

A QUESTÃO DO GÉNERO SOB UMA PERSPETIVA HISTÓRICA, NAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Carmeliza Rosário

INTRODUÇÃO

O presente capítulo é baseado numa revisão histórica das políticas sociais desenvolvidas em Moçambique.¹ Dentre as políticas sociais do País, a saúde tem sido consistentemente um dos sectores privilegiados. Já durante o tempo colonial, apesar das políticas discriminatórias entre a população indígena e a colonial, a saúde sempre figurou como preocupação governativa, particularmente em benefício das populações trabalhadoras assalariadas, em detrimento das não assalariadas. Além disso, os aspectos discriminatórios estendiam-se também à priorização dos homens como força laboral e à visão das mulheres e crianças como dependentes, criando inclusivamente benefícios maiores para homens casados e cimentando a perspectiva do homem como provedor.

Quando, após a segunda Grande Guerra, Portugal abandonou a legislação separada para os povos indígenas e não indígenas, as divisões passaram a ser conceptualizadas numa dicotomia de desenvolvimento urbano-rural, que persiste até hoje. Contudo, o quadro racializado da divisão anterior persistiu e coexistiu com o novo enquadramento legislativo (Guthrie, 2017). No pós-independência, o País viveu um breve período de experimentação social e económica, que favoreceu uma abordagem marxista-leninista. Neste período, o foco das políticas sociais foi reverter as desigualdades criadas pelo colonialismo, em particular, as que desfavoreciam a população indígena. Na área da saúde, foram promulgadas políticas que visavam prioritariamente aumentar a cobertura para zonas desfavorecidas, sub-servidas e a saúde preventiva. Os sectores sociais, incluindo os serviços de saúde, foram nacionalizados, com o objectivo de garantir direitos considerados inalienáveis. As divisões de classe, grandemente imbuídas em iniquidades raciais, tomaram precedência sobre as questões de desigualdades entre os géneros.

¹ A revisão das políticas foi feita no âmbito do projecto “*Gender Equitable and Transformative Social Policy for Post-COVID-19 Africa*” (GETSPA), liderado pelo *Institute of African Studies* (IAS), da Universidade do Gana.

Os ajustamentos estruturais, a partir de meados dos anos 80, levaram ao desinvestimento do Estado no sector público, à desregulamentação e à privatização dos sectores sociais. Isto significou quase nenhum subsídio para a saúde. Ao mesmo tempo, a igualdade de género e os direitos humanos começam a entrar no vocabulário jurídico e político. A divisão entre as populações rurais (agricultores de subsistência) e as populações urbanas (assalariadas) foi agravada por estes ajustamentos. O desinvestimento estatal inicialmente excluiu a proteção dos não trabalhadores, afectando principalmente a classe camponesa. Embora os subsídios à saúde tivessem continuado a existir, as privatizações do sector que se seguiram significaram que os mais pobres ficaram sub-servidos e com serviços de pior qualidade. A já parca rede sanitária, foi gravemente reduzida durante os anos da guerra pós-independência. O principal foco nos cuidados primários foram os cuidados materno-infantis.

Quando os Objetivos do Milénio foram estabelecidos, em 2000, Moçambique era um dos países mais pobres do mundo, a recuperar de uma longa guerra e de uma série de crises relacionadas desde o clima à pandemia do HIV. A prioridade era recuperar as infraestruturas destruídas pela guerra e reduzir a pobreza extrema. Na maioria das políticas de saúde, o investimento e apoio foram direccionados para actividades relacionadas com a prevenção do HIV (por exemplo, idosos que cuidavam de órfãos do HIV/SIDA), particularmente entre a população rural, considerada mais pobre e vulnerável. Adicionalmente, a educação das raparigas e a redução da mortalidade materna (com foco nos nascimentos nas unidades sanitárias) figuravam entre os indicadores centrais para medir o desenvolvimento dos países e a equidade entre homens e mulheres.

A partir de 2005, o objetivo da redução da pobreza foi praticamente abandonado e substituído por uma visão de desenvolvimento e prosperidade. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 1 (fim da pobreza), 2 (fome zero), 3 (boa saúde), 4 (educação de qualidade) e 5 (igualdade de género) determinam o enquadramento das políticas sociais. Em Moçambique, isso traduz-se na focalização na melhoria do bem-estar daqueles que estão abaixo do limiar da pobreza, particularmente as crianças subnutridas; saúde e educação livres ou subsidiadas; manter as meninas na escola; e prevenir uniões e gravidezes prematuras.

