UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EURICA DA NATIVIDADE SINCLÉTICA GRAÇA NEVES DA ROCHA

Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola

RIBEIRÃO PRETO

2013

EURICA DA NATIVIDADE SINCLÉTICA GRAÇA NEVES DA ROCHA

Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Prof^a Dr^a Juliana Cristina dos Santos Monteiro

RIBEIRÃO PRETO

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rocha, Eurica da Natividade Sinclética Graça Neves da
Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em
Angola. Ribeirão Preto, 2013.

62 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração:
Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. Saúde da mulher. 2. Política de saúde. 3. Documentos.

ROCHA, Eurica da Natividade Sincletética Graça Neves da

Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Em memória de meus pais:

Graça Menina e Simão Inácio e minha irmã Antónia de Fátima Eurico Neves da Rocha, apesar de partirem, lá do alto torcem por mim. Que as suas almas descansem em paz.

Aos meus filhos Tincler José da Graça Quiana e Anielle Alexandre Laurica Graça Tomegah.

AGRADECIMENTOS

Nada na vida se conquista sozinho. Para o alcance dos objetivos sempre precisamos de outras pessoas. Mas muitas vezes cometemos injustiças involuntariamente, pois nos esquecemos de mencionar nomes de pessoas que foram peças fundamentais e que contribuíram direta ou indiretamente para a realização e conclusão deste trabalho.

Agradeço a Deus todo poderoso por ter me dado força, saúde e coragem durante esses dois anos que fiquei longe, em um país completamente estranho e longe dos meus entes queridos. Sem Deus tenho a certeza que nada seria ou faria.

Exprimo inicialmente os meus agradecimentos à excepcional Prof^{ta}. Dr^a Juliana Monteiro, minha orientadora sempre presente, pela solidariedade, apoio e compreensão em todos os momentos desde que cheguei ao Brasil. A sua sabedoria culminou com a elaboração deste trabalho, apesar de todos os percalços, deu-me a oportunidade de buscar esse título.

À Prof^{ta} Dr^a Ana Maria de Almeida, pessoa chave no meu ingresso no Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde da Universidade Agostinho Neto, de Luanda – Angola, pelo apoio e compreensão durante minha ausência no local de trabalho por esses longos anos.

À Dra. Conceição Martins e ao Dr. Manuel Simão pela amizade, apoio pessoal e documental, que foram decisivos na fase da coleta de dados.

Aos meus colegas do Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA) docentes e funcionários, o meu muito obrigada.

Aos Doutores Edmundo Silvestre, João Baptista, Dra. Manuela Fragoso, Dra. Ilda Maló, por toda força e incentivo que me deram.

Ao CNPQ pelo apoio concedido em bolsa que permitiu o meu ingresso no Mestrado e a minha permanência no Brasil nos últimos dois anos.

À minha família e meus amigos pela compreensão e apoio que me fortaleceram e me encheram de estímulo nas horas de angústia.

Ao meu companheiro Laurent pela presença constante, incentivo, paciência e apoio nos momentos mais difíceis.

A todas as docentes do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, principalmente às docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos e paciência quando foi necessário.

Ao meu amigo Jorge Henrique que, apesar da distância, apoiou-me em todos os momentos que precisei.

Aos meus colegas de turma pelos momentos de aprendizagem, convívio e simpatia.

À minha amiga Pamina Silva, companheira dessa longa e difícil caminhada, pelo apoio e incentivo nas horas de dificuldades.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa, o meu muito obrigado.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

ROCHA, E. N. S. G. N. **Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola.** 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Por mais de trinta anos, a República de Angola esteve envolvida em uma guerra civil que gerou um impacto negativo no desenvolvimento nacional, na saúde e nutrição da população, especialmente de crianças e mulheres. Especificamente com relação à saúde da mulher, devido à guerra civil e à agitação política nos últimos anos, a literatura dispõe de dados pouco precisos sobre a situação da saúde da mulher angolana; porém as fontes disponíveis demonstram que as taxas de mortalidade materna e de fecundidade são elevadas. Considerando o contexto sócio-político-econômico atual e a prática assistencial em saúde disponibilizada às mulheres angolanas, torna-se evidente a necessidade de se analisar historicamente as políticas públicas relacionadas a esta área de atuação, no sentido de fornecer subsídios para que profissionais de saúde compreendam a importância das diretrizes políticas que devem ser seguidas na assistência à mulher angolana. Objetivos: o objetivo geral deste estudo é descrever o panorama histórico das políticas públicas voltadas à saúde da mulher em Angola, considerando o contexto político e econômico desde 1975 até a atualidade. Os objetivos específicos são contextualizar historicamente o período de análise; identificar os documentos relacionados às políticas de saúde da mulher em Angola; analisar os documentos identificados utilizando os preceitos da análise documental. Método: Trata-se de pesquisa de perspectiva histórica, utilizando a análise documental e análise categorial de dados históricos oficiais provenientes do Ministério da Saúde (MINSA), Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de site oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) no período de 1975 a 2012. Os documentos foram identificados, selecionados e obtidos durante o período de setembro a novembro de 2012, nos *sites* oficiais da OMS, UNICEF, e do Ministério da Saúde de Angola (MINSA) e alguns documentos foram solicitados diretamente à DNSP e MINSA, com o apoio do Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto. O *corpus* documental foi constituído de manuais, relatórios, boletim, leis e planos referentes à temática do estudo. Resultados: de acordo com a contextualização do período, a guerra prolongada impediu o desenvolvimento de um sistema de saúde adequado e, após a guerra, os investimentos voltados ao setor da saúde ainda não conseguiram estruturar uma rede de assistência que possa atender a toda a população. Com relação às políticas de saúde da mulher, destaca-se que estas se misturam com as políticas de saúde para a população, com investimentos suecos e de organismos internacionais que visavam a melhoria das condições de saúde da mulher e também da população em geral. As políticas e os acordos elaborados foram fortemente influenciados pela conjuntura mundial no período, apesar do aspecto cultural de desvalorização da mulher, tão presente no país. Houve uma grande dificuldade para a completa implementação das ações previstas, por inúmeros fatores, que vão desde as dificuldades geográficas e econômicas, até a adequada gestão política e financeira dos recursos. Considerações: evidencia-se que as necessidades de saúde das mulheres em Angola ainda não são completamente atendidas. Apesar dos esforços realizados durante o período, o desafio de Angola continua sendo a melhoria da prestação de cuidados de saúde, que engloba a saúde da mulher, e o aumento do acesso a serviços de qualidade a toda a população. A articulação inter-setorial também é necessária, pois pode potencializar as ações para a melhoria das condições de vida geral da população.

Descritores: Saúde da mulher. Política de saúde. Documentos.

ABSTRACT

ROCHA, E. N. S. G. N. **Historical trajectory of women's health policies in Angola.** 2013. 62 f. Thesis (Master's Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

For over thirty years the Republic of Angola was involved in a civil war that led to a negative impact on national development, in health and nutrition of the population, especially children and women. Specifically with regard to women's health, due to civil war and political unrest in recent years, the literature has little accurate data on the health situation of Angolan women; however the available sources demonstrate that rates of maternal mortality and fertility are high. Considering the current socio-economic-political context and assistance practice in health care available to Angolan women, it becomes evident the need to analyze historically public policies related to this area, in order to provide subsidies for health professionals understand the importance of the political guidelines that must be followed in assistance to Angolan woman. Objectives: The essential aim of this study is to describe the historical background of public policies for women's health in Angola, considering the political and economic context from 1975 to the present. The specific objectives are to contextualize historically the period of analysis, to identify the documents related to women's health policies in Angola; review the documents identified using the precepts of documentary analysis. Method: It's a survey of historical perspective, using documentary analysis and categorical analysis of official historical data from the Ministry of Health (MINSa), the National Public Health (DNSP) and the official website of the World Health Organization (WHO) in the period between 1975-2012. The documents were identified, selected and collected during the period of September to November of 2012, at the official websites of WHO, UNICEF, and the Ministry of Health of Angola (MINSa) and some documents were requested directly to the DNSP and MoH, with support from the Higher Institute of Nursing, University Agostinho Neto. The documentary corpus consisted of manuals, reports, newsletter, laws and plans relating to the theme of the study. Results: According to the contextualization of the period, the prolonged war prevented the development of a proper health system and, after it, the investments directed to the health sector have failed to structure a support network that can meet the entire population's needs. Regarding to women's health policy, it is emphasized that these are mixed with health policies for the population, with Swedish and international organizations investments which aimed the improvement of the conditions of the women's health and also of the general population. The policies and agreements drafted were heavily influenced by the global conditions in the period, despite the cultural aspect of depreciation of women, strongly present in the country. There was a great difficulty for the complete implementation of the actions planned, for numerous factors, ranging from geographic and economic difficulties, to proper political and financial management of resources. Considerations: it is evident that the health needs of women in Angola haven't been completely met. Despite the efforts made during the period, the challenge of Angola remains being the improvement of health care provision, which includes women's health, and the enlargement of the access of quality services for the entire population. The intersectoral coordination is also necessary because it may increase the actions to improve the general living conditions of the population.

Keywords: Women's health. Health policy. Documents.

RESUMEN

ROCHA, E. N. S. G. N. **Trayectoria de las políticas de la salud de la mujer en Angola.** 2013. 62 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Durante más de treinta años, la República de Angola se vio envuelta en una guerra civil que provocó un impacto negativo en el desarrollo nacional, la salud y la nutrición de la población, especialmente a los niños y a las mujeres. Específicamente con respecto a la salud de las mujeres, debido a la guerra civil y la inestabilidad política en los últimos años, la literatura tiene pocos datos precisos sobre la situación de la salud de las mujeres angoleñas; pero las fuentes disponibles muestran que las tasas de mortalidad y fecundidad materna son altas. Considerando el contexto asistencial socio-económico-político y la práctica asistencial en salud disponible a las mujeres angolanas, se vuelve evidente la necesidad de analizar históricamente las políticas públicas relacionadas con esta área de actividad, para proveer subsidios para que los profesionales de la salud comprendan la importancia de las directrices políticas que se deben seguir en la asistencia a la mujer angoleña. Objetivos: El objetivo de este estudio es describir los antecedentes históricos de las políticas públicas de salud de la mujer en Angola, teniendo en cuenta el contexto político y económico desde 1975 hasta el presente. Los objetivos específicos son contextualizar históricamente el período de análisis; identificar los documentos relacionados con las políticas de salud de la mujer en Angola; examinar los documentos identificados mediante los preceptos de análisis documental. Método: Es la perspectiva histórica de la investigación, mediante el análisis documental y el análisis categórico de los datos históricos Ministerio de La Salud (MINSA), Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP) y el sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el período 1975-2012. Los documentos fueron identificados, seleccionados y recogidos durante el período de septiembre a noviembre de 2012, los sitios web oficiales de la OMS, UNICEF y el Ministerio de La Salud de Angola (MINSA) y algunos documentos fueron solicitados directamente a la DNSP y MINSA, con el apoyo del Instituto Superior de Enfermería de la Universidad Agostinho Neto. El *corpus* documental consistió en manuales, informes, boletines, leyes y planes relacionados con el tema de estudio. Resultados: de acuerdo con el contexto de la época, la prolongada guerra impidió el desarrollo de un sistema sanitario adecuado, y después de la guerra, las inversiones dirigidas al sector de la salud no han sido capaces de estructurar un servicio de red que puede atender a toda la población. Con respecto a las políticas de salud de la mujer, se destacó que éstas se mezclan con las políticas de salud para la población, con inversiones sueltas e de organizaciones internacionales destinadas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres y de la población general. Las políticas y los acuerdos producidos fueron muy influenciados por la situación mundial en el período, a pesar de la devaluación cultural de la mujer tan presente en el país. Hubo una gran dificultad para la plena aplicación de las acciones previstas por numerosos factores, que van desde las dificultades geográficas y económicas, a la adecuada gestión política y financiera de los recursos. Consideraciones: es evidente que las necesidades de salud de las mujeres en Angola no se cumplan por completo. A pesar de los esfuerzos realizados durante el período, el desafío de Angola sigue siendo mejorar la prestación de servicios de salud, que incluye la salud de las mujeres, y un mayor acceso a servicios de calidad para toda la población. La articulación intersectorial es también necesaria porque puede potencializar las acciones para mejorar las condiciones de vida de la población general.

Palabras-clave: Salud de la mujer. Política de salud. Documentos.

LISTA DE SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DNSP	Direção Nacional de Saúde Pública
CAOL	Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MSEK	Milhão de Coroas Suecas
CAPEL	Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda
CEP	Curso de Especialização de Parteiras
IBEP	Inquérito sobre o Bem estar da População
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INLS	Instituto Nacional de Luta contra o SIDA
MAPESS	Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social
ITSs	Infeções de transmissão sexual
MED	Ministério da Educação
MICs	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINFAMU	Ministério da Família e Promoção da Mulher
MINSa	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
ONGs	Organizações não Governamentais
OMA	Organização da Mulher Angolana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Planejamento Familiar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
USAID	United States Agency for International Development
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 MÉTODO	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 Contextualização	29
4.1.1 Breve Caracterização de Angola	29
4.1.2 Sistema Nacional de Saúde	31
4.1.3 Condição Social da Mulher Angolana: Caminhos para a Análise da Saúde Reprodutiva	32
4.2 Políticas de Saúde da Mulher em Angola.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	57

APRESENTAÇÃO

Sou angolana, nascida na província de Mbanza-Kongo e residente na cidade de Luanda. Estou no Brasil desde 2011, inserida no Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), da Universidade de São Paulo (USP).

