordenador a fim de conter os problemas que afectavam as aldeias comuns como resultado da inexistência nos ministérios de Departamentos específicos virados para os assuntos das aldeias comuns.

(82) Idem: 342

(83) Idem: 378. À luz das recomendações da Comissão Nacional das Aldeias Comuns, foi criado o Conselho Coordenador Provincial das Aldeias Comuns que era composto pelos destacados Departamentos Provinciais de Estado.

(84) Idem: 344

(85) António Pacheco et al, "Moçambique: as aldeias comuns". In Notícias, 16 de Setembro de 1982 : 3

(86) Reunião nacional de agricultura: De finalização da organização de uma aldeia comum. Doc. inf., nº9, CDHICM, 1975 : 7; cada aldeia comum devia ser constituída por 1250 pessoas

correspondendo aproximadamente 250 famílias, não se permitindo o excesso de habitantes na aldeia comunal.

(87) Borge Coelho, op. cit.: 332

(88) *Idem*: 383. A população de Mutarara era aproximadamente igual a 144.000 habitantes segundo o relatório provincial de Tete de 1979 apresentado na 5ª reunião do Conselho Nacional Coordenador de saúde realizado em Maputo entre 7 a 10 de Fevereiro. Neste período programa-se a construção.

(89) *Idem*: 379

(90) *Idem*: 380

(91) *Idem*

(92) *Idem*. Antes de ser implementada essa decisão as populações recebiam apoios no contexto dos primeiros auxílios de emergência com a criação da Comissão Inter-provincial das Calamidades naturais. Não obstante, as operações de auxílio tinham de obedecer o esquema reassentamento das populações definido previamente pela Comissão Nacional das Aldeias Comuns de Tete.

(93) *Idem*, 381; As demarcações tinham tido como base os estudos realizados em Maputo os quais foram assinados pela Direcção Nacional de Habitação culminando com o envio de uma equipa para Mutarara. Esta equipa, era composta por duas empresas da Direcção Nacional de Habitação e uma empresa soviética de solos trabalhando com efectivos locais bem como com o Ministério da Agricultura.

(94) *Idem*: 385

(95) *Idem*:

(96) *Idem*: 381 - 382.

(97) *Idem*.

(98) *Idem*: 383

(99) *Idem*.

(100) *Idem*: 382

(101) *Idem*.

(102) Idem: 383; o problema da água nas aldeias comunais era associado a outros problemas tais como a inexistência de terra ou de acesso as vias de comunicação. A partir de 1980, o Estado procurou resolver o problema da água reabilitando os antigos poços dos aldeamentos.

(103) Idem

(104) Idem: 337; dos aldeamentos construídos no período colonial, somente três foram transformados em aldeias comunais, 12 continuaram como vilas informais até 1982 e 14 desapareceram nesse mesmo período.

(105) Idem: 415

(106) Idem: 416

(107) Idem.

(108)- Comissão Nacional das Aldeias Comunais, documento de trabalho interno preparado com vista a elaboração de um relatório de orientação sobre o desenvolvimento das aldeias comunais: 17 - 18.

As populações concentradas nas aldeias comunais não puderam melhorar as suas condições de vida ao diminuir-se o nível de produtividade. Os camponeses permaneceram dispersos e já não se podia apanhar madeira ou lenha em redor da aldeia.

(109)- Direcção Provincial de Saúde "Relatório da Província de Tete", In CNCS, 3ª reunião, 27 de Fevereiro a 7 de Março de 1978:4.

(110) Direcção Provincial de Saúde "Relatório da Província de Tete", In Ministério de Saúde/Cnccs, 5ª reunião, 7 a 10 de Fevereiro de 1979:15. Em virtude do desenvolvimento cooperativo registado durante o segundo semestre de 1979, as autoridades sanitárias da província manifestavam a necessidade de se realizar a abertura do segundo curso.

