

Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento



UNIDADE TEMÁTICA 1: O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA: DAS EXPLICAÇÕES MÁGICO-RELIGIOSAS À COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)

SIGLAS E ACRÓNIMOS

INTRODUÇÃO

<p>Objectivos</p> 	<p>No final desta UT pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a evolução histórica dos modelos explicativos dos processos de saúde e doença e da saúde pública. - Reflectir sobre as diferentes concepções existentes sobre a saúde. - Enquadrar o direito à saúde como um direito humano e estabelecer as relações práticas entre saúde e direitos humanos. - Analisar os compromissos de Moçambique com o direito à saúde (Nível Nacional, Regional e Internacional). 	
 <p>Palavra-chave</p>	<p>Palavras-chave:</p> <p>Saúde, Direitos Humanos, O Direito à Saúde como um Direito Humano, Desigualdades e Equidade/Iniquidades em Saúde, Os Determinantes Sociais da Saúde.</p>	
<p>Conteúdos</p> 	<p>Conceitos básicos sobre o processo saúde-doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evolução histórica dos modelos explicativos dos processos de saúde e doença e da saúde pública. Explicações mágico-religiosas/versus explicações científicas. - Da saúde como ausência de doença à definição da OMS da Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e doenças”.
	<p>A Saúde como Direito humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de Direitos Humanos - Evolução histórica dos Direitos Humanos: A Declaração dos Direitos Humanos; A Declaração dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais. - A saúde como um direito humano: relações práticas entre saúde e direitos humanos.

		<p>- Os quatro critérios para entender a saúde como um direito humano: Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade, Qualidade.</p> <p>- O enfoque de Saúde e Direitos Humanos da OMS.</p>
	Compromissos de Moçambique com o Direito à Saúde	<p>- Os compromissos Nacionais, Regionais e Internacionais.</p> <p>- Os relatórios de seguimento dos compromissos assinados, relacionados com o Direito à Saúde.</p>
<p>Algumas questões para a reflexão</p> <p>Podem ser incorporadas no fórum do curso</p>	<p>- Qual foi a evolução do conceito de saúde-doença?</p> <p>- Qual é a abordagem de saúde, das anteriormente apresentadas, mais próxima à sua visão da saúde?</p> <p>- Qual é, no seu parecer, a abordagem mais apropriada à realidade do seu contexto de trabalho e vida?</p> <p>- O Que e quais são os direitos humanos?</p> <p>- Deve ser considerada a saúde como um direito humano? Porquê?</p> <p>- Quais são os elementos que caracterizam o respeito pelo Direito à Saúde?</p> <p>- Assume de facto, o Governo de Moçambique, nomeadamente o Ministério da Saúde, os compromissos em relação ao direito à saúde?</p> <p>- Quais são os principais factores de vulnerabilidade do direito à saúde em Moçambique?</p> <p>- Podem os profissionais de saúde violar este direito? Porquê e como?</p> <p>- Qual deve ser o papel dos profissionais da saúde em relação ao respeito pelo direito à saúde da população de Moçambique?</p>	
<p>Actividades</p> <p>Decidir uma delas ou optar por todas elas</p>	<p>ACTIVIDADE 1: Um caso de acesso aos medicamentos.</p> <p>ACTIVIDADE 3. A história da Rosinha</p> <p>ACTIVIDADE 3. Análise de estudos realizados por programas e ONGs sobre o nível de conhecimento da Carta dos Direitos e Obrigações dos Doentes e desafios da sua implementação depois de 14 anos de existência.</p>	
<p>Metodologia de Avaliação</p>	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas. Me parece melhor opção e as perguntas abertas ficam para os fóruns</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no fórum de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
<p>Bibliografia / Webgrafia / Vídeos</p>		
<p>Anexos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo I. Declaração Universal dos Direitos Humanos. • Anexo II. Cronologia Fundamental relativa ao direito à saúde • Anexo III. Carta dos Direitos e Obrigações dos Doentes 	

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CEDM	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CICD	Carta Internacional de Direitos Humanos
CIEDR	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ESC	Classificação Socioeconómica Europeia
DH	Direitos Humanos
DESC	Direitos Económicos, Sociais e Culturais
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INS	Instituto Nacional de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PARPA	Estratégia da Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Nacional para a luta contra o HIV
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIDC	Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos
PIDSEC	Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais
PNAC	Plano Nacional de Acção para a Criança
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UPF	Universidade Pompeu Fabra
VBG	Violência Baseada no Género

1. INTRODUÇÃO

A presente Unidade Temática “O processo de Saúde - Doença: Da saúde entendida como ausência de doença aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)”, está organizada em três blocos de conteúdo: *Contextualização a evolução da compreensão do processo saúde-doença; A Saúde como Direito humano, os compromissos de Moçambique com o Direito à Saúde.*

Através da mesma pretende-se apresentar a evolução histórica dos diferentes modelos que tentaram explicar os motivos e modos em que as pessoas, de maneira individual e colectiva, adoecem e morrem, isto é, as causas das doenças e as diferentes abordagens para prevenir, curar e controlar as mesmas. Estes modelos explicativos e as conceptualizações existentes sobre os processos de saúde doença estiveram e estão influenciadas pelas explicações dominantes da compreensão da realidade existentes em cada momento e contexto sócio-histórico. Em relação às explicações deste processo, estas transitam desde as explicações não racionais, denominadas como interpretações mágico-religiosas, ainda em vigor em muitos contextos mundiais, entre os quais Moçambique, e actualmente presentes em relação à pandemia de COVID 19; às explicações mais racionais (hipocráticas, unicausalidade ou multicausalidade). Enquanto estas abordagens estão centradas em tentar explicar a doença e as suas causas, as abordagens contemporâneas estão mais centradas na contextualização da saúde, seja esta entendida como ausência de doença, como bem-estar, como norma, como um valor social (conceito ampliado de saúde, ou como direito. Nas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI surgiram algumas abordagens mais integradoras, entre elas: o enfoque ecossistémico da saúde e, principalmente, o modelo conceptual dos DSS, sendo que nesta UT apenas serão dadas algumas pinceladas, já que há uma UT destinada a aprofundar esta abordagem.

Apesar de que o direito à saúde é um direito humano universalmente reconhecido e que existe consenso internacional sobre os DSS, lamentavelmente este direito é frequentemente vulnerado, em diferentes graus e modalidades e em função da região ou país. Consideramos que o défice democrático causado pela actual “Governança Global em Saúde” é uma das principais razões desta vulnerabilidade.