Esta oportunidade de estudo foi estimulada pela Universidade Agostinho Neto (UAN), de Luanda, onde atuo como professora. Meu vínculo com a UAN se iniciou em 1996, quando participei de um concurso público e fui selecionada para atuar como secretária de Direção do Instituto Superior de Enfermagem (ISE), atualmente chamado de Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA) da UAN. Uma das mais importantes atividades realizadas enquanto secretária foi a participação da Comissão que veio ao Brasil, em 2004, no ato da assinatura do convênio existente entre a EERP/USP e o ISCISA para o intercâmbio de alunos de graduação.

Durante este período, interessei-me pela profissão de Enfermagem, dadas as debilidades com que fui me deparando nos encontros com os diretores gerais e diretores de Enfermagem de vários hospitais de Luanda, na qualidade de secretária.

Assim, em 2002 prestei o exame de aptidão (vestibular) e ingressei como estudante do ISCISA no curso de Licenciatura em Enfermagem, além de continuar a exercer a função de secretária de direção.

Devido à demanda das disciplinas e ao tempo integral exigido pelo cargo de secretária, em 2004 fui transferida para o Departamento dos Serviços Gerais, ocupando o cargo de chefe de secretaria, que me permitia dedicar maior tempo aos estudos da graduação.

Em 2006, depois de terminar o quarto ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, fui selecionada para o estágio curricular (estágio de fim de curso) no Brasil, na Escola de Enfermagem da USP, em São Paulo. Neste período, tive a oportunidade de interagir com colegas brasileiros, trocando experiências e conhecimentos. Os estágios no Brasil ocorreram nas áreas de alojamento conjunto e centro cirúrgico, e impulsionaram-me a grandes expectativas e muitos estudos, dado que os procedimentos realizados eram completamente novos, diferentes e interessantes para mim e para o meu país.

Em 2007, defendi o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Assistência de enfermagem às gestantes atendidas na maternidade do Kilamba Kiayi” e tive como orientadora a professora Maria da Conceição Martins, decana do ISCISA. O interesse pelo tema decorreu durante os estágios realizados nas maternidades, onde verificamos um déficit na prestação da assistência durante o trabalho de parto e parto e, conseqüentemente, maior índice de mortalidade materna em Angola. Esta pesquisa resultou na elaboração e

implementação de um projeto para a formação permanente de auxiliares e técnicos de Enfermagem, com o intuito de favorecer as ações destes profissionais que atuavam junto às mulheres. Naquele momento, não existiam enfermeiros de nível superior atuando na prática clínica em Angola, sendo que os enfermeiros graduados atuavam em cargos de direção e docência. A assistência clínica era garantida por esses profissionais de nível básico e médio.

Após a defesa do TCC, fui convidada a atuar como professora do ISCISA, sendo-me atribuídas as disciplinas de Saúde da Mulher e Doenças de Transmissão Sexual. Este gesto foi, para mim, o reconhecimento pelo meu trabalho e pelo empenho que demonstrei ao longo dos anos, enquanto trabalhadora e estudante da UAN.

Em 2010 me inscrevi no Curso de Especialização “Formação à distância de pesquisadores em álcool e outras drogas psicoativas”, patrocinada pela Secretaria Nacional Anti-Drogas – SENAD e Fundação da Universidade de São Paulo - FUSP, sendo selecionada para representar o continente africano neste curso. Desenvolvi o TCC intitulado “Conhecimento das gestantes do Hospital Geral de Luanda sobre os danos causados pelo consumo de álcool na gestação”, tendo como orientadora a professora Larissa Horta Esper. O interesse por esse tema surgiu após ter me deparado com um índice elevado de gestantes que consumiam álcool e crianças que nasciam com a Síndrome Fetal Alcoólica.

Enquanto estava no Brasil para a realização desta especialização, interessei-me pelo Mestrado e fui informada sobre o Programa de Estudantes - Convênio de Pós-Graduação - PEC-PEG, voltado para alunos estrangeiros. Tendo como interesse a área da Saúde da Mulher, fui selecionada para participar deste programa, sob a orientação da Prof. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro, do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Meu projeto de Mestrado, originalmente, previa a investigação das características reprodutivas e da fecundidade em mulheres atendidas em uma maternidade de Luanda-Angola. Entretanto, dificuldades relacionadas aos trâmites do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, devido à necessidade de coleta de dados no exterior, conduziram à revisão do planejamento das atividades propostas na pós-graduação. Assim, motivada pelo interesse nas políticas públicas de meu país, optamos por desenvolver uma análise da trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola, através da análise documental, com o intuito de auxiliar no entendimento das diretrizes, tendências e forças governamentais e sociais que influenciaram e influenciam a elaboração destas políticas no país estudado.

Em um país onde a mortalidade materna é tão elevada como em Angola, a minha inclinação por esta área deve-se ao intuito de querer contribuir para a melhoria da assistência na saúde da mulher.

Neste sentido é que o presente trabalho foi realizado, a fim de compreender as relações entre a teoria e a prática na área de saúde da mulher, refletindo sobre os avanços e desafios que os profissionais de saúde vivenciam na realidade assistencial de Angola.

1 INTRODUÇÃO

Por mais de trinta anos a República de Angola esteve envolvida em uma guerra civil que gerou um impacto negativo no desenvolvimento nacional, na saúde e nutrição da população, especialmente de crianças e mulheres. Angola é um país com alta taxa de mortalidade, dados da Organização Mundial de Saúde indicam uma mortalidade materna de 650 mortes em cada 100.000 nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2011). As mortes concentram-se nas zonas urbanas altamente aglomeradas e pobres e nas áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde (ANGOLA, 2004a).

A cobertura da assistência obstétrica institucional é reduzida, sendo que 43% dos partos em Angola são realizados nos hospitais e unidades de saúde, e 57% ocorrem fora da unidade de saúde, provavelmente, devido à baixa cobertura dos serviços em localidades de difícil acesso, baixa adesão da população, muitas vezes carente de informação (ANGOLA, 2005a).

Apesar de ser a solução para os escassos recursos humanos hospitalares, os partos domiciliares apresentam consequências, tais como o aumento de infecções pós-parto, considerando as condições precárias de higiene e manipulações inadequadas durante o trabalho de parto. A cobertura de atenção pré-natal é incipiente (63%), o que demonstra as limitações do sistema de saúde para responder às necessidades da população. A atenção pré-natal nem sempre inclui suplementação com ferro e ácido fólico, a profilaxia antimalárica é praticamente inexistente e a detecção de doenças hipertensivas é escassa (ANGOLA, 2005a).

Com relação aos dados sobre planejamento familiar (PF) verificam-se sérias debilidades em recursos para métodos contraceptivos, o que aumenta a taxa de fecundidade para cerca de 6,9 filhos por mulher (ANGOLA, 2005a).

Em muitas sociedades, a identidade da mulher é definida pela fecundidade. A capacidade de reproduzir afeta aposição social, reconhecimento individual, a estabilidade das relações entre homens e mulheres e, por este motivo, a segurança financeira (OOSTERHOFF et al., 2008; SEROUR, 2008; YOUNT; LANGSTEN; HILL, 2000). Esta situação tem sido descrita em vários países da África subsaariana*, inclusive em Angola.

As consequências que podem advir do aumento da fecundidade são: o aumento da pobreza, deterioração de infraestruturas físicas e dificuldades sociais, devido à pressão sobre o uso das instalações; aumento do desemprego, especialmente entre os jovens; agitação social, aumento da criminalidade e do custo de vida; desnutrição, doenças na população, degradação ambiental, ausência de recursos escolares (AFRICAN DEVELOPMENT BANK, 2007; IJAIYA et al., 2009). Assim, a redução de desigualdades em saúde, da mortalidade materna e infantil, a redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento econômico podem ser

favorecidos por programas de planejamento familiares efetivos e eficazes, que respeitem os direitos reprodutivos das mulheres (CLELAND et al., 2006; PRATA, 2009).

No entanto, a África Subsaariana apresenta as menores taxas de planejamento familiar entre os países em desenvolvimento; a porcentagem do uso de métodos contraceptivos entre mulheres casadas é de 18%. Na Ásia (excluindo-se a China) esta porcentagem é de 48% e na América Latina é de 63% (POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB), 2008). Em Angola, a porcentagem de uso de algum método contraceptivo entre mulheres de 15 a 49 anos é de 6% (PRB, 2008).

Na África Subsaariana, o aumento da taxa de fecundidade está relacionado a uma série de fatores. Por exemplo, a fecundidade melhora o status feminino e masculino, enquanto a infertilidade pode resultar em ansiedade severa e, especialmente para as mulheres, pode ser devastadora social e economicamente. A prática generalizada da poligamia masculina e o interesse das mulheres em se casar com homens consideravelmente mais velhos também são fatores em questão, visto que tendem a favorecer a situação econômica das mulheres (pela responsabilidade financeira dos filhos assumida pelos homens), influenciando a vontade da mulher em ter muitos filhos. Além disso, em muitos sistemas de posse comunal da terra, a divisão das terras ocorre em função da capacidade da família para o cultivo agrícola, portanto, o número de filhos que servirão como trabalhadores pode determinar a posse de terra. Valores religiosos também estão relacionados ao aumento da fecundidade, visto que a falha reprodutiva está associada ao pecado. No contexto africano, limitar o tamanho da família é um ato “egoísta” de indivíduos que não estão dispostos a fazer sacrifícios pessoais para o bem maior da sociedade (CLEAVER; SCHREIBER, 1994; IJAIYA et al., 2009; ZINANGA, 1992).

Devido a estas condições, a realidade da mulher na África subsaariana se retrata pela vulnerabilidade e marginalidade política, social e cultural, ficando restritas ao ambiente doméstico e responsáveis pelo cuidado dos filhos. Fatores como o analfabetismo, dificuldade de acesso às zonas urbanas e algumas crenças, tabus e hábitos culturais, dentre outros, fazem com que as mulheres estejam mais concentradas nas zonas rurais, sem as possibilidades ou facilidades aos serviços e programas sociais e econômicos. As mulheres que, aparentemente, vencem estas barreiras, permanecem concentradas nas chamadas “profissões femininas” ou assumem posições intermediárias de direção na sociedade (LOURENÇO; TYRRELL, 2009).

Esta também é a realidade de Angola, onde algumas ações políticas tem sido timidamente implementadas com o intuito de favorecer a igualdade e promoção das mulheres e a melhoria de suas condições de vida. Porém, os aspectos culturais (que tem na figura feminina a atribuição dos trabalhos domésticos), a falta de independência da classe feminina

para expressar e concretizar suas ideias e a falta de apoio e entendimento por parte dos homens são algumas das maiores dificuldades encontradas, fazendo com que as mulheres permaneçam restritas ao lar (ANGOLA, 2009).

Com relação à guerra civil na qual Angola esteve envolvida no período de 1975 a 2002, pode-se considerar que esta também teve influência na fecundidade da população.

Estudos históricos demonstram a ocorrência de um declínio na fertilidade durante as guerras, principalmente na Europa Ocidental, como resultado da diminuição dos casamentos e do aumento dos rompimentos conjugais (FESTY, 1984; WINTER, 1992).

Em países em desenvolvimento, contudo, a relação entre guerra e fertilidade pode levar a um aumento nos níveis de fecundidade, devido ao desejo dos pais de substituir as crianças perdidas. A escassa literatura que trata sobre os efeitos da guerra na fecundidade, em geral, demonstra evidências divergentes (AVOGO; AGADJANIAN, 2008). Em Angola, estudo realizado sobre a dinâmica da fertilidade observou um declínio em períodos de guerra e recuperação da fertilidade no pós-guerra, dinâmica que foi influenciada pelo tipo e grau de exposição à guerra e características sócio-econômicas das mulheres (AGADJANIAN; PRATA, 2002).

Devido à guerra civil e à agitação política nos últimos anos, a literatura dispõe de dados pouco precisos sobre a situação de saúde da mulher de Angola (AVOGO; AGADJANIAN, 2008). Fontes disponíveis demonstram taxas de mortalidade materna e de fecundidade muito elevadas, já citados anteriormente.

Nesse sentido, considerando o contexto exposto e a prática assistencial em saúde disponibilizada às mulheres angolanas, torna-se evidente a necessidade de se compreender historicamente as políticas públicas relacionadas a esta área de atuação, tendo em vista que existe um investimento para o desenvolvimento e melhoria da situação, no entanto, os desafios ainda são presentes. É notório que os profissionais, ainda em número insuficiente para atender a demanda da população, muitas vezes têm um conhecimento superficial ou até mesmo desconhecem as políticas que norteiam a assistência em saúde.

Além disso, é sabido que conflitos internos em países pobres, como a guerra civil, tornam a saúde reprodutiva dificultada pela falta de recursos básicos de saúde, inclusive métodos contraceptivos (PRATA, 2009).