Apesar do crescimento macroeconómico contínuo, particularmente nos anos 90, os níveis de pobreza não reduziram como esperado. As desigualdades regionais e a pobreza urbana aumentaram. Apesar disso, no campo ideológico, o Estado moçambicano continua a procurar uma cobertura universal na saúde e na educação, e proteção social dos mais vulneráveis. As crises contínuas que o País enfrenta comprometem a capacidade financeira de sustentar tais investimentos sociais. Adicionalmente, a dependência contínua de ajuda externa e a multiplicidade de parceiros provoca uma fragmentação que também compromete a universalização da provisão de serviços (Pfeiffer & Chapman, 2019a).

Ao mesmo tempo, essa mesma dependência da ajuda externa possibilitou a aprovação de pacotes de legislação progressista no que tange a equidade de género, como a lei de família

(Lei n.º 22/2019), a lei para a prevenção da violência doméstica contra as mulheres (Lei n.º 29/2009), a liberalização do aborto (Lei n.º 35/2014) e, mais recentemente, a lei para a prevenção do casamento infantil (Lei n.º 19/2019), que têm implicações para a equidade de género e indicadores da saúde. A implementação desta legislação, no entanto, enfrenta fortes desafios. Por um lado, vão contra algumas práticas e crenças enraizadas. Por outro lado, faz parte de um padrão, no que Jimi Adesina chama «mercantilização de políticas» (Adesina, 2020), i.e., onde a adoção de uma política em si se torna mais importante do que a sua capacidade transformadora real. Apesar de a sua discussão e aprovação forçarem discussões multisectoriais, a sua implementação requer cooperação entre sectores e descentralização, o que é difícil para um Estado com uma longa prática de planeamento sectorial centralizado e em silos. Em última análise, Moçambique é um país com uma população jovem vasta, com indicadores de desenvolvimento humano muito baixos e elevados níveis de desigualdade entre regiões, entre géneros e zonas urbanas e rurais, onde vive a maior parte da população. Ações transformadoras que podem melhorar o bem-estar das gerações presentes e futuras exigem ações tão básicas como melhorar a segurança alimentar das populações, em particular a nutrição das crianças e o acesso das pessoas a água potável. Apesar da igualmente vasta população dependente da agricultura, largamente feminina,² as políticas agrárias não têm sido consistentes ou impactantes para os camponeses. Adicionalmente, a centralidade da indústria extrativa para a economia tem aumentado a precariedade das populações rurais, incluindo no acesso aos serviços sociais.

Em larga medida, as escolhas nas políticas económicas têm condicionado as poucas escolhas disponíveis para homens e mulheres. Tal repercute-se na reprodução de iniquidades entre os géneros que se interpretam como culturalmente inamovíveis, mas que reflectem também uma incapacidade de prover oportunidades para a transformação. Apesar da larga participação da mulher no mercado de trabalho, esta é principalmente em actividades precárias, informais ou de sub-emprego. Tal cimenta a posição do homem como provedor e da mulher como dependente financeira. Adicionalmente, contextos expostos a dificuldades financeiras, conjugado com abusos como o álcool, são propensos à violência, em particular a baseada no género (Cruz, Domingos, & Sabune, 2014).

Num exemplo claro entre a desconexão entre o ideal almejado e o estrutural implementado, a presente estratégia de género do sector de saúde (2018–2023) aponta a dependência financeira feminina e a violência baseada no género como barreiras para o acesso aos serviços de saúde, o que se traduz nos altos níveis de mortalidade materna. A mulher é aqui reduzida a uma mera função reprodutiva. Apesar de tudo, a mesma estratégia reconhece que os problemas que mais afetam os homens são pouco abordados no nível primário, que embora insuficiente,

² 80% de mulheres estão ligadas ao sector agrícola, contra apenas 60% dos homens, de acordo com a base de dados do ILOSTAT.

é o mais acessível para a maioria da população. Não reconhece, no entanto, os aspectos socioeconómicos que afectam negativamente os homens, com efeitos nefastos para a saúde da mulher, além da sua saúde sexual e reprodutiva.