2.- DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDOS ¹

Seguidamente, serão apresentados os conteúdos considerados fundamentais para cada um dos subtemas.

2.1.- CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A saúde e a doença fizeram sempre parte da realidade e das preocupações humanas. Encontrar uma definição que inclua, em todas as suas acepções, os termos saúde e doença, resulta realmente complexo, já que são conceitos com uma carga subjectiva elevada. Saúde e doença não representam a mesma coisa para todas as pessoas. A sua ideia e percepção dependem da época, do lugar e da classe social, dos valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Tal e como indica Brockington F. “A saúde não é uma qualidade absoluta, tem o valor que lhe é concedido pela cultura da sociedade”.
(1)

O mesmo pode ser dito sobre as doenças, houve épocas em que a masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e/ou em distúrbios mentais. A masturbação era tratada através de dieta, infibulação, imobilização do “paciente”, aparelhos eléctricos que davam choque quando o pénis era manipulado e até pela ablação dos genitais. Houve épocas, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado uma doença mental. (2)

O que é evidente é que a saúde, ou melhor a doença como ausência da primeira, sempre foi um motivo de preocupação para os homens e mulheres ao longo da história, tendo sido estudadas e encontradas formas para entender as suas causas e minimizar ou resolver as mesmas, concentradas naquilo que é denominado como *modelos explicativos*.

Um *modelo explicativo* é a forma usada pelas pessoas (sejam profissionais de saúde, utentes dos serviços ou comunidades) para explicar a causa de determinado problema de saúde ou doença. O *modelo explicativo* descreve as características, a etiologia, a fisiopatologia ou a maneira como a doença se manifesta no organismo, os seus sinais e sintomas, a sua evolução, o seu prognóstico e o tratamento que consideram indicado para o problema de saúde que os preocupa, bem como a sua duração. Os modelos explicativos descrevem também a interpretação da gravidade, e de acordo com a avaliação feita, indicam as medidas a tomar (3).

Não é o objectivo desta UT desenvolver os diferentes modelos existentes ao longo da história, que foram mudando em função da visão filosófica, religiosa ou científica dominante (4).

- **Durante a Idade Antiga:** coincidiram os modelos Não Racionais de Explicação da Saúde-Doença: As Interpretações Mágico-Religiosas com as Primeiras Explicações Racionais oferecidas pela Medicina Hipocrática.
- **Durante a Idade Média:** voltou-se à explicação Religiosa, já desligada da componente mágica e profundamente ligada ao cristianismo-catolicismo.
- **Durante o Renascimento e o início da Idade Moderna** surgiram as teorias contagionistas.

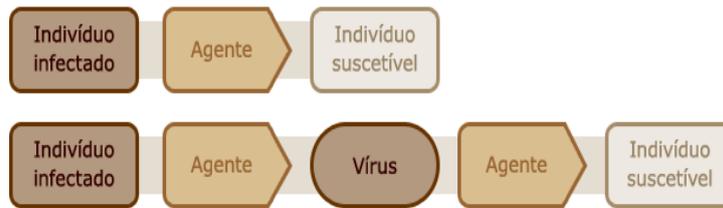
¹ Os conteúdos da Unidade Temática estão baseados no Dossiê Técnico-Pedagógico e outros manuais elaborados por Almudena Gonzalez-Vigil e Juliana Garcia para o Curso De Formação Em Cuidados Primários de Saúde. Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU)/Medicus Mundi. 2017.

2.1.1. A Era bacteriológica

Na segunda metade do século XIX iniciou-se a denominada Era Bacteriológica e de discussão da Causalidade, com uma evolução desde a Unicausalidade, a Multicausalidade até chegar, finalmente, à **História Natural da Doença**.

- **O Modelo de Explicação Unicausal.** Este modelo de compreensão da doença estava baseado na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença.

Figura 1. Modelo Unicausal



Fonte: Carlos Batistella. O território e o processo saúde-doença A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde. EPSJV, 2007 (4)

- O Modelo da Explicação Multicausal

As explicações unicasais começaram a entrar em crise depois da Segunda Guerra Mundial nos países industrializados, com o que se denomina a “transição epidemiológica”, caracterizada pela diminuição da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas e um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas. A presença deste tipo de problemas de saúde, associadas a múltiplos factores de risco, não era possível ser explicado através do modelo unicausal, o que favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais.

Propuseram-se, então, várias abordagens para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como **da história natural das doenças**.

Figura 2. Modelo multicausal: a tríade ecológica



Fonte: Carlos Batistella. O território e o processo saúde-doença A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde. EPSJV, 2007

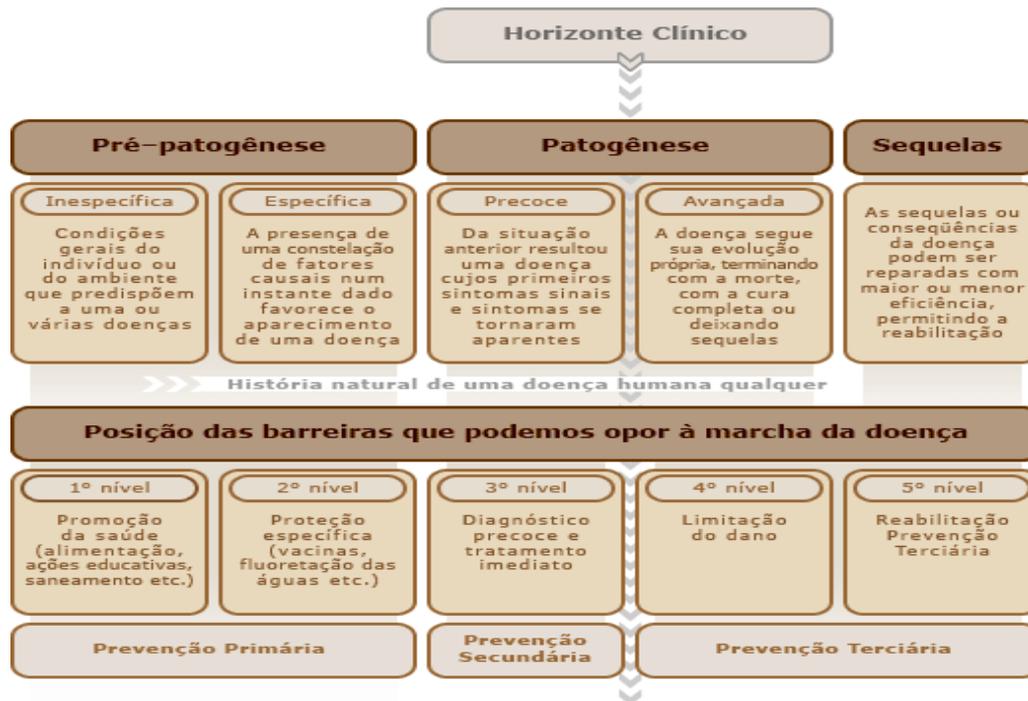
Proposto por Leavell e Clark (1976), este modelo considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada **'tríade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro**. A doença seria resultante de um desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema.