Assim, a contribuição do presente estudo dá-se no sentido de fornecer subsídios para que profissionais de saúde compreendam a importância das diretrizes políticas que devem ser seguidas na assistência à mulher angolana, atrelada ao contexto político, econômico e social, na busca da redução acelerada da fecundidade e, conseqüentemente, da morbimortalidade materna e da melhoria na saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é descrever o panorama histórico das políticas públicas voltadas à saúde da mulher em Angola, considerando o contexto político e econômico desde 1975 , quando houve a independência do país, até a atualidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Contextualizar historicamente o período de análise;
- Identificar os documentos relacionados às políticas de saúde da mulher em Angola;
- Analisar os documentos identificados utilizando os preceitos da análise documental.

3 MÉTODO

Trata-se de pesquisa de perspectiva histórica, utilizando a análise documental e análise categorial de dados históricos oficiais provenientes do Ministério da Saúde (MINSa), Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de site oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) no período de 1975 a 2012.

A delimitação temporal refere-se aos anos de 1975 a 2012. A delimitação temporal inicial (1975) refere-se ao ano de independência de Angola, e a final refere-se à atualidade.

A pesquisa histórica consiste em uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados relacionados às ocorrências do passado, com o intuito de analisar o passado para clarear os comportamentos e práticas do presente e pode também projetar alguns questionamentos para o futuro (PADILHA; BORENSTEIN, 2005; WOOD; LOBIONDO, 2001).

Na pesquisa histórica, considera-se que o conhecimento é produzido socialmente, e que o pesquisador “ao produzir o conhecimento sobre qualquer tempo, estará trabalhando a perspectiva do passado com o seu presente” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 575-584). Ou seja, é na busca do conhecimento que se estabelece a relação de passado e presente, questionando-se o passado com base em questões que se dão no presente (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Para conduzir a presente pesquisa histórica, utilizamos a técnica da análise documental, que visa identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica, preconizando a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação a fim de complementar os dados, permitindo assim contextualizar todas as informações contidas nos documentos (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011). Com esta análise pretende-se obter um reflexo objetivo da fonte original, de maneira que se possa localizar, identificar, organizar e avaliar as informações dos documentos, e também contextualizar os fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005), facilitando sua consulta e referência.

Ao analisarem alguns estudos científicos que tratam sobre a análise documental, Souza, Kantorski e Luis (2011) referiram que os conceitos sobre esta análise além de se complementarem também divergem em alguns aspectos. Destacam que estes conceitos abrangem duas perspectivas: a primeira como uma modalidade de estudo ou investigação baseada em documentos (método); e a segunda, como um conjunto de procedimentos que configuram um processo de intervenção sobre o material (técnica) (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

De acordo com a primeira perspectiva da análise documental, os documentos são utilizados como base para o desenvolvimento de outros estudos e pesquisas que sejam de

interesse do pesquisador; caracteriza-se como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, com o intuito de reconstruir criticamente os dados do passado para se obter indícios para projeções futuras (PIMENTEL, 2001; RAIMUNDO, 2006; SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

A segunda perspectiva da análise documental consiste na realização de procedimentos de modificação e transformação do material, ou seja, dos dados do documento, a fim de facilitar a compreensão e o uso destas informações e estabelecer relações com o contexto estudado (BARDIN, 1997; MOREIRA, 2005; SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

De acordo com o exposto, o presente estudo considerou a segunda perspectiva da análise documental, na medida em que trabalhou os dados com a finalidade de torná-los mais compreensíveis e acessíveis aos profissionais de saúde e de outros setores, pesquisadores e estudantes de Angola e todos os interessados, e de forma a estabelecer relações com a situação da saúde da mulher de Angola e também com a situação do país durante e após a guerra.

Para tanto, o material foi tratado da seguinte maneira: seleção criteriosa de documentos e das técnicas de organização; classificação do material; e elaboração de categorias de análise, sendo que todo o processo foi orientado pelo problema de pesquisa proposto, ou seja, as políticas de saúde da mulher em Angola. Em seguida, foi realizado o emprego de técnicas da análise de conteúdo, realizando-se um processo de codificação, de interpretação e de inferências sobre as informações contidas nos documentos e de classificação a fim de vislumbrar uma síntese (PIMENTEL, 2001; VALLES, 1997). Além disso, os documentos analisados foram triangulados com dados da literatura científica sobre saúde da mulher no mundo e em Angola.

Os documentos foram identificados, selecionados e obtidos durante o período de setembro a novembro de 2012, nos *sites* oficiais da OMS, UNICEF, e do Ministério da Saúde de Angola (MINSA). Além disso, alguns documentos foram solicitados diretamente à Direção Nacional de Saúde Pública e Ministério da Saúde angolano, com o apoio do Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA) da Universidade Agostinho Neto. É importante destacar que a identificação dos documentos foi extremamente dificultosa, considerando-se que nos sites estão presentes muitos materiais não oficiais e, com relação aos documentos impressos, não foram identificadas cópias que estivessem disponíveis para a população ou para a Universidade, sendo que a obtenção do material só foi possível graças aos professores da Universidade, que se colocaram à disposição para realizar os pedidos de solicitações oficiais aos órgãos governamentais acima citados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *corpus* documental desta análise histórica foi constituído de manuais, relatórios, boletim, leis e planos referentes à temática do estudo.

Os documentos utilizados como fonte de análise foram:

- Apoio saudável, um estudo do apoio sueco à saúde em Angola - 1977-2006. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um relatório e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi desenvolvido por Kajsa Pehrsson, Lillemor Andersson-Brolin, Staffan Salmonsson, no ano de 2008. Sua cópia foi localizada no site oficial do Ministério da Saúde de Angola (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).
- Estratégias da OMS de cooperação com Angola - 2005-2009. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um relatório e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi desenvolvido pela OMS, representada em Angola no ano de 2001. Sua cópia foi localizada no site oficial da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2001).
- Manual de políticas e normas para a prestação de serviços em Saúde Sexual e Reprodutiva – 2004. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual adquirido pela pesquisadora na Direção Nacional de Saúde Pública de Angola. Foi escrito pela Direção Nacional de Saúde Pública de Angola, no ano de 2004 (ANGOLA, 2004a).
- Plano estratégico nacional de redução acelerada da mortalidade materno-infantil 2005-2009. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi desenvolvido pela Direção Nacional de Saúde Pública de Angola, em parceria com OMS, UNICEF, UNFPA, no ano de 2004. Sua cópia foi localizada no site oficial do Ministério da Saúde de Angola (ANGOLA, 2004b).
- Roteiro para acelerar a consecução das metas do desenvolvimento do milênio relativa à saúde da mulher e dos recém-nascidos em África. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual e a tecnologia desprendida para obtenção foi a fotocópia. Foi desenvolvido pela Direção Nacional de Saúde Pública de Angola, no ano de 2007. Sua cópia foi localizada nos arquivos da Direção Nacional de Saúde Pública de Angola e enviada pela Direção do ISCISA (ANGOLA, 2007).
- Boletim regional sobre Saúde Reprodutiva nº 2. O documento é classificado como documento de internet. Refere-se a um boletim e a tecnologia desprendida para obtenção foi a de documento via internet. Foi desenvolvido pela OMS para os assuntos regionais (África), no ano de 2011. Sua cópia foi localizada no site oficial da OMS (ANGOLA, 2010a).

- Estratégia Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva para o período 2008-2015. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual e a tecnologia desprendida para obtenção foi a fotocópia. Foi desenvolvido pela Direção Nacional de Saúde Pública de Angola, no ano de 2007. Sua cópia foi localizada nos arquivos da Direção Nacional de Saúde Pública de Angola e enviada pela Direção do ISCISA (ANGOLA, 2007).
- Objetivos do desenvolvimento do milênio – Relatório de Progresso MDG/NEPAD-Angola 2003. O documento é classificado como documento de internet. Refere-se a um relatório e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi desenvolvido pela OMS, no ano de 2003. Sua cópia foi localizada no site oficial da OMS (ANGOLA, 2003).
- Constituição da República de Angola. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual de legislação. Foi escrito pelo Governo Angolano no ano de 2010. Seu exemplar foi localizada nos arquivos do Ministério da Defesa e enviada pela Direção do ISCISA (ANGOLA, 2010b).
- Lei Geral do Trabalhador. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual de leis. Foi escrito pelo Governo Angolano (Assembleia Nacional), no ano de 1981. Seu exemplar foi localizado nos arquivos do Ministério da Administração Pública e Segurança Social de Angola e enviada pela Direção do ISCISA (ANGOLA, 1981).
- Relatório final do Comitê Regional Africano da OMS sobre a quadragésima sétima sessão – 1997. O documento é classificado como documento de internet. Refere-se a um relatório e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento de internet. Foi escrito pelo Comitê Regional Africano da OMS, no ano de 1997. Sua cópia foi localizada no site oficial da OMS (OMS, 1997).
- Relatório sobre a implementação da carta africana dos direitos do homem e dos povos – 2010. O documento é classificado como documento de internet. Refere-se a um relatório e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi escrito pelo Governo Angolano no ano de 2010. Sua cópia foi localizada no site da Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (ANGOLA, 2010a).
- Estratégia da Cooperação Portuguesa para a igualdade do gênero. O documento é classificado como documento textual. Refere-se a um manual e a tecnologia desprendida para obtenção foi a impressão de documento via internet. Foi escrito pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, no ano de 2010. Sua cópia foi localizada no site oficial da OMS (ANGOLA, 2010c).

De acordo com os objetivos e a avaliação da qualidade dos documentos e seguindo os critérios de autenticidade, credibilidade, representatividade e significado, a análise dos documentos se estendeu àqueles vinculados ao MINSA e à DNSP que tratavam de questões

relacionadas à saúde da população de modo geral, tendo em vista a dificuldade de se identificar apenas as políticas relacionadas à saúde da mulher. Isto porque, após a independência do país e ao longo de alguns anos, a questão da saúde era tratada de forma geral, e não por áreas específicas, como será apresentado posteriormente neste estudo.

A abordagem das políticas e programas aqui analisados trouxe a dificuldade de como abordá-los cronologicamente, considerando que a sua execução, na realidade, acontece de forma entrelaçada ou simultaneamente. Assim, neste trabalho, buscou-se seguir a ordem das datas em que as estratégias foram lançadas, mas sem perder a perspectiva de que suas repercussões ocorreram de forma interligada ou até mesmo sobreposta.

De acordo com os objetivos do estudo, a seguir apresentaremos a contextualização histórica do período em análise e, após, a análise das políticas de saúde da mulher em Angola.

4.1 Contextualização

4.1.1 Breve Caracterização de Angola

Figura 1 – Mapa geográfico de Angola
Fonte: Colégio São Francisco (2013).

A República de Angola situa-se na região Austral da África Subsaariana, com uma superfície de 1.246.700 km², e uma costa marítima de 1.600 km de Norte ao Sul (Figura 1). A população angolana é estimada em 16.500.000 habitantes, distribuída em 18 províncias e a densidade populacional é de aproximadamente 13,2 habitantes por km². É um país multicultural e multilíngue: falam-se mais de 18 línguas, incluindo-se os dialetos angolanos característicos de cada província, sendo que a língua portuguesa é a oficial (QUEZA, 2010; UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID), 2010). Após a independência de Angola, ocorrida em 1975, enquanto outros setores declinavam, a indústria petrolífera se destacava, e tornou-se a principal fonte de receitas da exportação e a maior fonte de receitas fiscais do governo (ANGOLA, 2003).

Atualmente, Angola é caracterizada por altos níveis de crescimento econômico desde o fim da guerra civil, que ocorreu em 2002. A sua economia continua sendo essencialmente no setor petrolífero que representa 55,5% do Produto Interno Bruto (PIB); o setor rural, que integra as atividades da agricultura e pecuária, é o segundo maior setor produtivo do país, cujo PIB é atualmente de cerca de 8% (QUEZA, 2010).

A população angolana é majoritariamente jovem, cerca de 50% tem menos de 15 anos de idade; apenas 7% da população têm mais de 50 anos de idade. A expectativa de vida da mulher é de 46 anos de idade e do homem de 40 anos (QUEZA, 2010). O ritmo de crescimento anual populacional é estimado em 3% ao ano, sendo que as decisões em relação à fecundidade no país são tomadas em nível familiar, uma vez que não existe uma política pública explícita a favor de alta ou baixa fecundidade (OLIVEIRA; ARTMAN, 2009; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 2006).

É importante destacar que desde 1970 não se realiza qualquer censo demográfico em Angola. Para se avaliar a evolução da população nas últimas décadas, tem sido prática comum a utilização de estimativas de população das Nações Unidas para Angola (QUEZA, 2010).

Angola foi colônia de Portugal desde o século XV (1482). Em 1961, Angola deu início à sua luta pela independência, e no dia 11 de novembro de 1975 Agostinho Neto a proclamou. A partir daí até 2002 instalou-se em Angola uma das mais duradouras guerras civis relatadas. (VERGARA, 2009).

Após a independência, três grupos nacionalistas foram incapazes de firmarem um acordo pelo poder governamental, o que impulsionou o país a uma guerra com o apoio de patrocinadores estrangeiros. Os grupos nacionalistas enfrentaram-se numa guerra que devastou o país, causando a morte de muitos angolanos inocentes e a destruição de infraestruturas institucionais. Nessa época, dois grupos maiores se firmaram e continuaram a

guerra pelo poder: o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA). Durante esses combates, aconteceram períodos curtos de paz, mas a guerra durou até a morte do líder da UNITA em 2002, quando finalmente o MPLA declarou a paz no país (USAID, 2010).