(111) CNCS, 3ª reunião, op. cit.: 4

(112) Direcção Provincial de Saúde "Relatório da Província de Tete", In Ministério de Saúde/Cnccs, 2ª reunião, 21 a 26 de Fevereiro de 1977 : 3

(113) Direcção Provincial de Saúde "Relatório da Província de Tete", In Ministério de Saúde/Cnccs, 1ª reunião, 21 a 26 de Fevereiro de 1977: 33

(114) CNCS, 3ª reunião, op. cit.: 4

(115) CNCS, 2ª reunião, op. cit.: 3

(116) Borge Coelho, op. cit.: 388

(117) CNCS, 1ª reunião, op. cit.: 2; Neste caso, o Agente Polivalente Elementar seria visitado regularmente por agentes sanitários circulantes bem como por brigadas móveis polivalentes.

(118) CNCS, 3ª reunião, op. cit.: 5

(119) Direcção Provincial de Saúde "Relatório da Província de Tete", In Ministério da saúde/Cnccs, 4ª reunião, 25 a 28 de Agosto de 1978 : 2; A inexistência de uma segurança ao longo da fronteira esperava-se então sem número de consequências sanitárias que daí advem.

(120) Idem. Por exemplo, só em 1978, o distrito contava com 121 latrinas e 136 aterro sanitários; foram realizadas cerca de trinta palestras de educação sanitária onde participaram cerca de 20.000 pessoas; realizaram-se 60 inspecções sanitárias tendo sido constituídas 4 multas, foram feitas 1.729 vacinações contra sarampo, 1.106 contra a tuberculose, 236 contra tétano, 385 contra a pólio e por último foram realizadas cerca de 28.741 consultas.

(121) CNCS, 2ª reunião, op. cit. A população de Mutarara era de aproximadamente 130.329 pessoas e estava desprovida quer de médico quer de uma parteira.

(122) Borge Coelho, op. cit.: 389. O Agente Polivalente Elementar não recebia nenhum salário do Estado. Ele e a sua família eram sustentados pelos aldeões, desde alimentação alojamento e vestuário através da participação colectiva, todavia, o Agente podia ser dispensado dos trabalhos cooperativos.

(123) CNCS, 1ª reunião, op. cit.: 4

(124) Idem.

(125) Geffray op.cit: 10

(126) Idem. Contudo, o processo que visava a construção de uma sociedade nova no período pós-independência potenciando os sectores de saúde, educação, agricultura e pecuária foi acompanhado por ilegalidades, abusos de poder, certas práticas coercivas no processo de implementação de aldeias comunais acrescido ao desenvolvimento desequilibrado entre o Campo e a Cidade e entre o Norte, o Centro e o Sul.

(127) Yussuf Adam, Moçambique: Ajuda Norueguesa Num Contexto da Crise, CHR Michelsen: Instituto, 1990:24; Tajú, op. cit.: 12.

(128) Idem: 13. Pontes, Povoações e diversas infraestruturas económicas constituíram os alvos principais dos ataques rodesianos.

(129) Agora, as operações militares da Renamo passam dos serviços secretos rodesianos para os serviços secretos sul-africanos. Nessa altura, o Quartel General da Renamo situava-se ao longo da fronteira entre Transvaal e Moçambique. Christian Geffray, A Causa das Armas: Antropologia da Guerra Contemporânea em Moçambique, Porto: Afrontamento: 12.

(130) Os países membros da SADCC visavam um desenvolvimento mais independente da constelação de Estados, política preconizada pela Pretória. Tajú, op. cit.: 19 - 20.

(131) Idem: 32 - 33. A Renamo, até, pelo menos 1983, não reivindicava uma possível partilha do poder com a Frelimo. Ela servia interesses dos regimes recistas da então Rodésia e RSA para além dos ex-colonos e seus ségnitos, inviabilizando a materialização dos objectivos preconizados pelo governo da Frelimo - Construção duma Sociedade Nova.

(132) Entrevista: José Alberto Victorino.

(133) Entrevista: Manuel Vore. Afirma-se que os primeiros ataques realizados no distrito, correspondem aos ataques ocorridos ao longo da estrada Tete - Mutarara cuja movimentação de grupos armados ocorria entre a região de Dôa e Cambulatsitsi. Neste contexto, seguiram-se os ataques ao posto administrativo de Inhangoma e região de Jardim. Os testemunhos recordam que foram feitas cerca de 4 tentativas de ocupação a região de Jardim e duas ao posto administrativo de Inhangoma.

(134) Entrevista: Miguel Chapamba

(135) Entrevista.

(136) Entrevista: Tomás Jorge

(137) Entrevista.