O exame dos diferentes factores relacionados ao surgimento de uma doença, assim como a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos, permitiram significativos avanços na prevenção de doenças. Outra vantagem deste modelo teórico reside no facto de possibilitar a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica (pré-patogénese).

- O modelo da História Natural da Doença.

Modelo mais completo e complexo, que introduze muitos mais elementos, assim como intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, tal como se pode apreciar na seguinte figura

Figura 3. Modelo da história natural da doença



Fonte: Carlos Batistella. O território e o processo saúde-doença A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde. EPSJV, 2007, adaptado de Leavell & Clark, 1976. (4)

Este modelo, tal como os anteriores, denominados modelos biólogos, foi muito criticado, principalmente durante a década de 1960, pois evidenciavam as insuficiências na explicação do surgimento das doenças a nível comunitário. De um lado, aponta-se que as análises só estabelecem relações quantitativas entre os factores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles. De outro lado, embora se reconheça a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes são subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos. O modelo multicausal avançou no conhecimento dos factores condicionantes da saúde e da doença, mas trata todos os elementos da mesma forma, ou seja, torna naturais as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente.

Assim sendo, alguns destes críticos propuseram outros modelos explicativos com uma abordagem mais ampla, entre eles: **O Modelo Histórico-Social, O Modelo Económico, o Modelo Interdisciplinar e o Modelo de Produção Social da Saúde e da Doença.**

A seguir, apresenta-se um quadro-resumo dos modelos explicativos dos processos de saúde-doença até à primeira metade do século XX.

Tabela 1. Modelos explicativos dos processos de saúde-doença até a metade do século XX

Modelo	Características principais
Modelo Mágico-Religioso	A doença resulta da acção de forças alheias ao organismo, são castigos divinos, produzidos por “alterar” os espíritos, por causa do pecado ou de alguma maldição. São estes espíritos, demónios ou ações, os que condicionam o estado de saúde das pessoas. <i>A cura produz-se com a execução de ritos (xamãs, feiticeiros, curandeiros, padres, espíritas).</i>
Modelo Sanitarista	A doença resulta das condições insalubres do meio <i>A cura produz-se com medidas de saneamento</i>
Modelo Social	A doença resulta das condições de vida e de trabalho. Reduz a complexidade do problema às relações sociais. Não define formas concretas de cura.
Modelo Unicausal	A doença resulta da existência de um agente biológico causal e depende da resposta do indivíduo. Não explica porque é que nem sempre o mesmo agente produz a mesma doença.
Modelo Multicausal	A doença resulta da influência simultânea de vários factores associados: o agente, o hospedeiro e ambiente. Ênfase no biológico e no individual.
Dentro deste modelo existem diversos modelos explicativos, entre eles:	
Modelo Epidemiológico	Incorpora o modelo multicausal. Importância de factores de risco. As limitações deste modelo é que nele os factores biológicos e sociais aparecem como factores indistinguíveis.
Modelo Ecológico	A doença resulta da interacção entre o ambiente, agente-hospedeiro. Destaca a importância da relação entre diferentes factores causais. Não explica a génese de perfis diferenciados. O social fica afastado neste modelo.
Modelo Geográfico	A doença resulta da interacção de factores patológicos geógenos (o meio geográfico é o determinante de processo saúde-doença).

Fonte: Elaboração própria, baseada em: San Martín, H. Salud y Enfermedad. Mexico D.F. Edi La Prensa Médica Mexicana, 1988 (5).

2.1.2. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde

A partir da segunda metade do passado século XX, surgiram novas abordagens explicativas dos processos de saúde-doença, chamadas as abordagens contemporâneas do conceito de saúde. Bastiella e outros (4) classificam estas novas abordagens em:

- A saúde como ausência de doença;
- A saúde como bem-estar;
- A saúde como norma;
- Modelo Histórico-Social: A saúde como um valor social, ou conceito ampliado de saúde;
- Modelo Económico;
- A saúde como direito;

- Algumas Abordagens Integradoras: O enfoque ecossistémico da saúde, o modelo de Produção Social da Saúde e da Doença, o Modelo Interdisciplinar e o Modelo conceptual dos determinantes sociais da saúde.

Tabela 2. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde

Modelo	Características principais
Modelo Histórico-Social	<p>Relação com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais.</p> <p>A doença resulta da interacção de 5 variáveis: a dimensão histórica, classe social, o desgaste do trabalho individual, reprodução da força de trabalho e produção do indivíduo.</p> <p>Todos os factores causais são discutidos na luz de social e histórico, correndo o risco de reduzir a complexidade real a um problema de relações sociais e dimensão histórica.</p>
Modelo Económico	<p>Teoria do capital humano.</p> <p>A Saúde é entendida como um bem de capital e de consumo, o que implica a necessidade de estar em alerta ou evitar a aparição da doença.</p> <p>Analisa os seguintes elementos: renda, padrões de consumo, estilos de vida, nível de riscos ocupacionais, e outros.</p> <p>É a teoria na qual se baseia a Economia da Saúde.</p>
Produção Social da Saúde e da Doença	<p>A noção de 'causalidade' é substituída pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença.</p> <p>O modelo da determinação ou produção social da saúde/doença, diferente na sua essência do modelo multicausal, procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, económicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária.</p> <p>Este modelo implica uma profunda revisão do objecto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim, a promoção da saúde.</p>
Modelo Interdisciplinar	<p>A doença resulta da interacção de múltiplos factores, entre os quais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nível sistémico</i>: meio-ambiente, genoma, etc. • <i>Nível sócio-estrutural</i>: a estratificação social, distribuição da riqueza, etc. • <i>Nível institucional e familiar</i>: estilos de vida, sistemas de saúde, etc. • <i>Nível individual</i> <p>Abordagem abrangente para o estudo dos determinantes da saúde: demográficos, epidemiológicos, económicos, política, social, embora todos tivessem o mesmo peso. Esta</p>

	abordagem está na base do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde
--	--

Fonte: Elaboração própria, baseada em: San Martín, H. Salud y Enfermedad. Mexico D.F. Edi La Prensa Médica Mexicana, 1988 (5).