No período da guerra aconteceram fuzilamentos públicos, devastações, mutilações, desaparecimentos, corrupção e recrutamento de militares em diversos países. A guerra de Angola foi reconhecida internacionalmente como a guerra mais sangrenta e sofisticada de todas as guerras africanas, sendo que as estatísticas oficiais somam 500.000 mortos (CARVALHO, 2000).

Mas a questão das mortes e a destruição não são a única sequela da guerra, embora seja a mais evidente, salientável e penosa; a desintegração social e econômica, os campos minados remanescentes, os mutilados e refugiados, somam-se à já calamitosa lista de desastres, consequências da guerra em Angola (VERGARA, 2009).

4.1.2 Sistema Nacional de Saúde

Angola herdou o sistema de saúde colonial que servia exclusivamente aos colonizadores. A guerra prolongada impediu o desenvolvimento de um sistema de saúde adequado e, após a guerra, os investimentos voltados ao setor da saúde visam a estruturação de uma rede de assistência que possa atender a toda a população (USAID, 2010).

No período que se seguiu após a independência do país, foram estabelecidos, através do Sistema Nacional de Saúde, os princípios da universalidade e gratuidade da assistência em saúde exclusivamente prestada pelo Estado, com base na estratégia da Atenção Primária em Saúde. Este período foi marcado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de recursos humanos em saúde; segundo dados estatísticos, logo após o término da guerra civil, se encontravam em Angola pouco mais de 20 médicos, sendo que, na ocasião, o governo recorreu à contratação de profissionais recrutados por intermédio dos acordos de cooperação internacional (QUEZA, 2010).

Na atualidade, parte da rede de saúde encontra-se ainda prejudicada, pois os investimentos para novas construções e para manutenção, em especial nas zonas periféricas, são insuficientes, registrando-se uma proporção de 0,77 leitos para cada mil habitantes em hospitais e de 50.852 habitantes para cada Centro de Saúde. Apenas 42,5% da população se encontra coberta por serviços de saúde públicos (OLIVEIRA; ARTMAN, 2009; USAID, 2010).

A estrutura organizacional do sistema de saúde de Angola é essencialmente curativa e precária, sem um adequado desenvolvimento do processo de descentralização. Essa situação explica a escassez de estruturas periféricas e intermediárias, centros e postos de saúde, e grande valorização dos hospitais secundários e terciários provinciais e municipais para o atendimento da população. Assim, a inexistência de um sistema de referência e contra referência operacional é uma das dificuldades do sistema de saúde (OLIVEIRA; ARTMAN, 2009).

Além disso, existe uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre as populações rurais e urbanas, devido ao desequilíbrio na distribuição de profissionais e à carência de profissionais qualificados para as áreas de saúde. No nível dos cuidados primários de saúde desenvolvem-se, precariamente, atividades preventivas através de educação para a saúde, consultas pré e pós-natal, planejamento familiar, cuidados obstétricos básicos e avançados e vacinação. Os níveis secundários e terciários realizam mais de 50% das consultas de caráter de urgência. Não existe um sistema eficaz de agendamento de consultas (QUEZA, 2010).

O país mostra-se vulnerável pela ocorrência de epidemias, provocadas por fatores como: alta taxa de pobreza (68%), precariedade no abastecimento de água potável e saneamento básico, limitação de acesso aos serviços de saúde e baixa cobertura de vacinação de rotina. Entre 1999 a 2008, o país enfrentou várias epidemias de poliomielite, meningite, sarampo, cólera e febre hemorrágica (Marburg) com consequências desastrosas para a população (OMS, 2009).

Existe um déficit na qualidade e quantidade de recursos humanos, por isso o desequilíbrio na distribuição de profissionais entre regiões urbanas e rurais; há maior proporção de pessoal na área urbana, o que proporciona a falta de equidade de acesso aos serviços de saúde. Em 2004, dados disponíveis indicavam 0,008 médicos por 10.000 habitantes, 0,12 enfermeiros por 10.000 habitantes e 0,43 parteiras para 10.000 habitantes (OMS, 2009).

4.1.3 Condição Social da Mulher Angolana: Caminhos para a Análise da Saúde Reprodutiva

A mulher angolana, apesar da situação adversa do país, teve uma incessante busca pela garantia de seus direitos. Oficialmente, essa luta teve início em 1961, quando foi criado o primeiro movimento da mulher (Organização da Mulher Angolana) com objetivo de organizar as mulheres para a luta pela independência nacional (LARA, 1999). A principal meta dessas

mulheres era dar a sua contribuição para a emancipação angolana da colonização portuguesa, atrelada também à emancipação da mulher, chamando sua atenção para uma posição de igualdade de gênero tanto na vida como na nação (CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO HISTÓRICA (CDIH), 2008).

Com a independência, em 1975, a OMA ganhou apoio popular suficiente para contar com os delegados em todas as províncias e, em 1983, estimava-se um total de 1,8 milhões de membros (DUCADOS, 2004).

Durante o período da guerra civil houve consequências diretas para as mulheres, entre elas: mortes em consequência dos combates, violações sexuais, acidentes com minas. Muitas perderam maridos e filhos, aumentando assim a necessidade e responsabilidade como provedoras dos lares, na educação dos filhos, além de serem responsáveis pela construção e reparação de suas casas, sem esquecerem de seus deveres religiosos e obrigações sociais (DUCADOS, 2004).

Nos anos de 1990, o rendimento da mulher no setor informal da economia começou a causar sérios conflitos culturais, já que este colocava em dúvida a capacidade dos homens de ganhar rendimentos e o papel tradicional dos dois sexos na família onde ele é o chefe (ORGANIZAÇÃO DA MULHER ANGOLANA, 2011). A mudança da visão feminina, no que concerne à sua participação social e à gerência dos rendimentos, adquire um *status* social até então negado desde a colonização, mas a tentativa de entendimento desta situação ainda é tímida, devido às imposições da tradição e aos estereótipos que colocam a mulher em segundo plano (ALTUNA, 1985).

Enquanto o país se envolveu na guerra civil, no contexto internacional o período de 1975 a 1985 foi concebido pela Organização Mundial da Saúde (ONU) como a “Década da Mulher”. Esta década foi marcada por debates importantes, em eventos como a Primeira Conferência Mundial da Mulher em 1975, seguida pelo Primeiro Encontro de Mulheres Feministas, onde se discutiram os conceitos de saúde da mulher, saúde sexual, saúde reprodutiva e gênero e igualdade na sociedade (LOURENÇO; TYRRELL, 2009). Em 1994, o programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), no Cairo, reconheceu a importância da saúde sexual e reprodutiva, de homens e mulheres, para o desenvolvimento humano e social (ANGOLA, 2004a).

Percebe-se que, na África Subsaariana, as questões relacionadas à situação da mulher na sociedade começaram a ser reconhecidas, oficialmente, a partir da Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing, China no ano de 1995. Após a Conferência, o Conselho de Ministros da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) elaborou

recomendações que versavam, entre outras questões, sobre a promoção da igualdade e desenvolvimento para as mulheres (SILVA; ANDRADE, 2000). Na declaração dos chefes de estado ou governo dos países que formavam a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, que incluía Angola, a questão da situação da mulher nos programas e iniciativas de edificação da comunidade foram priorizadas (LOURENÇO; TYRRELL, 2009).

Apesar das grandes dificuldades, as mulheres têm contribuído para a reconstrução nacional, participando no desenvolvimento de melhorias para a sociedade. Várias organizações femininas foram criadas, contribuindo com o processo de dinâmica social, despertando a consciência pública sobre os temas da paz e a inclusão da mulher no mercado de trabalho, com discussões sobre desigualdade e injustiça existentes na sociedade (ANGOLA, 2009).

Considera-se que o movimento feminista surgido na década de 1960 não foi isolado à luta da mulher angolana que, face à discriminação do gênero e às desigualdades impostas pela condição do país, enfrentou as piores condições pela paz e democracia (ORGANIZAÇÃO DA MULHER ANGOLANA, 2011).

A OMA, após dar sua contribuição na luta pela independência e na reconstrução do país, defendeu a posição social da mulher, reunindo esforços para a eliminação da discriminação, tal como foi estabelecido na Lei Constitucional, no seu Código de Família de 20 de fevereiro de 1988, que referencia a igualdade entre homens e mulheres. Esse empenho da OMA culminou com as aprovações de várias medidas legislativas, dentre elas, a popularização dos serviços de planejamento familiar e a criação da Licença Maternidade (ORGANIZAÇÃO DA MULHER ANGOLANA, 2011).

Merecem destaque, também, os programas governamentais voltados à sensibilização da população em geral para a necessidade da participação política e social da mulher, como: o Programa de Apoio ao Empreendedorismo, que incentiva o desenvolvimento de pequenas e médias empresas com a participação majoritariamente de mulheres através de microcrédito, a fim de dar poder econômico às mulheres em situações de pobreza; o Programa Nacional de Gênero, com intuito de acelerar a eliminação das disparidades de gênero no processo de educação e ensino, visando a criação de centros profissionais para mulheres em todas as províncias; e a Rede Mulher/Angola, criada pela necessidade da participação mais ativa, tanto na mudança de atitudes como nos comportamentos de mulheres e homens (ANGOLA, 2009).

No entanto, estas ações não impediram que a mulher angolana sofresse os impactos negativos da guerra. Dados sócio-demográficos demonstram que o nível de analfabetismo é maior entre mulheres, sendo que 50% delas são analfabetas. No meio urbano, constata-se

que as famílias chefiadas por mulheres são menos marcadas pela pobreza, refletindo a sua grande presença no mercado informal (ANGOLA, 2003, 2009).

Na atualidade, as mulheres assumiram atividades que normalmente eram desenvolvidas pelos homens. O rendimento econômico das mulheres causa conflitos culturais, pois deixa em evidência questionamentos sobre o papel tradicional do homem como chefe na família, fato que ocasiona o aumento da violência doméstica contra mulheres e crianças (ANGOLA, 2003; SANTOS, 2010).

Relativamente à saúde da mulher angolana, a disponibilidade de dados é limitada, não foi feito nenhum inquérito demográfico e sanitário no país desde 2001, e os indicadores são demonstrados com base nos dados obtidos através do Inquérito por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2001 e em estimativas. Segundo a Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID, 2010), os indicadores de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva de Angola são os piores da África Subsaariana.

Santos (2010) refere que, devido ao esvaziamento da família sofrida pela mulher, desde a escravatura colonial, culminando com as mortes ocorridas em campos de batalha, a mulher angolana não se acanhou de procriar, aumentando o nível de crescimento da população em 3.9 anualmente. Apesar da baixa densidade populacional nas zonas rurais, existe um superpovoamento nas áreas urbanas, o que torna limitado os recursos de infraestrutura do país tais como: água, saúde, educação e habitação, aumentando a vulnerabilidade dos habitantes, principalmente de mulheres e crianças (USAID, 2010).

4.2 Políticas de Saúde da Mulher em Angola

Considerando a guerra civil que assolou Angola após a independência do país e que durou até 2002, é fácil compreender o desafio do estado angolano com relação à saúde da população, mais especificamente, com relação à saúde da mulher.

Em 1977, após a independência, o governo angolano através do Ministério da Saúde (MINSA) solicitou à Suécia um pedido de cooperação que teve a duração de 1977 a 2006. Esta se deu por meio da Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (ASDI) e, durante todo o período de cooperação, a agência disponibilizou cerca de 667 milhões de coroas suecas (equivalente a cerca de 100 milhões e setecentos e dezessete mil dólares) para a área dos cuidados primários em saúde (CPS) – entendida como vacinação,

nutrição e água, a ser implementado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); para o Programa de Malária - implementado pela OMS; e para o apoio à educação e formação de técnicos em saúde (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Enquanto isso, no mesmo ano, durante a 30ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS estabeleceu como meta social a obtenção, até o ano de 2000, de um nível sanitário que permitisse uma vida produtiva socioeconômica. Esta meta foi reafirmada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978. Esta conferência teve como resultado a elaboração da Declaração de Alma-Ata, um documento que reafirmou o significado de saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para as melhorias sociais e de saúde (ANGOLA, 2010a).