Na análise que se segue, apresenta-se o percurso legislativo do sector de saúde e os ideais preconizados nesta legislação, com particular atenção para a mulher e a sua consideração na mesma. De seguida, apresenta-se a desconexão estrutural que se tem verificado, em relação aos ideais preconizados. Por fim, apresentam-se exemplos sobre como as políticas de outros sectores podem afectar o sector da saúde e produzir efeitos transformadores incluindo de impacto para a equidade de género. Para tal, argumenta-se que, pese embora os desafios que o País enfrenta, de crises recorrentes, falta de recursos e dependência pela ajuda externa, é necessário determinar o tipo de Estado que se quer, social ou mercantilista. Deve ainda ultrapassar-se a visão limitada da saúde da mulher relacionada com sexualidade e reprodução e do papel do homem na saúde como condutor ou repressor dessas funções da mulher.

EVOLUÇÃO NO CAMPO IDEOLÓGICO

A presente análise distingue quatro momentos históricos: o período colonial, o pós-independência, os ajustamentos estruturais e o pós-Declaração do Milénio.

PERÍODO COLONIAL

As políticas coloniais relacionadas com a saúde foram inicialmente incluídas no *Código do Trabalho Indígena* (Decreto n.º 951 de 1914). Apenas a partir de 1945 começaram a ser elaboradas políticas de saúde distintas das laborais. Uma das primeiras foi a *Reforma dos Serviços de Saúde do Ultramar* (Decreto n.º 34 417 de 1945), que visava proteger a saúde das populações ultramarinas. No entanto, o regulamento relativo a estes serviços (Decreto n.º 45 541) só foi estabelecido em 1964. Nele, as doenças percebidas de maior incidência receberam particular atenção. Estas incluíam doenças do sono, tuberculose e lepra. A mortalidade infantil também foi reconhecida como um problema, e a legislação estabeleceu como prioridade a expansão dos cuidados materno-infantis.

Ideologicamente, as populações indígenas eram consideradas civilizacionalmente diferentes da população colonizadora. A sua saúde era importante para salvaguardar a força laboral que alimentava a infraestrutura colonial. A mulher era primordialmente vista na sua capacidade de reproduzir mais força laboral e as crianças como futura força laboral.

PERÍODO PÓS-INDEPENDÊNCIA

Imediatamente após a independência, o sector da saúde foi nacionalizado, através do Decreto-Lei n.º 5/75, tornando todos os serviços gratuitos (Lei n.º 2/77). A saúde foi definida na

constituição de 1975 como um direito do cidadão e um dever do Estado. As zonas rurais, consideradas negligenciadas pelo Estado colonial, tornaram-se foco do sector, juntamente com a medicina preventiva, em detrimento da medicina curativa. A ação mais emblemática desta época foram as campanhas de vacinação em massa realizadas entre 1976 e 1978, que na altura foram consideradas as mais bem-sucedidas do mundo. Em 1977, devido à capacidade financeira limitada da medicina curativa do Estado moçambicano, deixou de ser gratuita, mas oferecida a custos subsidiados aos pacientes (Garrido, 2020). Os serviços materno-infantis, no entanto, permaneceram protegidos.

O sistema colonial era antagónico às práticas tradicionais de cura. O estado pós-colonial, de inspiração marxista e, portanto, ideologicamente distinto, tinha também uma linha civilizadora, antagónica aos desequilíbrios causados pela colonização, mas também às características percebidas como retrógradas das práticas tradicionais. A narrativa da emancipação das mulheres permeou o discurso da luta de libertação e do pós-independência. No entanto, a forma como se esperava que as mulheres participassem seguia linhas claras de separação dos géneros, com as mulheres principalmente nos cuidados e no trabalho complementar, reproduzindo funções sociais. Da mesma forma, sob a doutrina marxista, a criação de uma sociedade equitativa significava corrigir desigualdades de classes, e não entre os sexos (Arnfred, 1988), que se queriam complementares.