De todas elas, apenas serão descritas, com algum detalhe, as conceptualizações da saúde como bem-estar e a saúde como direito, ficando para outra Unidade Temática a explicação do modelo conceptual dos Determinantes Sociais da Saúde.

2.1.2. A. A Definição Positiva da Saúde: Saúde como “Bem-Estar”.

No fim da Segunda Guerra Mundial (1945), a comunidade internacional decidiu fazer um grande esforço de Cooperação Internacional entre diversos países, sendo criados alguns Organismos Internacionais, entre eles a Organização de Nações Unidas (ONU) e algumas agências subordinadas de carácter mais específico, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada no ano 1948, responsável pela Saúde a nível Internacional.

No documento de constituição da OMS, a saúde foi enunciada como:

Saúde: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”

Fonte: Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)

Ao aglutinar e envolver num só conceito as diferentes dimensões em que se insere a vida humana, esta perspectiva evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde dominante até então.

Apesar deste grande passo, diversos autores têm sido, por diferentes motivos, muito críticos com esta definição, por considerar que esta era “irreal, ultrapassada e unilateral” (Segre e Ferraz, 1997, 6), pouco dinâmica e idealizada, assim como fundada numa noção subjetiva de ‘bem-estar’ (Fonseca e Corbo, 7).

Décadas mais tarde, na tentativa de definir conceitos mais úteis relacionados com a dimensão positiva da saúde, analisar diversos factores que intervêm sobre a mesma, sobre os quais a saúde pública deve e pode intervir, no ano 1974 foi formulado por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá o conceito **de Campo da Saúde** (health field) (2).

O campo da saúde abrange:

- **A biologia humana**, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os factores de envelhecimento;
- **O meio-ambiente**, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- **Os estilos de vida**, do qual resultam decisões que afectam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- **A organização da assistência à saúde.**

2.2. A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO. O CONCEITO ALARGADO DA SAÚDE

O direito à saúde pode ser considerado como o direito humano e social mais importante, de carácter universal, essencial e inalienável, porque está intimamente ligado ao direito à vida, o que se percebe pelos seus antecedentes históricos e pelo alto nível de normatização da matéria no âmbito dos direitos interno e internacional.

Desta forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo e qualquer cidadão/cidadã e um dever dos Estados, devendo estar plenamente integrado nas políticas públicas governamentais. Noutras palavras, a saúde é um direito social fundamental, a ser exercido pelo Estado (e não contra o Estado), através da implementação de políticas públicas e sociais que propiciem o seu gozo efectivo.

A consideração da saúde como um direito humano responde a um longo processo histórico, no qual as sociedades se depararam com a necessidade de protecção de alguns direitos inerentes ao ser humano, sendo o mais importante o direito à vida, entendida como um bem essencial da vida, e que esta vida fosse uma vida digna. Foi nesta base que desde o século XIX surgiram movimentos e declarações em favor dos direitos das pessoas.

De todas elas, as mais conhecidas são as Declarações das Nações Unidas: A **Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)**, o **Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC)** e o **Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDC)**.

2.2.1. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH).

Pela sua relevância e importância, em si mesma e no desenvolvimento de outras Declarações mais específicas, é considerada a Declaração mais importante das Nações Unidas (NU), já que concretiza a preocupação e vinculação desta Instituição com os Direitos Humanos (DH), expressa na Carta da Constituição das Nações Unidas do ano 1945. A Declaração, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em Dezembro do ano 1948, contou com a participação de 48 países e baseou-se na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Um facto importante desta declaração é que ela une duas categorias de direitos até então separados: **direitos cívicos e políticos (dos artigos 3 ao 21) e os direitos económicos, sociais e culturais (dos artigos 22 ao 28), já indivisíveis.**

A Declaração consta de um Preâmbulo e 30 artigos, entre os quais, se apresentam apenas aqueles que guardam relação com a dignidade, a vida e a saúde. (8)

Direitos cívicos e políticos

Artigo 1º. "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade."

Artigo 3º. "Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, ou seja, o direito à saúde qualifica-se como direito humano fundamental justamente porque representa consequência indissociável do direito à vida".

2.2. 2. O Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, (PIDESC) e o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDC).

Estes pactos, assumidos vinte anos mais tarde (1966), têm por objetivo tornar juridicamente vinculantes os dispositivos da Declaração Internacional dos Direitos Humanos, determinando a responsabilidade internacional dos Estados na violação dos direitos enumerados. (9)

Os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (DESC) são direitos humanos relacionados com as condições sociais e económicas básicas necessárias para uma vida em dignidade e liberdade, e falam de questões básicas como: trabalho, segurança social, saúde, educação, alimentos, água, habitação, meio-ambiente e cultura.

Dentre todos os artigos dos pactos, devem ser destacados pela sua relação com a saúde os artigos 12, 22 e 25, ligados aos direitos económicos, sociais e culturais.

O artigo Nº 12 é a pedra basilar do direito à saúde e estabelece que:

1. Os Estados-Membro do Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir.

2. As medidas que os Estados-Membro do presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:

- **A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento saudável da criança;**
- **A melhoria de todos os aspectos de higiene do meio-ambiente e da higiene industrial;**
- **A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidémicas, endémicas, profissionais e outras;**
- **A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas, serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.**

Por sua vez, os artigos 22 e 25 dizem o seguinte (9):

- **Artigo 22º. Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.**
- **Artigo 25º articula-se em duas componentes:**
 - ☆ **Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.**
 - ☆ **A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma protecção social.**

Até à data, o PIDC foi ratificado por 167 países e o PIDESC por 160. (13), mas tendo em conta que os governos abordam as suas obrigações sob o art.º 12º do PIDESC de forma diferente, o organismo encarregado de monitorar a aplicação do Pacto procurou esclarecer as obrigações dos Estados com o seu Comentário Geral nº14, um texto interpretativo adoptado em Maio de 2000. Este Comentário Geral demonstra como a concretização do direito humano à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo os direitos à vida, à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação, à participação, ao usufruto dos benefícios do progresso científico e da sua aplicação, à liberdade de procurar, receber e transmitir informações de todos os tipos, à não discriminação, à proibição da tortura e à liberdade de associação, reunião e circulação. (10)