Em 1979, os recursos financeiros do primeiro acordo entre a ASDI e o governo angolano, no valor de 41.3 coroas suecas (equivalente a 6.236.300 dólares americanos) para um período de três anos (1979-1982), foram divididos entre os cuidados primários de saúde e projetos para encaminhamento de água potável para as zonas rurais. O principal foco da ASDI, com anuência do governo angolano, era o acesso da população carente aos serviços de saúde. Entretanto, após um aprofundamento nas negociações, o governo angolano mudou o enfoque, dando desta vez prioridade para uma unidade moderna de radiografia para um dos grandes hospitais de Luanda, o que desagradou a delegação da ASDI (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). Nos anos seguintes, durante os encontros mantidos anualmente entre o governo e a ASDI, o governo angolano mantinha a necessidade de receber assistência técnica e insistia que o apoio através das agências das Nações Unidas mudasse para uma cooperação bilateral mais extensa, incluindo a área de Psiquiatria; por outro lado, a Suécia defendia a prioridade na área da saúde materno-infantil (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Na década de 1980, a ASDI incluiu no seu apoio a importação de medicamentos essenciais à saúde materna (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). Em 1982, aconteceu o segundo acordo com a ASDI, com uma verba de 45 coroas suecas (equivalente a 6.795.000 dólares americanos) para o período de 1982 a 1985, sendo a maior parte desta verba disponibilizada para a área das doenças endêmicas. No final deste segundo acordo, 80% do orçamento havia sido gasto, sem se atingir o objetivo original formulado em 1978, de apoio aos cuidados primários em saúde e de servir a população rural (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

No ano de 1983, foi enviado o primeiro assessor sueco, Dr. Martin Bjorek, para coordenar o programa como assistente na Direção Nacional de Saúde Pública, o que foi acordado entre os dois países, para que o MINSA pudesse utilizar os recursos alocados (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Já no ano de 1985, houve a preparação do novo acordo; o governo angolano manifestou o desejo de fazer mudanças no programa de cooperação para se adaptar a situação do país naquele momento, que sofria com várias ações de sabotagem feitas pela África do Sul, que apoiava a União Nacional para a Independência Total em Angola (UNITA), partido de oposição ao Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) que governa o país desde sua independência (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). De acordo com Centro de Documentação e Investigação Histórica (CDIH), a aliança da UNITA com a África do Sul atrapalhou as relações que existiam entre Angola e África do Sul. A partir daí, a guerra já não era só dos angolanos; e a situação já precária da saúde em Angola piorou, pois o Orçamento Geral de Estado (OGE) disponibilizado para a área da saúde reduziu de 10% em 1980 para 6% em 1985 por causa da guerra (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Em 1986, um novo acordo trienal (1986-1988) foi assinado, com verba de 73 coroas suecas (equivalente a 11.000.000 de dólares americanos). Este acordo retirou o apoio para o programa de água e saneamento, e investiu em programas como o apoio dos medicamentos essenciais para centro e postos de saúde em sete províncias e a formação de técnicos de saúde e educação para a saúde (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). Neste mesmo ano, o MINSA começou a desenvolver programas pontuais diretamente voltados para a assistência materno-infantil, programas que, em consequência da guerra, eram concentrados nas capitais das diversas províncias. Através do programa de revitalização dos serviços municipais de saúde foi possível descentralizar a assistência sanitária para o nível municipal (USAID, 2010).

Em 1988, a cobertura do sistema dos cuidados primários indicou que o cuidado pré-natal era realizado em 203 unidades, o serviço de planejamento familiar existia em 23 unidades de saúde; em 1984, em todo país, apenas 2 unidades possuíam esses serviços, o que reflete o aumento da assistência obtido através desse apoio (BJORCK, 1989).

Em 1989, o acordo teve recursos de 165 coroas suecas (equivalente a 24.000.000 de dólares americanos). Foi a primeira vez que foram incluídos no acordo os programas específicos de saúde materno-infantil, devido ao alto índice de mortalidade materna, e o programa de endemias que incluiu o programa de HIV/Aids. Do total de recursos financeiros,

20% foi destinado a apoiar o Instituto Médio de Saúde na formação de profissionais, o que incluiu a ida de cinco professores suecos para Angola (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Também neste ano foi criado a Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda (CAOL), que no seu primeiro apoio à Suécia identificou que apenas o orçamento para o programa e a assistência técnica para a área de saúde materna não eram suficientes, pois os profissionais trabalhavam poucas horas ou não compareciam ao trabalho, o que diminuía a qualidade de atendimento e, como consequência, aumentava a mortalidade materna institucional. Isto porque os profissionais de saúde eram mal remunerados e as parteiras sobreviviam de partos domésticos que podiam cobrar. Com o objetivo de melhorar as condições de vida das parteiras, que deveriam trabalhar todas as horas dos seus turnos e desempenhar a sua tarefa com melhor qualidade, a cooperação sueca criou um plano de incentivos para manter as parteiras na instituição; com os incentivos, o salário das parteiras veio a duplicar, o que fazia com que elas permanecessem no emprego (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Em 1994, o governo angolano fez várias propostas a ASDI, em diferentes áreas, e que não coincidiam com os planos da mesma, que eram: investimento na saúde reprodutiva da população, incluindo apoio à CAOL, à formação de parteiras, planejamento familiar, atuação da FNUAP, HIV/Aids, e a elaboração de um projeto de saúde materna em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (a única universidade pública do país); prevenção e tratamento de doenças endêmicas, alargando-se para os medicamentos essenciais e vacinação; apoio geral, abrangendo a área administrativa e assistência técnica. Apenas os projetos de planejamento familiar e da saúde materna foram incluídos no acordo (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Enquanto isso, no mesmo ano (1994), acontecia um marco muito importante para a saúde da mulher: a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, que afirmou os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, o que deu outra visão aos participantes relativamente às políticas de saúde (RAMOS, 2008).

Esta conferência definiu a saúde reprodutiva como sendo “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou de enfermidade em todos os aspectos relacionados com sistema reprodutivo, faz parte dos direitos humanos e beneficia todas as mulheres e homens de todas as idades e condições” (RELATÓRIO..., 1994). À luz da conferência de Cairo de 1994, e concomitantemente com os acordos com a ASDI, em 1995, o governo elaborou o primeiro esboço de documento com propostas de políticas e normas para

prestação de serviço de saúde reprodutiva. De fato, este documento foi o primeiro que enfocou as ações voltadas para a saúde da mulher, e foi um disparador importante para a elaboração de todas as outras ações e políticas, sendo revisto e atualizado em 2004 (ANGOLA, 2004a).

É importante considerar que a conferencia do Cairo, em 1994, foi o grande marco que revolucionou as políticas voltadas para a saúde da mulher também em Angola, ou seja, foi a partir daí que surgiu a proposta de elaboração do documento específico sobre as políticas de saúde da mulher em 1995, dando também os primeiros passos para a educação feminina e a preocupação do governo relativamente à discriminação do gênero, questão presente na elaboração dos documentos que se seguiram.

Neste sentido, em 1996, se iniciou o Programa de Formação de Parteiras, com a contribuição substancial da ASDI, que financiava o quinto acordo com Angola, de 1994 a 1997, com 114 coroas suecas (equivalente a 17.214.000 dólares americanos) disponibilizados para o triênio (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

O sexto acordo trienal entre ASDI e Angola, firmado em 1997, adicionou o programa de saúde infantil, e tinha o objetivo mais focado na melhoria da situação de saúde da mulher e criança, tendo cada programa o seu objetivo específico. O programa da saúde da mulher objetivou a redução substancial da mortalidade materna e pré-natal, aumentando os conhecimentos e capacitação dos profissionais de saúde. Para tanto, foram criados os seguintes programas:

- Programa de Formação de Parteiras, com o intuito de estabelecer uma escola para a capacitação profissional;
- Programa de Medicamentos Essenciais, tendo como objetivo primário o oferecimento de medicamentos para as doenças mais comuns, nas áreas cobertas pelo programa;
- Programa de combate ao HIV/SIDA, que objetivou a consolidação dos serviços laboratoriais de diagnóstico de alta qualidade, através de estratégias simples e econômicas;
- Programa de Saúde Infantil, com a finalidade de melhorar a atuação profissional na saúde de crianças com idade inferior a 10 anos, visando melhorias nos serviços pediátricos em todos os níveis.

Para acompanhamento dos acordos, a ASDI criou uma equipe de consultores para monitorar regularmente o apoio e os resultados. No relatório da análise de resultados para o período 1995–1998, os consultores entenderam que a administração de saúde angolana

bloqueava qualquer progresso substancial em termos gerais. Ou seja, financeiramente, a contribuição do MINSA era insignificante, o que prejudicava a sustentabilidade de todo o Programa, sendo que a ASDI fez a seguinte declaração:

Fala-se de parceria, ou seja, uma relação em que ambas as partes compartilham valores similares e desejam contribuir para o desenvolvimento do país e para melhores condições de vida da população que se encontra em dificuldades. Isto, em grande parte, não é o caso em Angola (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008, p. 60).

Esta declaração colocou em evidência as desconfianças e descontentamento da Suécia com a falta de vontade política por parte do governo angolano, o que provocou uma crise entre as partes. Além disso, em 1998, a Suécia mostrou frustração com o desempenho da CAOL e chegou a criticar a sua direção, referindo que a mesma impedia o desenvolvimento do programa de saúde materna e, como consequência, desaprovou os planos anuais para o acordo do ano seguinte (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Enquanto isso no ano de 1997, o governo angolano criou o Ministério da Família e Promoção da Mulher, órgão do governo encarregado de definir e executar a política nacional para a defesa e garantia dos direitos da mulher inserida na família e sociedade em geral. No mesmo ano, o Conselho de Ministros aprovou a Estratégia Para a Promoção da Mulher até no ano 2000, em conformidade com as recomendações da conferencia de Beijing, que aconteceu no ano de 1995 (ANGOLA, 2010c). Um ano depois, em 1998, o compromisso para melhorar a saúde foi renovado pela resolução WHA51.7 da assembleia mundial da saúde, que determina as políticas de saúde para todos no século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Depois de uma análise da situação e observando as péssimas condições nas principais maternidades da capital Luanda, Suécia e Angola novamente chegaram a um acordo, no sentido da descentralização dos serviços obstétricos para alguns centros de saúde em Luanda, o que levou a reestruturação do serviço obstétrico, o fortalecimento do cuidado pré-natal, planejamento familiar e posteriormente o curso de formação de parteiras (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Em 1999, para o sétimo acordo (1999-2002) a Suécia exigiu a continuação dos programas de saúde materno-infantil e de vacinação e a inclusão de atividades relacionadas ao programa de HIV/Aids, especialmente para evitar a transmissão vertical entre mãe e filho durante o parto. O valor disponibilizado para esta fase do acordo foi de 82 coroas suecas (equivalente a 12.382.000 dólares americanos), desembolsados em duas etapas, tendo em

conta a solicitação de apoio financeiro solicitado pelo MINSA para o primeiro período de 2 anos.

Através desta cooperação foi possível adotar uma perspectiva de direitos humanos e da saúde reprodutiva. As ações de cooperação foram limitadas à províncias de Luanda e foi recrutada uma obstetra sueca para a coordenação da saúde da mulher no programa da CAOL. Apesar dos obstáculos e dificuldades, a criação da CAOL foi considerada positiva, (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008), as condições dos hospitais melhoraram consideravelmente e tomaram-se medidas específicas para reduzir a mortalidade materna.

Os escassos dados existentes demonstram certa evolução no contexto geral das áreas de saúde que estavam sendo financiadas, duas décadas depois do início da cooperação com a ASDI, apesar de ser ínfima, e a guerra continuar a ser o grande problema e empecilho para uma evolução mais notória; além disso, as ações realizadas em saúde continuaram a ser somente a nível central.

Paralelamente ao acordo de 1999-2002 com a Suécia, em 2000 foi lançada pela ONU a Declaração do Milênio, composta por um conjunto de objetivos a serem alcançados até 2015 e da qual Angola foi um dos 191 países que aceitaram e apoiaram a iniciativa. O quinto objetivo dessa declaração refere-se à redução da mortalidade materna e melhoraria da saúde da mulher em três terços, mundialmente (ANGOLA, 2005b).

No mesmo ano realizou-se a Cimeira do Milênio, que reuniu os países que adotaram a Declaração do Milênio como um compromisso solene e global para promover a paz e desenvolvimento. Essa reunião foi de extrema importância, pois, levou os países participantes a uma preocupação maior com a população, com a revisão do limite de tempo para se atingir os alvos e objetivos preconizados durante a cimeira (ANGOLA, 2005b). Os principais objetivos da cimeira do milênio são a redução da pobreza pela metade, fornecimento de alimentos a todas as famílias, o envio de todas as crianças à escola, e impedir a disseminação do HIV/SIDA (ANGOLA, 2005b).

Além deste, outro objetivo do milênio estava na senda do governo angolano, que era o terceiro objetivo, relacionado com a eliminação da desigualdade do gênero no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis até 2015, que tem impacto direto na melhoria das desigualdades de gênero. Assim, no ano de 2000, foi lançada a campanha contra o analfabetismo entre as mulheres, contando com a participação ativa das igrejas, associações, entre elas a OMA e ONGs (ANGOLA, 2003).

No ano seguinte, foi aprovada a estratégia integrada pra melhoria do sistema de educação para o período de 2001-2015, que o MEC traduziu no Plano de Ação Nacional de Educação Para Todos 2001-2015, comprometendo-se assegurar o acesso, a permanência, a qualidade das aprendizagens e a plena participação e integração das 18 províncias do país no plano, o que reduziria as disparidades educacionais existentes entre os gêneros (ANGOLA, 2003). Para tanto, o MEC desenvolveu o Programa Nacional de Gênero, no contexto de sistema educativo para 2001-2005, sobre responsabilidade da Comissão Nacional de Ensino Geral, com o apoio da UNICEF (ANGOLA, 2003). A falta de apoio dos fundos do Orçamento Geral do Estado (OGE) fez com que a esta comissão trabalhasse com grande debilidade (ANGOLA, 2003). Para dar continuidade ao segmento da avaliação à plataforma de Beijing em conjunto com o FNUAP, o Ministério da Família e Promoção da Mulher (MINFAMU) organizou, em 2001, o workshop nacional a fim de discutir as estratégias de promoção de gênero até 2005 (ANGOLA, 2005c).