AJUSTAMENTOS ESTRUTURAIS

O período de ajustamentos estruturais iniciou, aproximadamente, em 1987, com a introdução do *Programa de Reabilitação Económica* (PRE), que implicou uma mudança nas políticas sociais e económicas e abertura a uma economia de mercado. O PRE, mais tarde atualizado para o *Programa de Reabilitação Económica e Social* (PRES), significou a passagem de uma economia centralmente planeada para uma economia de mercado livre, o que se traduziu na desregulamentação da maioria dos sectores e privatizações. Consequentemente, o Governo liberalizou os preços, praticamente pôs fim à sua gestão de mercado, cortou o seu orçamento para os sectores sociais e introduziu mudanças nas políticas de saúde, baseadas num acesso ligado aos rendimentos. Enquanto o PRE se focava apenas na reestruturação do sector económico, a revisão do PRE, em 1992, passou a incluir a componente social, com foco na redução da pobreza, inicialmente centrando-se na recuperação das infraestruturas rurais destruídas na guerra.

A Lei n.º 4/87 alterou a gratuidade constante na Lei n.º 2/77. Através daquela, passaram a ser cobrados os internamentos, e entidades patronais passaram a ser responsáveis pelos seus empregados e seus agregados. Continuaram isentos de pagamento os considerados inválidos, pensionistas, desempregados, utentes de serviços de parto e pessoas incapazes de pagar. No geral, os serviços de saúde mantiveram a centralidade em relação à saúde materno-infantil

iniciada durante o tempo colonial. Ao mesmo tempo, a nova legislação retornou à lógica colonial de atribuir proteção aos assalariados, deixando os não assalariados desprotegidos. Adicionalmente, a desconexão ideológica entre políticas e práticas estruturais começa a tornar-se mais evidente a partir deste período, com políticas a serem desenhadas sem capacidade ou recursos para a sua execução.

Nesta altura, também se multiplicam as organizações de defesa dos direitos da mulher. No entanto, na área da saúde, a mesma continuou a focar-se quase exclusivamente na saúde sexual e reprodutiva e nos cuidados materno-infantis. As prioridades eleitas por Moçambique na Plataforma de Beijing,³ na área da saúde, foram: a expansão da rede sanitária, formação de profissionais de saúde e parteiras tradicionais, aumento da cobertura de imunização, assistência pré e pós-parto, e educação das raparigas em matéria de saúde reprodutiva e práticas sexuais seguras.⁴

DECLARAÇÃO DO MILÉNIO

Com o lançamento da *Declaração do Milénio*, em 2000, iniciou-se a planificação da redução da pobreza em Moçambique. O primeiro *Plano Absoluto de Redução da Pobreza* (PARPA I) abrangeu os anos de 2001 a 2005. Foi, em grande parte, impulsionado pelos doadores, e seguiu a tendência de outros países em desenvolvimento que também estavam a desenhar os seus *planos de estratégia para a redução da pobreza* (PRSP) na altura. Este plano deriva de vários documentos de planeamento anteriores, nomeadamente as *Linhas de Ação para a Erradicação da Pobreza Absoluta* (1999); o PARPA 2000–2004, que foi um PRSP provisório; e o Programa Quinquenal do Governo para 2000–2004 (Resolução n.º 4/2000). O seu desenho incluiu consultas com a Sociedade Civil, ainda incipiente na época. Os planos subsequentes alinharam-se com o plano de desenvolvimento quinquenal de cada Governo.

No sector da saúde foram desenhados três *Planos Estratégicos para o Sector da Saúde* (PESS), referentes aos períodos 2001–2005, 2007–2012 e 2014–2019. As estratégias enfatizaram os cuidados primários, o acesso e a proteção social dos mais vulneráveis, o acesso universal à saúde, intervenções baseadas em evidência, envolvimento da comunidade, desenvolvimento institucional e humano, promoção de estilos de vida saudáveis, advocacia e parcerias locais e internacionais. Paulatinamente, a promoção de estilos de vida saudáveis e de advocacia foi abandonada, a favor da inovação tecnológica, da integridade e da responsabilidade do pessoal da saúde.

Adicionalmente a estes planos nacionais e sectoriais, o Governo aprovou, em 2015, a *Estratégia de Prevenção e Combate aos Uniões Prematuras* (2016–2019). Esta estratégia adveio do facto de

3 Desenvolvida durante a *IV Conferência sobre a Mulher*, em 1995, sob o lema «Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz», a *Declaração e Plataforma de Ação de Pequim* contém doze temas prioritários para a actuação de Governos em prol da promoção da igualdade entre homens e mulheres.