Este Comentário Geral também estabelece quatro critérios ou standard essenciais e inter-relacionados (10):

- **A disponibilidade:** inclui o funcionamento da saúde pública e dos bens e serviços de saúde, assim como de programas, que têm de estar disponíveis em quantidade suficiente;
- **A acessibilidade:** O acesso à saúde é composto por quatro elementos fundamentais: a não discriminação, a acessibilidade física, disponibilidade e acessibilidade da informação. As facilidades e serviços devem ser acessíveis a todos, especialmente os mais vulneráveis, sem discriminação de qualquer tipo. Os determinantes subjacentes da saúde, tais como água e saneamento, instalações e serviços, devem ser fisicamente acessíveis. As infra-estruturas de

saúde, produtos e serviços devem ser acessíveis a todos, e qualquer pagamento deve basear-se no princípio da equidade para as famílias mais pobres não suportarem um encargo desproporcionado das despesas relacionadas com a saúde. Os Estados-Membro devem assegurar que todos têm o direito de procurar, receber e difundir informações sobre saúde, de forma equilibrada com a confidencialidade das informações médicas;

- **A aceitabilidade:** exige que todos os serviços de saúde, bens e serviços devam respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, sensíveis ao género e às condições do ciclo da vida, assim como projectados para respeitar a confidencialidade e melhorar a saúde e o estado da saúde daqueles a quem se dirige;
- **A qualidade:** requer que os serviços de saúde, bens e serviços devam ser científicos e medicamente apropriados e de boa qualidade. Entre outras coisas, isto requer o fornecimento de medicamentos e equipamentos necessários, os profissionais médicos capacitados e o acesso à água e saneamento.

Ambos os Pactos, juntamente com a os direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos do Homem constituem a denominada **Carta Internacional de Direitos Humanos (CIDH)**. (10)

Os direitos humanos fornecem um quadro comum de normas e valores universalmente reconhecidos, e estabelecem as obrigações do Estado para agir de determinadas maneiras ou abster-se de certos actos. São um instrumento importante para garantir a responsabilização dos estados e cada vez mais actores não-estatais que cometam violações, e para mobilizar esforços colectivos para desenvolver as comunidades e estruturas globais propícias à justiça económica, bem-estar social, participação e igualdade. Os direitos humanos são universais, inalienáveis, interdependentes e indivisíveis. (10)

Anos mais tarde, desenvolveram-se diferentes convenções Internacionais; com o objectivo de lutar contra a discriminação por razões de género, etnia, idade, origem social, religião, deficiência física ou mental, estado de saúde, identidade sexual, nacionalidade, estado civil, estatuto político ou outro tipo de discriminação, entre elas:

- **A Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CIEDR)**, de 1965;
A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDM), de 1979. Nomeadamente, os artigos 10º, 12º e 14º da CEDM afirmam os direitos iguais das mulheres no acesso a cuidados médicos, incluindo planeamento familiar, serviços apropriados para os cuidados da saúde reprodutiva, tudo o que se refere ao acesso à saúde e a cuidados médicos sem discriminação.

Os importantes avanços enunciados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos foram reiterados em 1993 **na IIª Conferência Mundial de Direitos Humanos** realizada em Viena. A Declaração e o Programa de Acção de Viena declaram solenemente, no artigo 5, que:

"Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. (...), é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem os seus sistemas políticos, económicos e culturais". (10)

Existem vários tratados regionais de direitos humanos que foram mais longe na definição do direito à saúde, incluindo o artº. 11º da Carta Social Europeia de 1961, revista em 1996, o artº 10º do Protocolo

Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos, Sociais e Culturais de 1988 e o **artº. 16º da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981.** (10)

Finalmente, a Declaração de Pequim e a Plataforma para a Acção (1995), cujo conteúdo foi confirmado pela reunião Pequim+10 em 2005, põem no centro a visão holística da saúde e a necessidade de incluir a total participação das mulheres na sociedade, do seguinte modo:

“A saúde das mulheres envolve o seu bem-estar emocional, social e físico e é determinado pelo contexto social, político e económico das suas vidas, assim como pela biologia. Para alcançar uma saúde ótima, a igualdade, incluindo a partilha de responsabilidades familiares, o desenvolvimento e a paz são condições necessárias”. (10)

Os governos que assinaram Declarações e Pactos têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir com os Direitos Humanos, entre eles o Direito à Saúde.

Respeitar o direito, significa que o Estado não pode violá-lo directamente nem indirectamente. Um governo viola a sua responsabilidade de respeitar o direito à saúde quando é imediatamente responsável pela prestação de cuidados médicos a determinadas populações, como prisioneiros ou doentes mentais, e decide arbitrariamente retirar essa atenção.

Proteger um direito, significa que o Estado deve evitar violações de direitos por parte de actores não estatais, e oferecer algum tipo de reparação que as pessoas saibam e que possa ser acedida, no caso de ocorrer uma violação. Isto significa que o Estado deve declarar a ilegalidade de qualquer situação em que qualquer provedor (público ou privado, companhia de seguros, etc.) negue, por exemplo, um seguro de saúde ou assistência médica a uma pessoa com base no seu estado saúde. Além disso, é responsável por garantir que haja alguma forma de compensação numa situação deste tipo, e que as pessoas saibam e possam aceder a esta.

Cumprir um direito, significa que o Estado deve tomar todas as medidas apropriadas, incluindo, mas não exclusivamente, a medidas legislativas, administrativas, orçamentais e judiciais para atingir a conformidade com os direitos, juntamente com a promoção do direito em questão. Um Estado pode estar a violar o direito à saúde se não foram alocados recursos suficientes para atender ao direito à saúde, se não foram alocados recursos suficientes para atender/ satisfazer as necessidades de saúde pública de todas as comunidades dentro de suas fronteiras. (10)

2.2.3. O enfoque de Saúde e Direitos Humanos da OMS.

A definição da saúde da OMS “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e doenças”, assim como entender que as pessoas têm o direito ao “mais alto padrão de saúde que pode ser alcançado” requer um conjunto de critérios sociais que promovem a saúde de todas as pessoas, incluindo a disponibilidade de serviços de saúde, condições de trabalho seguras, habitação adequada e de alimentos nutritivos. O gozo do direito à saúde está intimamente relacionado com outros direitos humanos, como o direito à alimentação, habitação, trabalho, educação, a não discriminação, o acesso à informação e participação.