O acordo de paz assinado pelo governo angolano em 2002 trouxe um “novo fôlego” para a cooperação com a Suécia, deixando a ASDI otimista, pois a nova estratégia para Angola, de 2003-2005, possibilitaria a continuação de apoio ao setor de saúde e a disponibilização de recursos para os setores sociais, fazendo também com que os serviços de saúde abrangessem todas as províncias do país. Entretanto, mais uma vez, alguns obstáculos como a não existência de uma política nacional de saúde, a falta de integração horizontal entre os programas apoiados pela ASDI com outras atividades regulares implementadas pela Delegação Provincial de Saúde da província de Luanda e pelo Ministério da Saúde, colocaram em perigo a eficácia e a sustentabilidade das atividades apoiadas pela Suécia (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Porém, mesmo com estes fatores negativos, o Departamento de África da ASDI continuava otimista com o acordo de paz, pois era uma oportunidade única para Angola recomençar o fortalecimento das instituições, formular uma política de saúde e reformular o sistema atual, com a consequente melhoria da situação da saúde no país em termos práticos (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). Neste sentido, durante o processo de estratégia que tinha como foco claro a democracia e direitos humanos para a Angola, a ASDI criou um grupo de trabalho para preparar um projeto como base para um novo acordo. Assim, foi tomada a decisão de que o processo de elaboração começaria com a análise das experiências anteriores da cooperação e para tanto, foram preconizados dois objetivos: a avaliação dos programas de saúde materno-infantil (CAOL), Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda (CAPEL), Curso de Especialização de Parteiras (CEP), a

partir de uma perspectiva de sustentabilidade para um período mais longo e a elaboração de recomendações úteis para o novo acordo (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Com base nesta avaliação, em 2003, os avaliadores observaram que apenas o programa de saúde materna era sustentável para se manter atuante. A partir daí, em fevereiro de 2003, a embaixada da Suécia decidiu avançar com a preparação do acordo nº8, referente ao triênio 2004-2006, tendo em conta a previsão do esboço de estratégia para Angola, na continuação do apoio à saúde para além do ano 2003 (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008). No biênio de 2004-2005, a ASDI procurou apoiar o desenvolvimento do sistema e da estrutura dos serviços de saúde e capacitar profissionais, de forma a facilitar a continuação das atividades sem o seu apoio após o fim da ajuda, sempre seguindo a política da cooperação internacional da Suécia, favorecendo a criação de “sistema de saúde sustentáveis e eficazes e maior acesso ao serviço de saúde, além de melhor cobertura do mesmo com qualidade aceitável, dando ênfase à justiça social e à igualdade de gênero” (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Assim, o objetivo principal do projeto de saúde 2004-2005, inserido no acordo de 2004-2006, foi contribuir para a melhoria da saúde das mães e crianças que viviam exclusivamente na capital de Angola, por meio da melhoria da qualidade dos serviços já existentes; expansão dos serviços básicos de saúde para os tornar acessíveis à população de Luanda; melhoria dos conhecimentos e competências dos profissionais de saúde; integração dos programas e serviços; fortalecimento da capacidade do planeamento e gestão da Direção Provincial de Saúde (DPS), das seções de saúde dos municípios e das unidades de saúde periféricas; e formas para assegurar sustentabilidade das atividades de saúde (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Além disso, seguindo o preconizado neste último acordo, Angola deveria sugerir e apresentar alternativas de financiamento do programa a partir de 2006, para assegurar a sustentabilidade dos serviços das unidades de saúde reprodutiva e saúde infantil que dependiam da Direção Provincial de Saúde Pública (DPSL) (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

No final da cooperação em 2006, devido a um surto de febre hemorrágica de Marburg em Angola, houve um atraso na implementação do acordo, pois todos os profissionais de saúde foram mobilizados para combater a epidemia. Neste contexto o MINSA e a DPSL apresentaram um pedido a ASDI para estender o programa e o financiamento por mais seis

meses. O pedido foi aceito; no entanto, a ASDI estendeu apenas por três meses (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

É importante salientar que, no início da cooperação com a ASDI (em 1977) existiam duas grandes maternidades em Luanda: o Hospital Lucrecia Paim, nacional e especializado em Ginecologia e Obstetrícia e o Hospital Augusto Ngangula também especializado em Ginecologia e Obstetrícia, com funcionamento que datavam do tempo colonial.

Cabe, portanto, uma análise com relação ao atendimento hospitalar relacionado à assistência obstétrica e ginecológica, considerando os acordos de cooperação com a ASDI. Os dados demonstram que, em 1973, cerca de 8 mil partos eram institucionais por ano; já em 1989, este número passou para 32 mil partos; em 1999, foram 59.753 mil partos hospitalares; e em 2005, foram 90.160 mil partos hospitalares (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Antes da descentralização dos serviços obstétricos, ocorrida nos finais dos anos de 1980, como referido anteriormente, todos os partos normais ou de risco de Luanda eram feitos nesses dois hospitais, tornando as condições de trabalho totalmente inaceitáveis pela grande demanda e pela falta de material básico para a realização dos procedimentos (luvas, água, kits de partos, higiene). Durante o apoio da CAOL essas condições foram sendo modificadas, pois foram tomadas medidas específicas para reduzir a mortalidade materna, por meio da capacitação profissional. Algumas destas medidas ocorreram na década de 1990, quando foi elaborada uma norma para tratamento de eclampsia e com a instalação de unidade de preeclampsia nos dois hospitais de referência e em alguns hospitais municipais (Cajueiros e Kilamba Kiayi); em 1993, foram realizadas uma série de seminários destinados a obstetras e parteiras, por professores suecos; em 2006, o hospital Lucrecia Paim organizou jornadas de obstetrícia para os profissionais de saúde materna (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Além disso, o Curso de Especialização de Parteiras, com início em 1998, que resultou dos esforços da CAOL (criada no triênio 1989-1992) foi direcionado às técnicas de Enfermagem, a fim de se tornarem parteiras especializadas; antes da realização do curso, elas trabalhavam nos grandes hospitais provinciais, mas não tinham experiências suficientes e não preenchiam os critérios referidos para a profissão (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Ainda através de financiamento da ASDI, nos anos 1990, o acordo de cooperação ofereceu bolsas de estudo para algumas técnicas estudarem no Brasil e, após a formação, muitas delas se tornaram responsáveis pelo referido curso de especialização em Angola. Até

2006, 92 parteiras foram formadas pelo programa, que abrangia profissionais de todas as províncias de Angola (PEHRSSON; ANDERSON-BROLEN; SALMONSSON, 2008).

Com base no exposto até aqui, pode-se vislumbrar que os objetivos definidos pela ASDI relativamente à sua contribuição para a construção de um sistema de CPS em Angola, de acordo com as diretrizes formuladas em Alma Alta, não foram atingidos, devido às imensas dificuldades ocasionadas fatalmente pela guerra civil que foi permanente desde a independência do país em 1975 até 2002. A falta de recursos necessários aos CPS (pessoal de saúde qualificado, infraestrutura adequada e, além disso, o sistema colonial tinha uma forte inclinação hospitalar, e não estava orientado para o trabalho de prevenção e os CPS) contribuíram para o não sucesso da ASDI no programa de CPS. No entanto, alguns componentes importantes para o estabelecimento de um futuro e concreto sistema de saúde puderam se desenvolver, ainda que fragilmente. Como exemplos, podem ser citados o programa de medicamentos essenciais; e o programa de saúde materno-infantil em Luanda, com salas de partos e unidade de pediatria descentralizada, além do Curso de Especialização de Parteiras.

Os acordos realizados entre os dois países foram de grande valia para a população angolana, pois os programas que foram abrangidos e que ganharam sustentabilidade ajudaram, de alguma forma, a população em geral. No que concerne especificamente à assistência materno-infantil, destaca-se a especialização das parteiras que contribuíram e continuam a ajudar na redução da mortalidade materna. Mais de 90 técnicas foram formadas e distribuídas para as províncias de todo o país e nos diversos centros e postos de saúde. Se considerarmos que antes dos acordos a maioria das mortes maternas não era reportada, pode-se compreender que a mortalidade era ainda mais elevada. Ao longo dos anos, com a realização dos acordos, foram feitas várias ações com o intuito de minimizar esta situação.

Atualmente, dados do IBEP mostram a oscilação da taxa de mortalidade materna até no ano de 2009 que estava entre 1400 e 1800 por 100.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna em Angola, na atualidade, está estimada em 610 por 100.000 nascidos vivos, segundo UNFPA, OMS, UNICEF e Banco Mundial (ANGOLA, 2012).

Com relação à saúde da mulher, em 2004, com o apoio e colaboração de vários profissionais que atuam na área de saúde reprodutiva, instituições de ensino, Organizações Não-Governamentais nacionais e internacionais, Fundo das Nações Unidas Para a População (FNUAP), OMS, e ASDI, o documento de políticas e normas para a prestação de serviços em saúde sexual e reprodutiva foi revisto, devido à visibilidade crescente da saúde sexual e reprodutiva no cenário internacional, ao desenvolvimento rápido da pandemia da Aids em

Angola e às mudanças no cenário político proporcionadas com a conquista da paz no país, que geraram novas necessidades para a população (ANGOLA, 2004b). Isto porque, com o fim da guerra, as pessoas passaram a ter maior liberdade de sair às ruas e procurar os serviços de saúde, gerando uma demanda maior ainda do que a que já existia para estes serviços.

Neste sentido, a preocupação do governo relativamente às necessidades da saúde das mulheres e crianças, levou à elaboração de planos estratégicos.

Em 2001 foi elaborado o Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva para o período de 2002 –2007. As áreas de intervenção do plano incluíam a assistência aos cuidados obstétricos (acompanhamento antes, durante e depois do parto), o planeamento familiar, o tratamento das DST/ SIDA, a saúde reprodutiva para adolescentes e a prevenção do cancro ginecológico. Para o êxito deste plano foram estabelecidas varias estratégias tendo em conta a complexidade de conceito de saúde sexual e reprodutiva, tais como (ANGOLA, 2003).

- Prevenção e redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal;
- Acessibilidade ampla aos serviços de planeamento familiar;
- Prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS incluindo HIV/Aids;
- Prevenção e detecção precoce do cancro do colo, mama e da próstata.

Em 2004 foi elaborado o Plano Estratégico Nacional de Redução Acelerada de Mortalidade Materno-Infantil 2005-2009 (ANGOLA, 2004b). A elaboração deste plano estratégico foi para traçar linhas para o alcance dos objetivos do milênio até o ano de 2015, compromisso dos Estados membros da Organização das Nações Unidas. Dos 8 objetivos do milênio, dois deles (terceiro e quinto) estão voltados para a mulher especificamente. O terceiro objetivo visa promover a igualdade do gênero e o empoderamento das mulheres; e o quinto objetivo visava melhorar a saúde materna proporcionando a aplicação de esforços na formulação de políticas públicas, implementação de programas e mobilização de recursos, para que a situação da mulher fosse priorizada (ANGOLA, 2005b).

De acordo com o relatório do progresso de 2005, com relação ao terceiro objetivo do milênio, este tem como uma das metas internacionais de desenvolvimento a eliminação da desigualdade de gênero no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015 (ANGOLA, 2005b). Certamente o alcance deste objetivo trará impacto direto na situação de saúde das mulheres e, portanto, o governo angolano investiu em ações na tentativa de atingir este objetivo.

Em Angola, a taxa líquida no ensino primário foi de 56,8% para rapazes e 41,3% para as mulheres no setor da educação em 2002, pondo em evidência a desigualdade de gênero

neste setor. O alcance da igualdade do gênero é o principal desafio do governo angolano no que concerne à educação. Para isso, o governo elaborou instrumentos como: o Plano de Ação e Educação Para Todos 2001-2015, onde se compromete a crescer, garantir o acesso, a permanência, a qualidade das aprendizagens e a plena participação de todos angolanos e a eliminação das disparidades entre homens e mulheres e o Programa Nacional de Gênero no contexto de sistema educativo 2001-2005 (ANGOLA, 2005b).

Destaca-se que o plano tem se desenvolvido de acordo com o previsto, pois o plano de ação e educação comporta quatro fases distintas, mas complementares, das quais três já foram cumpridas, a saber: Fase Prévia (2001-2002), Fase de Emergência (2003-2004), Fase de Estabilização (2005-2008); atualmente o governo tem envidado esforços para dar seguimento à última fase, de Expansão, Generalização e Desenvolvimento (2009-2015), que tem como objetivos reforçar e consolidar os programas, planos e projetos das fases precedentes (ANGOLA, 2003).

Ademais, considerando a situação social da mulher angolana, o Ministério da Família e Promoção da Mulher criou um Plano de Ação para o biênio 2005-2006, que previa a criação do Centro de Formação Profissional para as mulheres, em dez das dezoito províncias do país, e monitoramento da participação da mulher no processo de desenvolvimento político, econômico e social (ANGOLA, 2005c). De acordo com dados estatísticos do Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (MAPESS) de 2009 – 2011 foram formadas 38.996 mulheres em vários cursos e em todo país. Em 2009, 14.808; em 2010, 13.136 e, em 2011, foram formadas 11.052. (ANGOLA, 2011), dados que demonstram que resultados positivos estão sendo alcançados.