(138) Entrevista: Changa Chueca

(139) Idem. A Sede do distrito de Mutarara foi atacada em simultâneo com o posto administrativo de Sena. Os guerrilheiros partiram de Dôa. A Sede do distrito contava com batalhões de Chemba, Caia, Sena e Morrumbala mas estes eram incompletos e os seus respectivos soldados não estavam preparados moralmente para fazer face ao inimigo, culminando com a fuga do Comandante John Dique, Capitão, em direcção a Tete na companhia de alguns soldados.

(140) Entrevista: Luís Tassicane.

(141) Idem.

(142) Idem.

(143) Entrevista. A destruição da Ponte D. Ana, visava isolar as tropas do exército alocados no distrito, da província, não possibilitando a recepção de qualquer socorro em caso de ataque. Assim, as populações ficavam asfixiadas.

(144) Entrevista. Procurou-se organizar o exército ao serem seleccionados os melhores combatentes nos diferentes distritos da província. A capacidade logística foi reforçada (transporte, alimentação e armamento)

(145) Entrevista.

(146) Entrevista: João Mancjo. Os chefes que entram em dissidência e exercem a sua autoridade sob-protecção das armas da renamo.

(147) Idem. Parte da população sob- controlê da Renamo, sobretudo as mulheres eram obrigadas a praticar a agricultura para além de serem utilizadas no transporte de material de guerra de uma base para a outra.

(148) Geffray, op cit: 107 Foram os policias das zonas dissidentes e eram originários da região. As suas tarefas eram realizadas nos postos de controlo das bases e nos postos avançados junto dos M'giba.

(149) Ver, as principais fontes de apoio à Renamo em : Adam, op cit: 24 e Geffray, op cit: 13

(150) Entrevista. O Centro de Saúde de Mutarara, para além de ficar congestionado, foi obrigado a fechar devido à ocupação da Sede do distrito durante os finais de 1986 e princípios de 1987. Parte de trabalhadores da saúde tinham-se refugiado no Malawi e outra parte na capital provincial de Tete.

(151) Abdul Raazac Noormahomed et al, The Impact On Health In Mozambique of The South African Desestabilisation (S.L): Ministério de Saúde, (s. d.) : 2. Nos finais de 1986 e princípios de 1987, cerca de 90% da rede sanitária existente no distrito de Mutarara tinha sido destruída e por conseguinte, as populações, embora em número muito reduzido, ficaram desprovidas de cuidados de saúde primários.

(152) Idem. 5

(153) Idem. Assim, as crianças, por constituírem o sector mais vulnerável, mergulhados na guerra, também morreram pela diarreia, malária, sarampo e pneumonia.

(154) Idem: 6 Assim, os habitantes de Mutarara tornavam-se vulneráveis às doenças sobretudo as crianças ao ficarem totalmente desprovidos dos cuidados de saúde primários cuja solução não se vislumbrava naquele período. As estradas, as pontes, os camiões eram destruídos agravando as reservas alimentares das populações.

(155) Jarl Chabot et al, Report on mission to support health systems research activities in the People's Republic of Mozambique, Harare, who Sub-regional health development office, 1989.

(156) Idem

(157) Entrevista.

(158) Entrevista.

(159) Idem

(160) Idem

(161) Idem

(162) Idem

(163) Entrevista.

(164) Entrevista

(165) Idem

(166) Idem

FONTES UTILIZADAS

ARTIGOS:

A lei nº 2/77, de 27 de Setembro, socialização da Medicina in Boletim da República, Série I- 132, 12 de Novembro de 1977

Augusto da Silva Travassos, "A saúde nas suas relações com a sociedade" In Boletim do Instituto Superior de Higiene, ano V, nº 24, Lisboa, 1950.

Barker, C, "Bringing health care to people" in Soul, J. (ed), A difficult road: The transition to Socialism in Mozambique, New York: Mouty Review Press, 1985

Coelho de Vale, "História de Assistência ao Indígena no Ultramar Português", In anais do Instituto de Medicina Tropical, 1953, Lisboa, vol. 10, nº 4, Fascículo 1 pp. 2551 - 54.

Chabot, Jarl et al, " Report on mission to support health systems research activities in the peoples republic of Mozambique, 18 - 28 April 1989. Harare: Who Subregional health development office, 1989.