4 Fonte: <https://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5stat/statments/mozambique7.htm>.

Moçambique ser um dos países com maior incidência de uniões prematuras e gravidezes adolescentes, no mundo. A abordagem para redução da incidência de uniões e gravidezes prematuras centrou-se no aumento de informação para a rapariga, melhoria do acesso à educação, sensibilização dos encarregados e líderes comunitários e incentivos monetários às famílias. A estratégia resultou também na *Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras* (Lei n.º 19/2019). Note-se que, embora as transferências de dinheiro se tenham tornado uma abordagem popular para o desincentivo de uniões prematuras, devido à sua associação à pobreza, existem estudos que indicam que não são uma medida eficaz (Banda *et al.*, 2019; Dake *et al.*, 2018; Pereira & Peterman, 2015).

A partir de 2018, houve um recrudescimento de planos para os diferentes sectores, em particular, focando na questão do género. Entre estes, foi feita a revisão da *Política de Género* e o seu *Plano de Implementação*, baseada no *Protocolo de Igualdade e Desenvolvimento de Género* da SADC. Dentro dos eixos de implementação sobre a saúde, foca na saúde e direitos sexuais e reprodutivos, reforçando a ligação da mulher à reprodução e sexualidade.

Após um interregno durante o mandato presidencial 2015–2019, foi aprovado um novo *Plano Nacional para o Avanço da Mulher*, para o período 2018–2024. Dentre as quatro áreas em que se foca, a de saúde incide sobre a mulher, saúde, água e saneamento, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, e na liderança das mulheres e gestão da água e do saneamento. Esta última pretende aumentar a tomada de decisão das mulheres nas áreas sobre as quais elas são responsáveis domesticamente, nomeadamente a colecção da água e o saneamento. A responsabilidade é, então, imputada ao indivíduo, neste caso, a mulher, e reduzida no campo estrutural, incluindo no desenvolvimento de infraestruturas. Ideologicamente, o País vive um período de planeamento burocrático, medição e mercantilização de políticas, onde apenas o desenho das mesmas, mesmo sem a sua implementação efectiva indicam progresso.

DESCONEXÃO ESTRUTURAL

Embora a desconexão entre o ideal preconizado e a implementação estrutural tenha aumentado no presente momento de mercantilização de políticas, esta tem estado presente desde o tempo colonial. Por exemplo, o direito à saúde, em Portugal, com a responsabilidade do Estado por criar uma rede de cuidados primários e de universalizar os cuidados de saúde veio mais tarde que noutros países europeus (Graça, 2015). As colónias, por sua vez, foram ainda mais desfavorecidas. A capital moçambicana, Lourenço Marques, onde vivia a maior parte da população colonial, e outras áreas urbanas foram mais bem servidas (Moraes, 2012). Esta lógica tem continuado, com áreas urbanas e mais povoadas melhor servidas. Da mesma forma, este é o antecedente que estabeleceu a base de responsabilização do Estado sobre os cuidados de saúde primários universais.

A guerra pós-independência comprometeu seriamente o foco na manutenção e expansão dos cuidados primários nas zonas rurais, idealizados pela primeira república independente. Mais de metade da rede sanitária entrou em colapso, a meio da destruição de infraestruturas, da morte de pessoal de saúde e do roubo de medicamentos. O sector entrou numa crise agravada pela redução da despesa pública imposta pelos ajustamentos estruturais, sendo o resultado mais visível a deterioração da qualidade dos cuidados, visível ainda hoje, apesar dos contínuos investimentos e da ajuda externa ao desenvolvimento.

Na altura em que as privatizações se estabeleceram em pleno, a desigualdade e a estratificação já se tinham instalado no sector da saúde, fruto da incapacidade contínua de reduzir iniquidades, mesmo durante o período do estado social. Começaram por se criar secções privadas nos hospitais públicos, com acesso preferencial a pessoal médico e equipamento. Havia também quartos e serviços especiais nas alas gerais, negociados em privado. À restante população era oferecido um serviço de qualidade cada vez mais baixa, assemelhando-se ao «que na era colonial foi designado de “Enfermarias Indígenas”» (Weimer, 2012, p. 436).