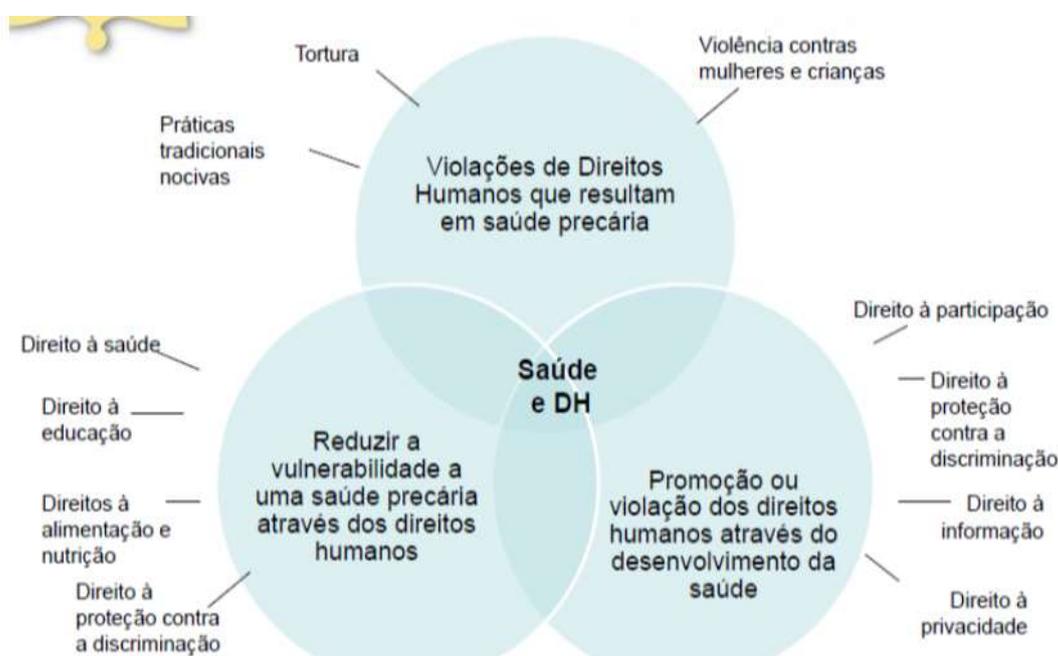
O direito à saúde inclui liberdades e direitos.

- **As liberdades** incluem o direito das pessoas de controlar a sua saúde e o seu corpo (por exemplo, direitos sexuais e reprodutivos), sem interferência (por exemplo, a tortura e experiências médicas e tratamentos não consensuais).
- **Os direitos incluem** o direito de acesso a um sistema de protecção da saúde que oferece a todos as mesmas oportunidades para desfrutar o mais elevado nível de saúde atingível.

A OMS, no ano 2002, listou alguns direitos humanos-chave que guardam intrínseca relação com a saúde e o bem-estar das pessoas, entre eles: **Não tortura; Não violência contra as crianças; Participação activa, livre e significativa; Informação; Intimidade, Progresso científico, Educação, Alimentação e nutrição e Qualidade de vida.**

Na seguinte figura pode-se observar esta interligação entre Saúde e Direitos humanos.

Figura 4. Principais elementos da interligação entre Saúde e Direitos humanos



Fonte: Compreender os Direitos Humanos. Manual de Educação para os Direitos Humanos. O Direito à Saúde. Edi. Lus Gentium Conimbrigae/Centro de Direitos Humanos. 2012(10)

2.2.3. As políticas e programas de saúde que respeitam o direito à saúde

As políticas e programas de saúde que são implementadas num país podem promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo de como os mesmos são formulados e implementados.

As violações do direito à saúde são mais frequentes entre os grupos sociais vulneráveis e marginalizados. Por exemplo, três das doenças transmissíveis mais mortais (malária, HIV / SIDA e tuberculose) afectam desproporcionalmente as populações mais pobres do mundo e impõem uma tremenda carga às economias dos países em desenvolvimento. Além disso, a carga de mobilidade por doenças não transmissíveis, que muitas vezes se pensa que só afectam os países de alta renda, está a aumentar desproporcionalmente em países e populações de baixa renda. (3)

Em determinados países, alguns grupos de população, estão expostos a taxas mais elevadas de doença e enfrentam grandes dificuldades no acesso aos cuidados de saúde de qualidade e acessível. Estes grupos registam taxas substancialmente mais elevadas de mortalidade e morbidade do que a população em geral, como resultado de doenças não transmissíveis, como o cancro, doenças cardíacas e doenças respiratórias crónicas. Pessoas particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV, incluindo mulheres jovens, homossexuais e consumidores de drogas injectáveis, muitas vezes pertencem a grupos desfavorecidos e discriminação social e económica. Estes grupos vulneráveis podem ser vítimas de leis e políticas que agravam ainda mais a marginalização e dificultam o acesso aos serviços de prevenção e cuidados. (3)

As violações ou o não respeito dos direitos humanos pode ter consequências graves para a saúde. A discriminação ostensiva ou implícita na prestação de serviços de saúde viola os direitos humanos fundamentais. Muitas pessoas com transtornos de saúde mental permanecem em centros para doentes mentais contra a sua vontade, mesmo que tenham a capacidade de tomar decisões sobre o seu futuro. Além disso, quando faltam camas hospitalares, a estas pessoas que formam parte destes grupos, é-lhes dada alta hospitalar de forma prematura e inadequada, o que em ocasiões podem levar a altas taxas de readmissão e, inclusive, à morte; o que constitui uma violação dos seus direitos de receber tratamento. (3)

Além disso, em muitos países (em desenvolvimento ou desenvolvidos) é negado às mulheres o acesso aos serviços de assistência e saúde sexual e reprodutiva. Esta violação dos direitos humanos está profundamente enraizada em valores sociais sobre a sexualidade das mulheres. Além da recusa de tratamento, nalgumas sociedades é frequente submeter as mulheres a intervenções como, ablação, esterilização, aborto ou testes de virgindade. (3)

A adopção de medidas para respeitar e proteger os direitos humanos reforça a responsabilidade do sector da saúde sobre a saúde de cada pessoa e da comunidade.

2.2.3.1. As abordagens de saúde baseadas nos direitos humanos

Uma abordagem de saúde baseada nos direitos humanos oferece estratégias e soluções que visam atender e corrigir as desigualdades, as práticas discriminatórias e relações de poder injustas que são tipicamente aspectos centrais da desigualdade em resultados de saúde.