Conselho de Ministros, Decreto lei nº 5/75, Nacionalizações: in Boletim da República, Agosto de 1975.

Discurso do camarada Presidente da Frelimo e da República Popular de Moçambique em 24 de Julho de 1975 in Notícias, 25 de Julho de 1975: 5.

Julie Cliff, et al, "The Impact of War On Children's Health In Mozambique" Vol. nº36, nº7, 1993

Joaquim Ferreira da Silva, "Os Serviços da Saúde da Província de Moçambique - Organização dos Serviços da Saúde - relatórios e estatísticas referentes a 1956", In anais do Instituto de Medicina Tropical.

J. Ferreira da Silva, "Problemas de saúde e higiene", In Boletim da Sociedade dos Estudos de Moçambique, 1956, L. Marques, ano 26, nº 100 (introdução pp. 65 - 83).

Joseph Hanlon, "Mozambique health care" [s.l]; [s.e]; [s.d].

Hanlon, Joseph "Are 300 drug enough? News Scientist". 7 de Setembro de 1978: 708 - 710.

Lourindo dos Santos Garcia, "Saúde e Assistência em Moçambique In Ultramar, 1967, Lisboa, Vol. 8, nº30, pp. 114 - 29.

Madeley et al, the advent of primary health care in Mozambique. Ambio, vol. 12, nº6 (1983) : 322 - 25 (artigo).

Ruth Aysis and Dr. Oscar Monteiro, " Fighting another front: The expanded programme on immunization in Despite the odds", Maputo, (s.d).

Samora Machel, " No trabalho sanitário materializemos o princípio de que a revolução liberta o povo" in A Luta Continua, Porto, 1974.

Samora Moises Machel. " Hospital Central do Maputo: Palavra de ordem de colectivização e democratização das estruturas" in Notícias, 8 de Outubro de 1976: 6 - 8.

Samora Moises Machel, "as vitórias do Hospital Central do Maputo são exemplo para todo o país", in Notícias, 8 de Outubro de 1978: 3 - 4.

Tajú, Gulamo, " A Renamo: os factos que conhecemos" In cadernos de História, 7, 1988.

Tertuliano Soares, "Resultado da Política de Saúde Pública em Moçambique" In Moçambique - Curso de Extensão Universitária - ano lectivo de 1964 - 65, 1965, Lisboa, pp: 601 - 33.

ARQUIVO

Comissão Nacional das Aldeias Comunais. Organização dos órgãos de direcção das aldeias comunais: 1ª reunião nacional das aldeias comunais, Gaza, Março, 1980.

Comissão Nacional das Aldeias Comunais. Questões sociais e culturais: 1ª reunião nacional das aldeias comunais, Gaza, Março, 1980.

Comissão Nacional das Aldeias Comunais. Documento de trabalho interno preparado com vista a elaboração de um relatório de orientação sobre o desenvolvimento das aldeias comunais.

Comissão Nacional das Aldeias Comunais, 1ª reunião nacional das aldeias comunais (fase preparatória) Maputo, 14 de Maio de 1979.

Comissão Nacional das Aldeias Comunais, Gaza, Março, 1980. Conjunto de documentos da reunião nacional.

Primeiro plenário dos conselhos de base do Hospital Central de Maputo, (Maputo, 20 e 21 de Maio de 1978).

Direcção Provincial de Saúde, relatório da província de Tete In Ministério da Saúde/ CNCS, 1ª reunião, Maputo, 21 a 26 de Fevereiro de 1977.

Direcção Provincial de Saúde, relatório da província de Tete in Ministério da Saúde/ CNCS, 2ª reunião, 13 a 20 de Agosto de 1977.

Direcção Provincial de Saúde, "Relatório da província de Tete a reunião do Conselho Consultivo Alargado do Ministério da Saúde", 1982.

Direcção Provincial de Saúde, "Relatório da província de Tete sobre as actividades desenvolvidas no primeiro semestre de 1985".

Direcção Provincial da Saúde, "Relatório da Província de Tete" in Ministério da Saúde/CNCS, 3ª reunião 27 de Fevereiro a 07 de Março de 1978.