Adicionalmente, os desinvestimentos nos sectores sociais, como a saúde, também significaram que a acessibilidade aos serviços em áreas já desfavorecidas não melhoraram significativamente, e os cuidados de saúde universais estabelecidos em políticas e legislação nunca se concretizaram (Massarongo-Jona, 2016). As organizações não governamentais (ONG) assumiram, em grande parte, as responsabilidades do Estado em identificar aqueles que não podiam pagar pelos cuidados de saúde, nomeadamente nas zonas rurais e desfavorecidas. Os líderes comunitários também ficaram com a responsabilidade de determinar quem podia ou não pagar, o que propiciou a pequena corrupção (Mosse & Cortez, 2006). Tal significou também um retorno ao papel mediador de que os líderes comunitários gozavam nos tempos coloniais.

A dependência do sector da saúde pelo financiamento directo de parceiros de desenvolvimento, bem como para a implementação de programas, tem criado uma fragmentação do sistema que continua a comprometer a cobertura universal que é tão procurada (Pfeiffer & Chapman, 2019b). Também coloca a pressão sobre o pessoal de saúde, que tem de reportar a vários dadores, em vários formatos. Tira tempo para cuidados de qualidade, bem como compromete a qualidade da informação fornecida. A dependência também cria instabilidade na continuidade de programas. Por exemplo, os doadores cobriam até 60% das despesas de saúde, mas após as dívidas ocultas que vieram a público em 2016, o seu apoio ao orçamento comum cessou, e o apoio foi canalizado principalmente para atividades programáticas, criando perturbações adicionais na oferta de serviços de saúde já de si frágeis.

Os ideais de universalização dos serviços de saúde concorrem com o ímpeto de continuar a privatizar os serviços sociais e reduzir os custos de um estado continuamente descapitalizado. Apesar da privatização do sector da saúde ter criado grandes desigualdades no acesso e na qualidade da prestação de serviços entre os serviços pagos e os subsidiados, alguns parceiros

continuam a insistir na expansão da privatização e redução dos serviços subsidiados. O argumento é a persistência de ineficiências do sistema público que alguns doadores pensam que apenas podem ser corrigidas pelo sector privado (USAID, 2019).

Um perfeito exemplo da desconexão ideológica e de implementação é o desenho da *Estratégia para a Inclusão do Género no Setor da Saúde (2018–2023)* pelo Ministério da Saúde, feito de forma paralela. Apesar de considerar os planos estratégicos do Governo, não foi coordenado com nenhuma iniciativa do Ministério do Género. Os princípios orientadores desta Estratégia são a inclusão, a equidade, o acesso à informação, o envolvimento dos homens e a inovação. A sua teoria da mudança pressupõe que através da promoção do desenvolvimento institucional, da formação e da promoção dos serviços de saúde com uma lente de género, todos os moçambicanos terão acesso equitativo à gestão e prestação de serviços de saúde. Na prática, a estratégia centra-se principalmente na mitigação da violência baseada no género e na prestação de serviços sem discriminação das identidades de género e minorias sexuais. Quaisquer semelhanças entre o previsto nesta estratégia e o contido na *Política de Género* desenvolvida pelo Ministério do Género são pura coincidência.

COMO PENSAR O GÉNERO E A SAÚDE MESMO NUM FUTURO EM DESENVOLVIMENTO

Acima foi feita uma resenha histórica das políticas de saúde, desde o período colonial, demonstrando como o ideal preconizado tem tendido a estar desconectado do implementado estruturalmente. Do ponto de vista ideológico, o País precisa de determinar mais claramente se pretende ser um estado social ou um estado que deixa que o mercado determine a qualidade e quantidade da oferta dos sectores sociais, incluindo da saúde. Reconhecendo a incapacidade financeira do Estado de garantir cobertura universal, este deveria planificar de acordo com a sua real capacidade. A aliança com parceiros de desenvolvimento não deverá ser tal que determine políticas que apenas fiquem no papel, mas que não se cheguem a implementar efectivamente.

Especificamente em relação à questão do género, não tem havido uma grande mudança na perspectiva do foco na saúde da mulher, focando-se apenas na sua saúde sexual e reprodutiva. Na relação com o homem, a perspectiva tem alternado entre este ser perpetrador de violência e potencial aliado na melhoria da saúde da mulher e equidade entre os géneros. No geral, estas perspectivas olham para o indivíduo como chave para resolução de problemas de cariz social, focando-se deficientemente nos problemas estruturais, tanto de cariz sociocultural como de cariz político ou económico.