Neste plano de ação constava ainda a facilitação de profissionais de saúde e educação para participarem em eventos regionais e mundiais centrados na promoção da mulher, o que era de interesse do governo para auxiliar na implementação das ações programadas, que enfocavam as questões de gênero e melhorias para as mulheres em todos os setores (ANGOLA, 2005c).

Com relação ao quinto objetivo do milênio, este tem como meta internacional de desenvolvimento a redução em três quartos da taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015 (ANGOLA, 2007).

Para analisar esta situação, destaca-se que do total de nascimentos mundiais, 17% ocorreu no continente africano, que tem 12% da população mundial, com uma fecundidade de 5, 6 filhos por mulher, apenas 13% da taxa de prevalência contraceptiva. Das 529.000 mortes maternas que ocorreu no mundo por causas direitas da gravidez, metade ocorreu na África

(ANGOLA, 2007). Em Angola a taxa de mortalidade materna é estimada em 610 por 100.000 nascidos vivos, segundo a estimativa do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFP), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Banco Mundial (BM). A cobertura de atenção pré-natal na escala nacional é de 69%. A taxa de prevalência contraceptiva para os métodos modernos de acordo com o IBEP 2008-2009 é de 17,7% a nível nacional e a fecundidade é de 7,2 filhos por mulher, como apresentado anteriormente.

Destacam-se as iniciativas governamentais com o intuito de interferir nesta situação, como o Plano Estratégico Nacional Para a Saúde Reprodutiva 2002-2006, implementado pelo MINSA, que têm como meta principal a redução da taxa de mortalidade materna para 350 mortes em cada 100 mil nascidos vivos até 2015 (ANGOLA, 2005d). Para tanto, os investimentos estão sendo feitos no sentido de aumentar a cobertura do planejamento familiar, tendo em vista que entre as angolanas apenas 2,8% têm acesso aos poucos recursos contraceptivos (ANGOLA, 2005e).

Além desse, foi elaborado o Plano Estratégico Para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil e Melhoria da Nutrição 2004-2009 (ANGOLA, 2005d). Os objetivos do plano foram o atendimento clínico e atividades preventivas da rede fixa de serviços de saúde pública; a distribuição de vitamina A, desparasitação, distribuição de mosquiteiros tratados com inseticidas, educação das comunidades e serviços curativos de algumas doenças correntes (malária e DDA), por equipes avançadas e móveis; a prestação de serviços preventivos e curativos por ONG's e Igrejas selecionadas; os cuidados e serviços básicos ao nível comunitário e familiar. Para que os objetivos fossem cumpridos, o governo angolano fez um pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno- infantil. Esse pacote contém várias ações que visam a prevenção, promoção e cura, com a finalidade de reduzir para 50% a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, 30% a taxa de mal nutrição de crianças menores de 5 anos e 30% a taxa de mortalidade materna. O pacote é de baixo custo e eficaz, de simples aplicação, dando cobertura ao país todo através da rede fixa de serviços de saúde públicos que integra ONG's e Igrejas; há também equipes avançadas e móveis de saúde. Essas ações têm até a atualidade um impacto positivo para a mulher, pois o pacote engloba intervenções que incluem consultas pré-natal, cuidados de parto, pós-parto e neonatal, corte da transmissão vertical do HIV de mãe para filho (ANGOLA, 2010a).

Estudo de soro prevalência realizado sobre IV, hepatite A e B, feito em mulheres grávidas em consultas pré-natais em 2004, demonstrou a prevalência da infecção pelo HIV no país de 2,8%. Fatores como pouco conhecimento, atitudes dominantes relativamente a esta

pandemia contribuíram para o aumento da prevalência estimada para os próximos anos (ANGOLA, 2007).

O mesmo estudo revelou que 11,1% de população com idade compreendida entre 15 e 24 anos nunca ouviram falar do HIV/SIDA; 49,5% desconhecera qualquer forma de prevenir a transmissão sexual da doença; 62% não conhecem as concepções errôneas sobre a doença; 45,5% das mulheres não sabem onde fazer um teste, 83,2% nunca o fez e 61,4% não foram aconselhadas durante o pré-natal, o que aumenta a tendência do aumento de infecção por transmissão vertical (ANGOLA, 2007).

Este plano estratégico permitiu a elaboração de ações para combater estes males. O governo investiu na formação de técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia, para garantir qualidade na prestação de cuidados e segurança de saúde reprodutiva; os provedores de informação e aconselhamento nutricional para as pessoas vivendo com o HIV/Aids; o aleitamento materno exclusivo; os métodos e meios técnicos para a comunicação e promoção da saúde reprodutiva. Em relação à oferta de serviços de HIV/Aids, está em funcionamento no país um total de 730 unidades (postos e centros de saúde) dos quais 177 oferecem serviços de atendimento às mulheres grávidas soropositivas para HIV e estão distribuídos por 251 unidades fixas e 77 móveis em 111 Municípios (67,7%), dos 164 existentes no País (ANGOLA, 2007). Relativamente à assistência para as hepatites A, B e C não encontramos dados que mostram as ações feitas pelo Governo angolano para combatê-las.

Os planos estratégicos governamentais para atingir os Objetivos do Milênio tiveram o desafio da elaboração de ações que pudessem concretizar as melhorias requeridas. Assim, algumas ações elaboradas envolvem: a assistência de cuidados obstétricos acompanhando a mulher antes, durante e depois do parto; tratamento das IST/Aids, saúde reprodutiva dos adolescentes e a introdução de preservativos femininos em todo território nacional (ANGOLA, 2005e). Angola (2003) faz referência da aprovação pelo governo do programa de ação de quadro estratégico para promoção de gênero até 2005.

Neste sentido, alguns mecanismos foram criados pelo governo para garantir o direito da mulher, seja no âmbito da saúde ou nos setores político, social e econômico (ANGOLA, 2003):

- Lei Constitucional de 1992 revista em 2 de fevereiro de 2010;
- Código Penal e Comercial;
- Lei geral do trabalho 1981;
- Código da família.

De acordo com a constituição de 2010, em seu artigo nº 23, no princípio de igualdade, todos são iguais e ninguém deve ser privilegiado, prejudicado ou privado de qualquer direito ou dever em razão da sua ascendência, independentemente do sexo, cor, raça, deficiência, língua, local ou região de nascimento, convicções políticas, ideológicas ou filosóficas, grau de instrução, condições econômicas, sociais ou profissionais (OMS, 1997). Pela lei geral do trabalho é garantido à mulher a *licença de parto (licença maternidade)*, que consiste na liberação da mulher do trabalho por 3 meses, e mais 1 mês, caso a trabalhadora optar, afim de continuar cuidando do seu filho (ANGOLA, 2010c).

Relativamente à igualdade de remuneração, a legislação determina que a mulher deve receber remuneração igual ao homem para a realização de trabalho igual ou de mesmo valor, (artigo 164 da lei geral do trabalho), e proibi ainda qualquer tipo de discriminação de gênero no trabalho (ANGOLA, 1981).

O governo angolano participou de tratados internacionais sobre a proteção de direitos humanos, entre eles.

- 1) Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher em 17 de setembro de 1986;
- 2) Protocolo adicional à convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação sobre a mulher aos 25 de junho de 2007;
- 3) Protocolo à carta africana dos direitos dos homens e dos povos relativo aos direitos da mulher a 1 de março de 2007;
- 4) Convenção sobre os direitos políticos da mulher aos 17 de setembro de 1986 (ANGOLA, 2009).

Essa realidade ficou bem patente no artigo 18º, que consagra o direito à igualdade e à não discriminação como princípios fundamentais do estado democrático, princípio este que encontra suporte legal no artigo 7º da lei que promove a solidariedade econômica, social e cultural entre as regiões de Angola. Para cumprir a lei e não comprometer seus objetivos na promoção à igualdade de gênero, o governo angolano e parceiros sociais realizaram amplo trabalho de educação jurídica para todos, tendo a mulher como seu principal alvo, alargando o programa de informação, comunicação e educação sobre os direitos da mulher e da criança, (ANGOLA, 2009).

É notório que grandes esforços têm sido feitos desde a reunião de Alma-Ata para garantir a saúde de todos os cidadãos angolanos, por isso recorrem a várias políticas e planos nacionais que têm alicerce nos CPS, levando em consideração que a África tenha se deparado

com grandes problemas no que concerne às estruturas, atenção aos princípios dos CPS, recursos financeiros, impacto da epidemia de HIV/SIDA, conflitos civis e pouca vontade política. Sintetizando, percebe-se que a redução da pobreza foi uma das estratégias adotadas pelo governo para a melhoria da saúde da população e, para isso, implementou ações imediatas tais como: a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, uso de contraceptivos e a prática de planejamento familiar, promoção da saúde sexual e reprodutiva, escolha livre para as mulheres da melhor vida sexual, com informações, melhoria ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, envolvendo a comunidade.

Apesar do esforço dos últimos anos, o setor da saúde continua sub-financiado, o que não tem permitido grandes avanços. O total das despesas com a saúde está calculado em 5% do PIB, o que é relativamente baixo, mesmo quando comparado com a média dos países da África Subsaariana que é de 9,5%. A despesa pública com a saúde era, em 2005, de 1,5% do PIB, enquanto que com a educação representava 2,6% e com a despesa militar 5,7% (OMS, 2010a).

Percebe-se que existe uma grande complexidade no que concerne a situação da saúde sexual e reprodutiva da população angolana que envolve vários aspectos de equidade social.

Estando ciente de que as mudanças não virão a curto prazo, o governo angolano identificou intervenções com um impacto visível a curto prazo tendo sua atenção principal nos problemas em situações preveníveis ou tratáveis (ANGOLA, 2004b). Os principais problemas relativos à saúde sexual e reprodutiva na prioridade do governo são aqueles ligados diretamente à alta taxa de fecundidade feminina, a elevada taxa de mortalidade materna, complicações de aborto e o índice elevado de infeções de transmissão sexual (ITS) incluindo o HIV/Aids (ANGOLA, 2004a).

Neste sentido, em 2004, com o objetivo de prestar serviços de qualidade coletiva e individual para as mulheres adolescentes e adultas e materializar o Plano Estratégico para a Redução Acelerada da mortalidade materno-infantil em Angola 2002-2007, foi proposto um trabalho de formação, visando a competência na área para os responsáveis nacionais, provinciais e municipais, prestadores de serviços na rede sanitária estatal e privada. Essa estratégia do governo angolano visou principalmente capacitar a mulher em tomar as próprias decisões no que concerne às suas necessidades sexuais e reprodutivas (ANGOLA, 2004b).

Também para tornar os serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis, o governo angolano definiu princípios orientadores da política nacional de saúde sexual e reprodutiva integrada, tais como: a concepção dos direitos sexuais e reprodutivos com direitos humanos; equidade social e do gênero; princípio da igualdade de trato e de oportunidades;

empoderamento das mulheres; concepção da saúde como um serviço público que dever ser prestado com qualidade e eficiência, universalidade e solidariedade. Estes fatores mencionados tiveram o intuito de contribuir para a diminuição da pobreza e consequentemente melhorar a saúde sexual e reprodutiva (ANGOLA, 2004a).

Tendo em conta o manual de Política Nacional e Normas de Saúde Reprodutiva de 2004, o Plano Estratégico Nacional Para a Saúde Reprodutiva 2002-2006, o Plano de Redução Acelerada da Mortalidade Materna e Infantil 2004-2008 e o compromisso para o alcance dos Objetivos do Milênio até 2015, o governo Angolano elaborou o Roteiro Nacional com os objetivos principais de dar garantia de acesso aos cuidados integrados à mulher em todos os níveis do sistema de saúde e promover a participação de todos para a melhoria da saúde da mulher e do recém-nascido (ANGOLA, 2007).

O que se percebe, na atualidade, é que os componentes de saúde sexual e reprodutiva considerados pela OMS e reconhecidos pelo programa de ação da CIPD como requisitos fundamentais sustentáveis foram utilizados pelo governo na elaboração das ações contempladas nas políticas e normas para prestação de serviços em SSR (ANGOLA, 2007). As ações surtiram efeito considerado positivo, uma vez que houve discreta melhoria na área da saúde sexual e reprodutiva, e, consequentemente, uma redução considerável do índice de mortalidade materna e neonatal.

Relativamente aos problemas de gestão e organização de serviço de saúde, considerando também o déficit de abastecimento de medicamentos, equipamentos e material, a estratégia do governo foi o desenvolvimento de recursos humanos, através de ações de formação em serviços de RSS, informação e comunicação, supervisão, gestão e monitoramento das atividades dos profissionais (ANGOLA, 2007).

A ajuda externa foi de extrema importância para o desenvolvimento dos serviços de saúde, pois serviu para complementar os esforços do país no processo de definição de prioridades e modalidades para a implementação das mudanças preconizadas, que procurou evitar a fragmentação, fruto de projetos mal coordenados e ineficientes que existiram e procurou também potencializar a eficácia no uso dos recursos (OMS, 2001).