Direcção Provincial da Saúde, "Relatório da Província de Tete" in Ministério da Saúde/CNCS, 4ª reunião, 25 a 28 de Agosto de 1978.

Direcção Provincial da Saúde, "Relatório da Província de Tete" in Ministério da Saúde/CNCS, 5ª reunião, 07 a 10 de Fevereiro de 1979.

Reunião nacional de agricultura: Definição da organização de uma aldeia comunal, 10 de Março de 1975.

MONOGRAFIAS

Yussuf Adam, Moçambique: Ajuda Norueguesa num contexto de crise, CHR Michelsen: Instituto, 1990:24.

Ministério da Saúde: Direcção Nacional do Pessoal/ Secção de Formação, Manual do Agente Polivalente Elementar (s.l); (s.e), 1977.

Noormahomed, Abdul Raazak et al, The Impact On Health In Mozambique of the South Africa Desestabilization (s.d) Ministry of Health, (s.d).

Conselho de Ministros, Como Age o Inimigo: Análise política sobre a situação económica e social do país, Maputo: Departamento do Trabalho Ideológico, 1977.

Direcção Nacional da Medicina Preventiva, Textos de educação sanitária, 2ª edição, Maputo: UEM, 1977.

Direcção dos Serviços de Saúde, os serviços de saúde em Moçambique, L. Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, 1956.

Frelimo, Estatuto e programas, L. Marques: (s.e), 1975.

Frelimo, Documento da 8ª Sessão do Comité Central, Maputo : D. I. Propaganda, 1976.

J.P.C. Borges Coelho, Protected Vilages and Communal Vilages, 1968 - 1982: a history of state settlement policies, development and war, Bradford : University, 1993.

Martin Hobdell et al, Revolutionary Practice In Health: The Health Care Services en Mozambique, London : MAG, 1979.

Ministério do Ultramar/ Gabinete do Ministro, Regulamento dos serviços de saúde e assistência do ultramar: Decreto nº 45541 (S. D): agência - geral do ultramar, 1954.

Ministério da Saúde, Les Soins de Sauté Primaires au Mozambique, Paris : l'Harmattan, 1979.

Samora M. Machel, A Luta Contra o Subdesenvolvimento, Maputo: (s.e), 1983.

Saúde : Moçambique, Maputo : BIP, 1990.

Samora M. Machel, Desalogemos o Inimigo Interno do Nosso Aparelho do Estado, Maputo: (s.e), 1980.

Samora M. Machel, Estruturar o Partido Para Melhorar a Vida do Povo, Maputo: (s.e), 1983.

Secretaria Provincial de Saúde e Assistência, Planos de Trabalho para 1973. L. Marques: (s.e.), 1973

Partido Frelimo, Directivas Económicas e Sociais, Maputo : (s.e), 1983.

Partido Frelimo, Directivas Económicas e Sociais - Documento do 3º Congresso da Frelimo, Maputo : Departamento de Trabalho Ideológico, 1977.

ENTREVISTAS

Changa Chueca (Ex. Soldado da Frelimo e da Renamo) Mutarara, 18 de Setembro de 1996.

David Manhacha (Administrador do Distrito de Mutarara) Mutarara 16 de Setembro de 1996.

José Alberto Victorino (ex-cativo da Renamo) Mutarara, 20 de Setembro de 1996.

Júlio Chaola (Director Distrital de Saúde de Mutarara) Mutarara 16 de Setembro de 1996.

Luis Tassicane (Motorista da MSF/B) Mutarara 11 de Setembro de 1996

Manuel Vore (Camponês) Mutarara, 22 de Setembro de 1996.