Do ponto de vista económico, não apenas as mulheres, mas também os homens precisam de perspectivas de inclusão económica. Tal reduziria a incidência de pobreza, que tem estado

associada a questões como o alcoolismo, a violência doméstica e os impactos negativos para a saúde da mulheres daí advindos. Sendo que a economia actual não cria possibilidades de integração no sector formal, não pode também combater as alternativas que os cidadãos criam para si. Caso potencialmente o Estado necessite de regular essas, deverá pensar numa perspectiva de complementaridades entre o cidadão e o Estado, reconhecendo a sua incapacidade de providenciar serviços básicos equitativamente. Nas áreas rurais, melhores políticas agrárias, um foco no aumento da segurança alimentar, em particular das crianças, teria efeitos semelhantes, no sentido de reduzir a incidência de pobreza e vulnerabilidade destas áreas, sistematicamente sub-servidas.

Ao mencionar aqui o impacto das políticas económicas e agrárias na saúde, pretende mostrar-se o quão crítica é a integração e interacção entre políticas, que se querem holísticas, e não apenas focando-se em indicadores macroeconómicos. Até que fique claro o tipo de estado que se pretende, e se meça o seu desempenho pelo desenho de políticas e não pela sua implementação, não haverá realmente oportunidade para mudanças estruturais com efeitos na equidade de género, porque se continuará a reproduzir visões de políticas passadas ou de ideais que não se espera alcançar.

REFERÊNCIAS

- Adesina, J. O. (2020). Policy Merchandising and Social Assistance in Africa: Don't Call Dog Monkey for Me. *Development and Change*, 51(2), 561–582. <http://doi.org/10.1111/dech.12569>.
- Arnfred, S. (1988). Women in Mozambique: gender struggle and gender politics. *Review of African Political Economy*, 15(41), 5–16. <http://doi.org/10.1080/03056248808703759>.
- Banda, E., Svanemyr, J., Sandøy, I. F., Goicolea, I., & Zulu, J. M. (2019). Acceptability of an economic support component to reduce early pregnancy and school dropout in Zambia: a qualitative case study. *Global Health Action*, 12(1). <http://doi.org/10.1080/16549716.2019.1685808>.
- Conselho de Ministros (1999). *Linhas de acção para erradicação da pobreza absoluta*. Governo de Moçambique.
- Cruz, G. V., Domingos, L. & Sabune, A. (2014). The Characteristics of the Violence against Women in Mozambique. *Health*, 6(13), 1589–1601. <http://doi.org/10.4236/health.2014.613192>.
- Dake, F., Natali, L., Angeles, G., de Hoop, J., Handa, S., & Peterman, A. (2018). Cash Transfers, Early Marriage, and Fertility in Malawi and Zambia. *Studies in Family Planning*, 49(4), 295–317.
- Garrido, P. I. (2020). *Saúde, desenvolvimento e factores institucionais O caso de Moçambique*.
- Graça, L. (2015). História e memória da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 125–127.
- Guthrie, Z. (2017). “This Was Being Done Only to Help”: Development and Forced Labor in Barue, Mozambique, 1959–1965. *International Labor and Working-Class History*, 92, 134–154. <http://doi.org/10.1017/S0147547917000114>.
- Massarongo-Jona, O. (2016). O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 5, 152–164.
- Morais, C.M.G. (2012). Políticas de saúde e medicina tradicional em Lourenço Marques (Moçambique 1940–1975). *Anais do XV Encontro Regional de História da ANPUH-Rio*, pp. 1–9.
- Mosse, M. & Cortez, E. (2006). *A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique*, 28.
- Pereira, A. & Peterman, A. (2015). *Social cash transfers, early pregnancy and marriage in the Kenyan national cash transfer programme*.
- Pfeiffer, J. & Chapman, R. R. (2019a). NGOs, austerity, and universal health coverage in Mozambique. *Globalization and Health*, 15(S1), 0. <http://doi.org/10.1186/s12992-019-0520-8>.

- Pfeiffer, J. & Chapman, R. R. (2019b). NGOs, austerity, and universal health coverage in Mozambique. *Globalization and Health*, 15(Suppl 1), 1–6.
- USAID (2019). *Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the supply chain* (April).
- Weimer, B. (2012). Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique. *Mocambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*, 421–456.