Com tudo isso, alguns avanços podem ser contabilizados, como a organização do sistema nacional de saúde em três níveis de assistência e com o fluxograma de atendimento definido, apesar desta organização ainda não ser eficiente. A existência de uma política nacional de saúde reprodutiva, revista em 2004, define os grupos prioritários para atuação, mas ainda assim a cobertura da assistência institucional às mulheres é limitada e justificada por razões de acessibilidade geográfica, econômica e cultural. Com o objetivo de acelerar a

redução da mortalidade materno-infantil, as estratégias elaboradas pelos Planos de Ação foram extremamente importantes, devido à sua simplicidade, ao baixo custo e ao reconhecimento da necessidade de cobertura mais ampla e não apenas para Luanda (ANGOLA, 2004a). No entanto, os seus efeitos na população não foram impactantes.

O problema da saúde materna foi internacionalmente reconhecido, comprovado pelas várias conferências organizadas, com a participação de governos de vários países que apoiaram e ratificaram em função da realidade de cada país. No entanto, para o continente africano e especificamente para Angola, o principal desafio para a saúde pública até o momento continua sendo a mortalidade materna e neonatal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho descreveu um panorama histórico das políticas de saúde da mulher em Angola, que se misturam com as políticas de saúde para a população em geral, devido às dificuldades enfrentadas por um país que esteve envolvido em uma guerra civil durante longo período, o que obviamente trouxe sérios prejuízos para a população.

Mesmo com os investimentos suecos e de organismos internacionais, houve uma grande dificuldade para a completa implementação das ações previstas, por inúmeros fatores, que vão desde as dificuldades geográficas e econômicas, até a adequada gestão política e financeira dos recursos. Apesar disso, é preciso reconhecer que, sem estes investimentos, a situação da assistência em saúde no país poderia estar em piores condições.

É importante, da mesma forma, considerar os aspectos culturais do país, que colocam as mulheres em uma condição de subalternidade. Um dos grandes obstáculos ao cumprimento dos programas oficiais é o fato da sociedade angolana continuar sendo sexista, o que leva a violação dos direitos da mulher para preservação dos valores tradicionais africanos. Apesar de 54% de a população angolana ser feminina, as mulheres são sub-representadas em todos os órgãos decisórios devido à sua ausência nos cenários de discussão política e às restrições de tempo que as impedem de competir em igualdade na esfera pública, pois, culturalmente, a mulher deve assumir apenas as atividades domésticas, ficando restrita ao ambiente privado.

Neste sentido, evidencia-se que a luta das mulheres em Angola ainda é pouco valorizada, sendo que as políticas e os acordos elaborados foram fortemente influenciados pela conjuntura mundial do período, pois, o debate internacional sobre os direitos sexuais e reprodutivos e os direitos da mulher, levaram esta discussão também ao governo angolano, apesar do aspecto cultural de desvalorização da mulher, tão presente no país.

Considerando que Angola é um país que está em reconstrução, é preciso salientar também que não apenas o setor da saúde necessita de investimentos, mas os outros setores como de transporte, moradia, saneamento básico e outros que estão depreciados e têm suas prioridades; a complexidade e as dificuldades em todos os setores contribuem para as precárias condições de saúde da população. Por este motivo, entendemos também que, com relação ao setor da saúde, existe uma grande dificuldade de se atingir os objetivos de melhorias propostos, visto que não são isolados, mas acontecem juntamente com inúmeros fatores.

Assim, este trabalho foi um desafio, na medida em que buscou entender a situação das políticas de saúde da mulher em Angola; mas, durante a análise dos documentos, evidenciou-se que as ações voltadas para a saúde da mulher, na verdade, estavam imbricadas dentro dos

acordos que tinham um amplo foco de ação, pois o leque de prioridades em saúde para o país engloba toda a população e não apenas um grupo específico como as mulheres ou as crianças.

Por meio desta análise histórica, pode-se perceber que, apesar dos esforços realizados durante o período, o desafio de Angola continua sendo a melhoria da prestação de cuidados de saúde, que engloba a saúde da mulher e o aumento do acesso a serviços de qualidade a toda a população. Sabe-se que estas mudanças não ocorrem em curto prazo, e dependem também da educação da população para que possam buscar por seus direitos e transformar a sociedade. Além disso, falta ainda a articulação intersetorial, que poderia potencializar as ações para a melhoria das condições de vida geral da população.

Um grande obstáculo para a realização do presente trabalho foi a dificuldade de acesso à totalidade da documentação, de forma que permitisse uma análise fidedigna sobre as políticas elaboradas desde a independência do país até a atualidade, a fim de descrever um panorama real da situação das políticas de saúde da mulher em Angola. Em esforço conjunto com a Universidade Agostinho Neto, foi possível o acesso ao material analisado e, como pesquisadora e professora, fica evidente a necessidade de que este conhecimento se estenda para os profissionais de saúde atuantes e para aqueles que estão em formação, visto que estes têm acesso restrito às informações que aqui foram levantadas. Este conhecimento pode contribuir positivamente na atuação dos profissionais, na medida em que eles podem conhecer as necessidades e prioridades para a melhoria da saúde da população angolana, incluindo a melhoria da saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

AFRICAN DEVELOPMENT BANK (ADB). **Selected statistics on African countries**. Abidjan, 2007.

AGADJANIAN, V.; PRATA, N. War, peace and fertility in Angola. **Demography**, Washington, v. 39, n. 2, p. 215-231, 2002.

ALTUNA, R. **Cultura tradicional: Bantu**. Luanda: Secretariado Arquidiocese da Pastoral, 1985.

ANGOLA. Lei nº 2, de 11 de fevereiro de 1981. Lei geral do trabalhador da República de Angola. **Diário da República de Angola**, Luanda, dia mês. 1981.

_____. Ministério do Planeamento. Agencia das Nações Unidas em Angola. **Objetivos de desenvolvimento do milénio**. Relatório de progresso MDG/NEPAD. Luanda, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Saúde Pública. **Políticas e normas para a prestação de serviços em saúde reprodutiva**. 2. ed. Luanda, 2004a.

_____. **Plano estratégico para a redução acelerada da mortalidade materno infantil em Angola 2005-2009**: investindo no desenvolvimento humano. Luanda: Direção Nacional de Saúde Publica, 2004b.

_____. Ministério do Planeamento. **Objetivos de desenvolvimento do milénio**. Relatório do progresso. Luanda, 2005a.

_____. **Relatório**: Angola, objetivo do desenvolvimento do milénio. Luanda, 2005b.

_____. Ministério da Família e Promoção da Mulher. **Plano de ação para o biénio 2005-2006**. Luanda, 2005c.

_____. **Plano estratégico nacional para a saúde sexual e reprodutiva 2002-2006**. Luanda, 2005d.

_____. **Plano estratégico nacional para a saúde sexual e reprodutiva 2002-2007**. Luanda, 2005e.

_____. **Roteiro nacional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal 2008-2015**. Luanda, 2007.

_____. Ministério da Família e Promoção da Mulher. **Avaliação da implementação da plataforma de ação de Beijing**. Luanda, 2009.

_____. **Implementação da carta africana dos direitos do homem e dos povos. Relatório.** Luanda, 2010a.

_____. **Constituição (2010).** Constituição da República de Angola. Luanda, 2010b.

_____. **Plano estratégico - igualdade do gênero e empoderamento das mulheres CPLP.** Luanda, 2010c.

_____. Ministério de Administração Pública e Segurança Social. **Dados estatístico-Mapess.** 2011. Disponível em: <http://www.mapess.gv.ao/images/DadosEstistico/dados_formacao_profissional.pdf>. Acesso em: 4 set. 2013.

_____. Ministério do Planeamento. **Inquérito sobre o bem estar da população 2008-2009.** Luanda, 2012.

AVOGO, W.; AGADJANIAN, V. Childbearing in crisis: war, migration and fertility in Angola. **J. Biosoc. Sci.**, Cambridge, v. 40, n. 5, p. 725-742, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1997.

BJORCK, M. **Resumo e análise do relatório do Ministério da saúde sobre a situação de saúde em Angola.** Elaborado para a reunião do Comité Central do MPLA 1989.

CARVALHO, P. Natureza do conflito angolano. In: MATEUS, I. (Coord.). **Angola - a festa e o luto.** Lisboa: Vega, 2000.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO HISTÓRICA DE MPLA (CDIH). **História do MPLA.** Luanda, 2008. v. I. 1940-1966.

CLEAVER, K. M.; SCHREIBER, G. A. **Reversing the spiral:** the population, agriculture and environment nexus in Sub-Saharan Africa. World Bank Directions in Development. Washington, DC: The World Bank, 1994.

CLELAND, J. et al. Family planning: the unfinished agenda. **Lancet**, London, v. 368, n. 9549, p. 1810-1827, 2006.

COLÉGIO SÃO FRANCISCO. Portal São Francisco. **Mapa de Angola.** Disponível em: <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/mapa-de-angola/mapa-1.php>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

DUCADOS, H. Angolan women in the aftermath of conflict. **Conciliation Resour. ACCORD**, London, v. 15, p. 58-61, 2004.

FESTY, P. Effets et répercussions de la première guerre mondiale sur la fécondité française. **Population**, Paris, v. 39, p. 977-1010, 1984.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

IJAIYA, G. T. et al. Estimating the impact of birth control on fertility rate in Sub-Saharan Africa. **Afr. J. Reprod. Health**, Nigeria, v. 3, n. 4, p. 137-145, 2009.

LARA, L. **Documentos e comentário para a História do MPLA até fevereiro de 1961**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1999.

LOURENÇO, M. A. E.; TYRRELL, M. A. R. Programas de saúde materno-infantil em moçambique: marcos evolutivos e a inserção da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 617-624, 2009.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

OLIVEIRA, M. S.; ARTMAN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, 2009.

OOSTERHOFF, P. et al. Holding the line: family responses to pregnancy and the desire for a child in the context of HIV in Vietnam. **Cult. Health Sex.**, London, v. 10, n. 4, p. 403-416, 2008.

ORGANIZAÇÃO DA MULHER ANGOLANA. Sede do Movimento Popular de Libertação Angola. **Historial da Organização da Mulher Angolana**. Congresso Ordinário da OMA, 5º., 2011, Luanda. Disponível em: <http://www.mpla-angola.org/oma_historial.php>. Acesso em: 15 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). **Diagnóstico da descentralização fiscal em Angola**. Luanda, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Sede Regional Africana. Quadragésima sétima sessão, realizada em Sun City - República da África do Sul entre 1 e 5 de setembro de 1997. Relatório final de Harare/Outubro. Congo, 1997.

_____. **Estratégia da OMS de cooperação com os países: Angola 2002-2005.** Brazzaville, 2001.

_____. **Resolução WHA 51.7 política de saúde para todos no século XXI.** Genebra, 2005. (WHA 51.7/1988/rec/1).

_____. **Estratégia de cooperação da OMS com os países 2009-2013:** Angola. Brazzaville, 2009.

_____. **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP).** Genebra, 2010a. (Human Resources for Health Observer, 2).

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, 2005.

PEHRSSON, K.; ANDERSON-BROLEN, L.; SALMONSSON, S. **Apoio saudável?:** um estudo do apoio sueco à saúde em Angola 1977-2006. Suécia: Swedish International Development Cooperation Agency, 2008.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, 2001.

POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). **Family planning worldwide 2008 data sheet.** Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008.

PRATA, N. Making family planning accessible in resource-poor settings. **Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.**, London, v. 364, n. 1532, p. 3093-3099, 2009.

QUEZA, A. J. **Sistema de saúde em Angola:** uma proposta à luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento de famílias no Brasil.** 2008. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RAIMUNDO, H. F. Como fazer análise documental. In: _____. **Socializar por aí.** 2006. Disponível em: <<http://educaeic.blogspot.com/2006/10/como-fazer-anlise-documental.html>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

RELATÓRIO da conferencia internacional sobre população e desenvolvimento: plataforma de Cairo. 1994. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SANTOS, V. I. A situação da mulher angolana: uma análise crítica feminista pós-guerra. **Mandrágora**, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 39-62, 2010.

SEROUR, G. I. Medical and socio-cultural aspects of infertility in the Middle East. **ESHRE Monographs**, Oxford, v. 1, p. 34-41, 2008.

SILVA, T.; ANDRADE, X. **Para além das desigualdades**: a mulher moçambicana. Maputo: CEA, 2000.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). **Avaliação do sistema de saúde de Angola**. Luanda, 2010.

VALLES, M. S. La investigación documental: técnicas de lectura y documentación. In: _____. **Técnicas cualitativas de investigación social**: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesi, 1997. p. 109-141.

VERGARA, S. C. A resiliência de profissionais angolanos. **Rev. Adm. Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 701-718, 2009.

WINTER, J. M. War, family, and fertility in twentieth-century Europe. In: GILLIS, J. R.; LEVINE, T. D. (Ed.). **The European experience of declining fertility 1850–1970**: the quite revolution. Cambridge: Blackwell, 1992. p. 2000.

WOOD, G.; LOBIONDO, H. J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health situation analysis in the African region**: atlas of health statistics. Geneva, 2011.

YOUNT, K. M.; LANGSTEN, R.; HILL, K. The effect of gender preference on contraceptive use and fertility in rural Egypt. **Stud. Fam. Plann.**, New York, v. 31, n. 4, p. 290-300, 2000.

ZINANGA, A. F. **Development of the Zimbabwe family planning program**. Harare, 1992. World Bank Policy Research Working Paper, nº 1053.