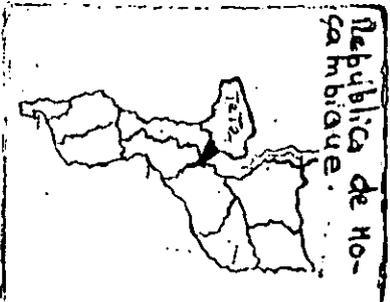
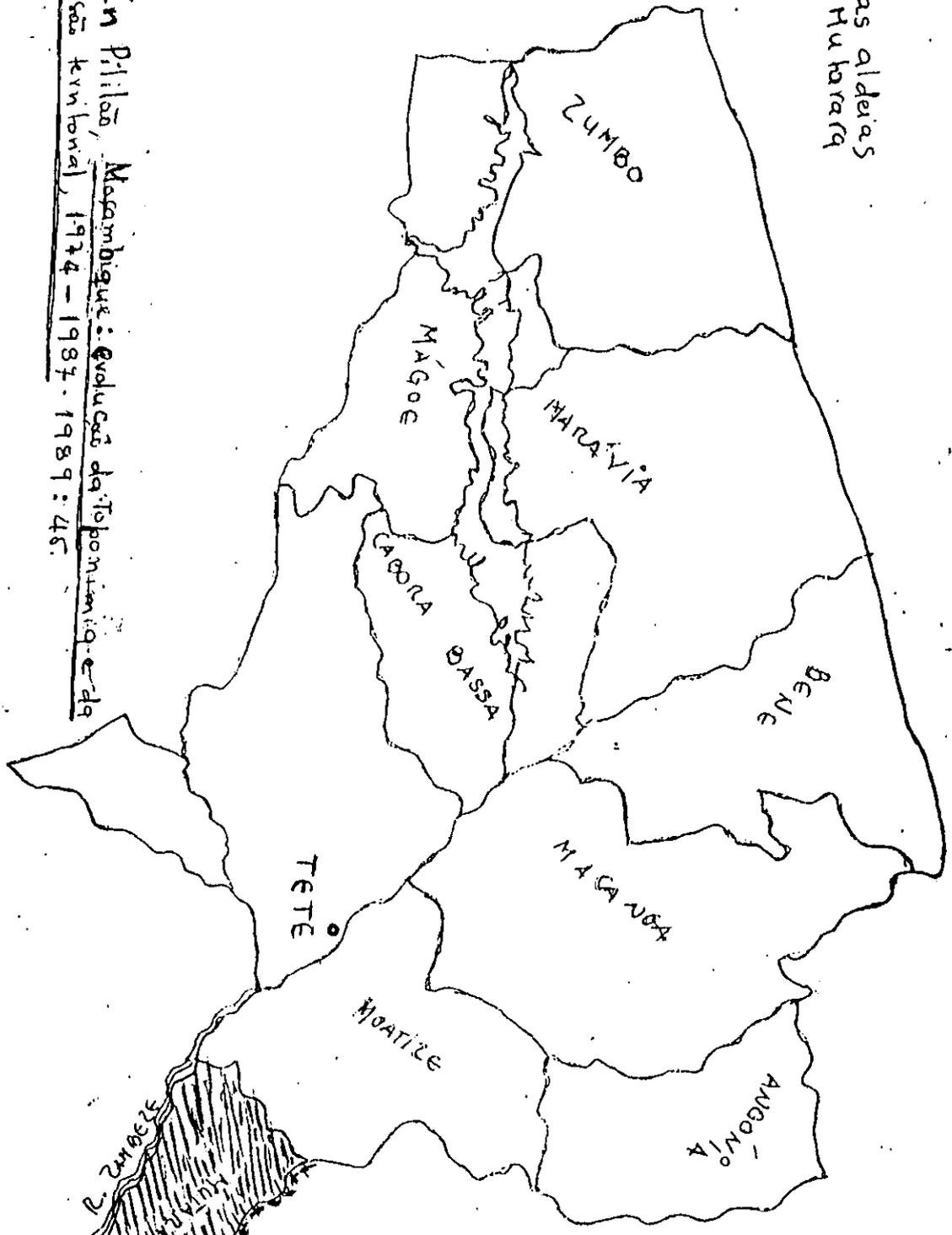
Manuel Manejo (Servente) Mutarara, 23 de Setembro de 1996

Miguel Chapanba (Secretário-adjunto da Frelimo)Mutarara, 16 de Setembro de 1996

Tomás Jorge (trabalhador) Mutarara 22 de Setembro

Jamal A. Colaço (Comerciante) 18 de Setembro de 1996

Mapa 1
Localizaçõe das aldeias
Comunais na Huílarã



In Pilião, Moçambique: avaliacõe da Toponimicõe e da
divisõe territorial, 1974 - 1987. 1989: 46.