O objectivo de uma abordagem baseada nos direitos humanos é que todas as políticas, estratégias e programas sejam formuladas de modo a melhorar progressivamente o gozo do direito à saúde para todas as pessoas.

Os princípios e normas rigorosas das Intervenções para alcançar este objectivo adirem-se aos do Comentário Geral nº14 do PIDECs, acima descritos: **Não-discriminação, Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade**, aos que anos mais tarde foram agregados:

- **A Prestação de Contas:** os Estados e outros garantes dos direitos são responsáveis pela observância dos direitos humanos.
- **A Universalidade:** os direitos humanos são universais e inalienáveis. Todas as pessoas, em qualquer lugar do mundo, devem ser capazes de poder exercê-los.

No enfoque de saúde baseado nos Direitos Humanos, as políticas e programas são projectados para atender as necessidades da população, favorecendo a emancipação das pessoas, para que estas possam reivindicar os seus direitos, e encorajar aos responsáveis políticos das tomadas de decisões e os prestadores de serviços para cumprir as suas obrigações em relação à criação de sistemas de saúde mais próximos e receptivos com as populações. (10)

2.3.- OS COMPROMISSOS DE MOÇAMBIQUE COM O DIREITO À SAÚDE

Desde a sua independência, a pesar do complexo contexto vivido durante décadas, o Estado Moçambicano, foi assumindo diferentes compromissos de carácter Nacional, Regional e Internacional, em matéria de direito à saúde.

2.3.1. Os compromissos nacionais

Os principais compromissos nacionais em matéria de direito à saúde em Moçambique são:

2.3.1.A. A Constituição Moçambicana de 2004, aprovada pela Assembleia da República aos 16 de Novembro de 2004, consagra a todos os cidadãos o direito à assistência médica. Também assegura que todos os cidadãos gozam dos mesmos direitos, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, local de nascimento, religião, nível de educação, posição social ou género. (11)

Dos diferentes Títulos e Artigos contidos na mesma, apenas vamos a referenciar aqueles que entendemos que estão relacionados, directa ou indirectamente, com o direito à saúde.

Tabela 3. Artigos da Constituição Moçambicana relacionados com a saúde

Artigo	Objectivos/definição
11 Os objectivos fundamentais do Estado Moçambicano	Entre eles: - A edificação de uma sociedade de justiça social e a criação do bem-estar material, espiritual e de qualidade de vida dos cidadãos; - A promoção do desenvolvimento equilibrado, económico, social e regional do país; - A defesa e a promoção dos direitos humanos e da igualdade dos cidadãos perante a lei.
43 Preceitos constitucionais sobre DH	São interpretados e integrados de harmonia com a DHDH e a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.
<i>Título III. Capítulo V: dedicado aos direitos e deveres económicos, sociais e culturais:</i> <i>Artigos relacionados com a saúde</i>	Artigo 89 (Direito à saúde): “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”. Artigo 90 (Direito ao ambiente) 1. Todo o cidadão tem o direito de viver num ambiente equilibrado e o dever de defendê-lo. Artigo 91 (Habitação e urbanização) 1. Todos os cidadãos têm direito à habitação condigna, sendo dever do Estado, de acordo com o desenvolvimento económico nacional, criar as adequadas condições institucionais, normativas e infra-estruturais. Artigo 92 (Direito dos consumidores) Os consumidores têm direito à qualidade dos bens e serviços consumidos, à formação e à informação, à protecção da saúde , da segurança dos seus interesses económicos, bem como a reparação de danos. Artigo 95 (Direito à assistência na incapacidade e na velhice) 1. Todos os cidadãos têm direito à assistência em caso de incapacidade e na velhice.
<i>Título IV. Organização económica, social, financeira e fiscal, Capítulo III, Organização Social.</i> <i>Artigos relacionados com a saúde: Artigo 116 (Saúde)</i>	1. A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde que beneficie todo o povo moçambicano. 2. Para a realização dos objectivos prosseguidos pelo sistema nacional de saúde a lei fixa modalidades de exercício da assistência médica e sanitária. 3. O Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade. 4. O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.

	<p>5. Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de productos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico.</p> <p>6. A actividade da assistência médica e sanitária ministrada pelas colectividades e entidades privadas é exercida nos termos da lei e sujeita ao controlo do Estado.</p>
--	---

Fonte: Elaboração Própria baseada na Constituição Moçambicana de 2004.

2.3.1. B. A Estratégia da Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), outorga uma função fundamental ao sector da saúde. Neste sentido, a **Declaração Nacional de Política da Saúde**, estipula que Moçambique subscreve o direito à saúde conforme reconhecido por documentos das Nações Unidas (NU), e destaca o objectivo geral de melhorar os padrões dos direitos humanos. Também se concentra em questões-chave como grupos populacionais vulneráveis, equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.

2.1.3. C. Os Planos Estratégicos para o Sector da Saúde (PESS) também são guiados por alguns princípios cruciais como equidade, desenvolvimento de parcerias e participação comunitária, transparência e responsabilização na política de saúde. O PESS 2014-2019 intitulado “*O nosso maior valor é a vida*” (12), ainda actualmente em vigor, inserido no Plano de Acção para a Redução da Pobreza 2011-2014 (PARPA). (13) tem como **Missão** “Liderar a produção e prestação de mais e melhores serviços de saúde básicos, universalmente acessíveis, através de um sistema descentralizado que privilegie as parcerias para maximizar a saúde e o bem-estar de todos os moçambicanos de modo a levarem uma vida produtiva rumo ao desenvolvimento pessoal e nacional”, sendo os seus **Objetivos:** Aumentar o acesso e utilização; Melhorar a qualidade e humanização; Reduzir as desigualdades; Melhorar a eficiência; Fortalecer as parcerias; Aumentar a transparência e prestação de contas e Fortalecer o sistema de saúde.

2.1.3.D. Outras estratégias específicas dos programas: Existem varios outros planos nacionais em outros programas, entre eles: o *Plano Nacional para a luta contra o HIV (PEN II) para 2005-2009* e o *Plano Nacional de Acção para a criança (PNAC) 2006-2010*, O Plano para a Qualidade e Humanização (2017), O Plano de Género e VBG (atualizado para 2020-2023), que também reconhecem a necessidade de considerarem os princípios dos direitos humanos nas estratégias de saúde.