legenda

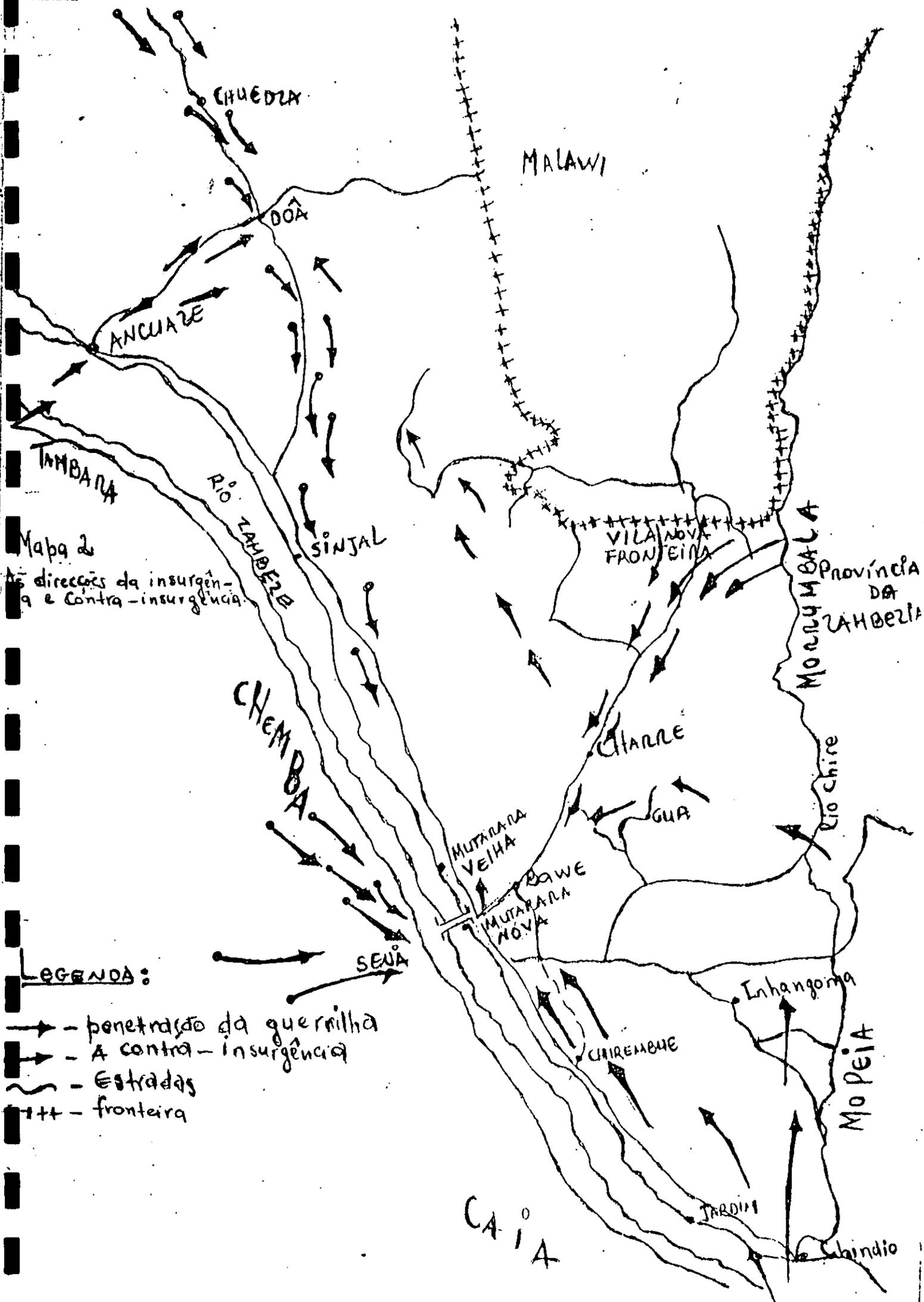
▲ Aldeia Comunal

~~~~~ Rio

++++ fronteira

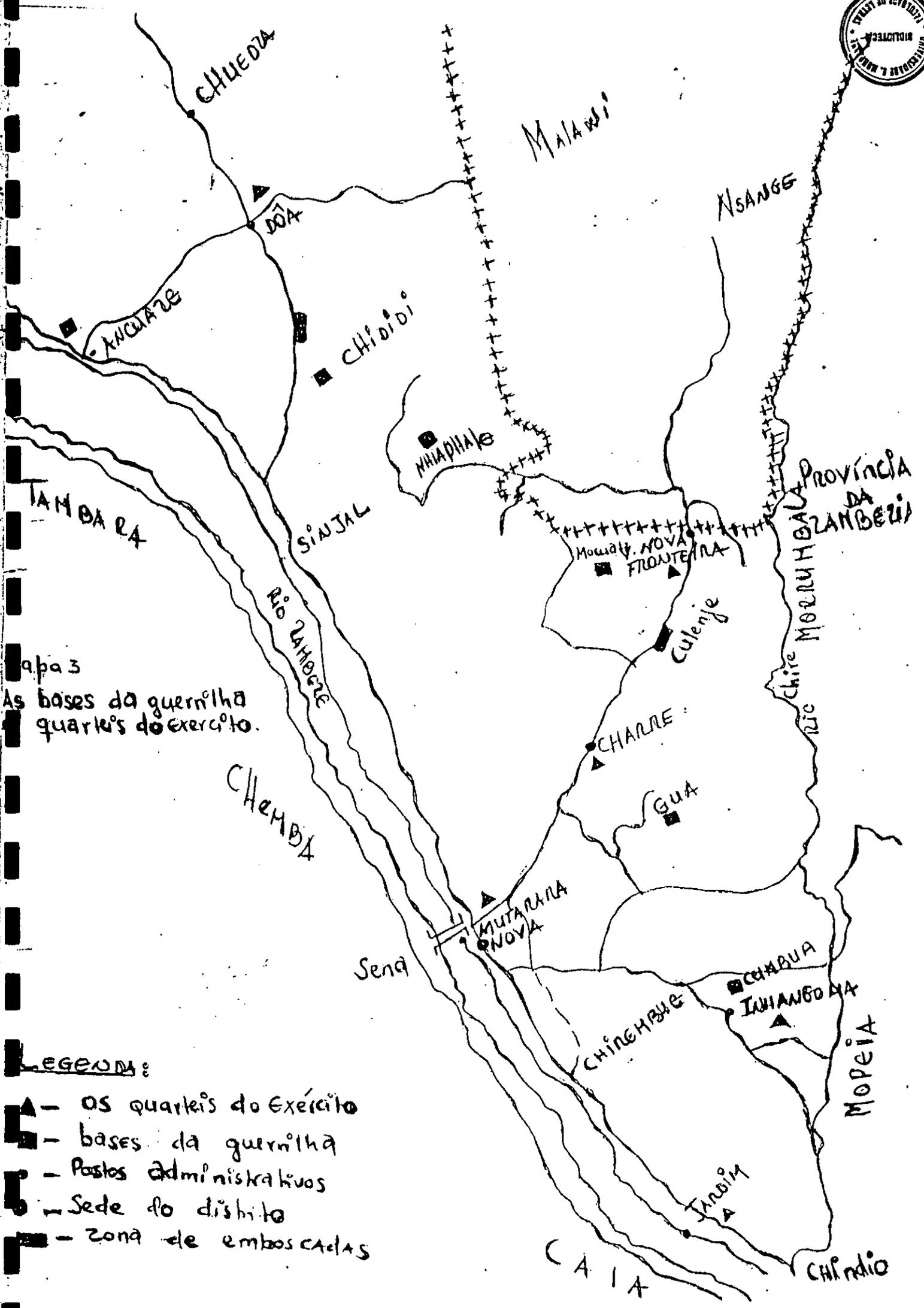
1. Nyamaybue
2. Zimira
3. Vila Nova da Fronteira
4. Charre
5. Sinjal
6. Baue
7. 1.º de Maio
8. Missuassua
9. Cumbiamanga





Mapa 2  
As direcções da insurgen-  
ça e Contra-insurgência.

- LEGENDA:
- - penetração da guerrilha
  - ← - A contra-insurgência
  - ~ - Estradas
  - - fronteira



Mapa 3  
As bases da guarnição  
quartéis do exército.

- LEGENDA:**
- ▲ - OS quartéis do Exército
  - - bases da guarnição
  - - Postos administrativos
  - - Sede do distrito
  - - zona de emboscadas