Finalmente, o Ministério da Saúde (MISAU) adoptou no ano 2007 uma **Carta dos Direitos e Obrigações dos Doentes**.² Este documento reafirma a importância dos direitos humanos nos serviços de saúde, e a necessidade de proteger a dignidade e a integridade humanas. Destaca a responsabilidade dos doentes na colaboração com os profissionais de saúde e no respeito do direito doutros pacientes. (14)

2.3.2. Os compromissos internacionais

Moçambique assinou declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional e regional que contêm cláusulas importantes relacionadas com o direito à saúde e oferecem um enquadramento à legislação e à política, a nível nacional, que apresentamos nas seguintes tabelas:

² <https://www.misau.gov.mz/index.php/resolucoes?download=27:resolucao-73-2007-aprova-a-carta-dos-direitos-e-deveres-do-doente>

Tabela 4. Instrumentos Internacionais de direitos humanos essenciais e a situação de Moçambique

Tratados de direitos humanos		Ano adopção	Estados-Membro	Organismo/Tratado	Ratificação/ acesso Moçambique	Artigo Direito à saúde
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos.	1948		Assembleia Geral das Nações Unidas		
DDC	Declaração de Direitos da Criança.	1959			1979	
ICCPR	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	1966	161	Comité dos Direitos Humanos	1993	
ICESCR	Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais	1966	158	Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais	Não é membro	Art. 12
CERD	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	1965	173	Comité para a Eliminação da Discriminação Racial	1983	Art. 5 (iv)-
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres	1979	185	Comité para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres	1997	Art. 12, 11.1 (f)
CAT	Convenção contra a Tortura noutras Penas ou tratamentos Cruéis, desumanos ou Degradantes	1984	145	Comité Contra a Tortura	1999	
CRC	Convenção Sobre os Direitos da Criança.	1989	93	Comité dos Direitos da Criança	1994	Art. 24
ICRMW	Convenção Internacional sobre a Protecção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e membros das suas Famílias	1990	37	Comité dos Trabalhadores Migrantes	Não é membro -	
	Programa de acção do Cairo sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos	1994		FNUAP	1994	
	Declaração de Ottawa sobre o direito de cuidados de saúde da criança,	1998		OMS	1998	
ODM	Declaração do Milénio sobre as Metas Globais para o Desenvolvimento	2000		Nações Unidas	2000	
	Convenção sobre a proibição e acções imediatas para a eliminação de todas as formas de trabalho infantil	1999		OIT	2000	
	Convenção Internacional para a			Comité dos Desaparecimentos	Não é membro - -	

	Protecção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado			Forçados		
CRPD	Convenção Sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências	2007	24	Comité dos Direitos de Pessoas com Deficiências	2007	

Fonte: Elaboração própria, baseada em Saúde e Direitos Humanos: Folha Informativa do País. Moçambique. OMS. Abril 2008(17), γ - Declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional, Regional e Nacional assumidos por Moçambique. (14)

Tabela 5. Instrumentos Regionais de Direitos Humanos. Situação de Moçambique

Tratados de directos humanos		Ano adopção	Estados-Membro	Organismo / Tratado	Ratificação/ acesso Moçambique Organismo / Tratado	Artigo Direito à saúde
ACHPR	Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.	1981	53	Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos	1989	Art. 16 Art. 25
ACRWC	Carta Africana Sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança.	1990	41	Comité Africano de Especialistas nos Direitos e no Bem-Estar da Criança	1998	Art. 14
	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI).	1999		Comité Regional Africano da OMS,	1999	
	Protocolo sobre a Saúde da Comunidade para o desenvolvimento da África Austral.	2000			2000	
	Declaração de Maseru Sobre o Combate ao HIV/SIDA.	2000		(SADC)	2000	
	Declaração de Abuja, 2000.	2000		OMS AFRO	2000	
	Estratégia para Saúde.	2003		NEPAD	2003	
	Declaração da União Africana sobre a Estratégia de Sobrevivência Infantil.	2005		União Africana	2005	

Fonte: Elaboração própria, baseada em Saúde e Direitos Humanos: Folha Informativa do País. Moçambique. OMS. Abril 2008(17), γ - Declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional, Regional e Nacional assumidos por Moçambique. (14)

Os Estados que assinaram os tratados sobre os direitos humanos, têm a obrigação de materializar as cláusulas contidas nesses tratados. Estas cláusulas incluem a obrigação de **respeitar** (i.e., não interferir), **proteger** (evitar que os outros interfiram), **e cumprir** (i.e., tomar medidas que visem facilitar a realização) com os direitos humanos, incluindo o direito à saúde.

O Governo de Moçambique, no âmbito da sua ratificação de instrumentos legais internacionais, tem a obrigação de respeitar, proteger e cumprir com o direito à saúde, para todos os que se encontram sob a sua jurisdição. A comunidade internacional também tem a responsabilidade de apoiar Moçambique no

cumprimento das obrigações relativas aos direitos humanos, pela via do apoio e da cooperação internacionais.

Para além das suas obrigações legais internacionais, o Governo de Moçambique comprometeu-se a atingir várias metas relacionadas com a saúde, através da sua participação nas últimas conferências nacionais e internacionais, incluindo a participação na Cimeira do Milénio da Assembleia Geral, na Terceira Conferência das Nações Unidas sobre os Países Menos Desenvolvidos, na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, na Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social, na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para a Criança, na Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Relacionada, na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), na Cimeira Africana para a Redução da Malária, e na Cimeira Africana sobre o VIH/SIDA, a Tuberculose e Outras Doenças Infeciosas Relacionadas, na Declaração de Astana em 2018, entre outras.

A existência dos anteriores documentos estratégicos e outros de carácter mais específicos, e a adopção da legislação relacionada com o direito à saúde reflectem o compromisso do Governo em resolver os problemas da saúde no país.

Apesar disso, embora os indicadores de saúde em Moçambique tenham melhorado significativamente nos últimos anos, estes ainda se mantêm extremamente baixos, e há enormes barreiras para a concretização do direito à saúde no país, barreiras que serão apresentadas noutras Unidades Temáticas, que indicam que os Direitos à Saúde – são frequentemente violados, estando entre as suas possíveis causas: o desconhecimento geral da saúde como direito da população e, em particular, do pessoal da saúde para o cumprimento das suas obrigações; assim como o reconhecimento da sua responsabilidade perante aqueles que têm que garantir e salvaguardar o exercício pleno deste mesmo direito.

Por exemplo, O estudo “Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento” realizado pela **medicmundi**, a Universidade Eduardo Mondlane (UEM), o Instituto Nacional de Saúde (INS) e a Universidade Pompeu Fabra (UPF), no ano 2018 (15), mostra que a população moçambicana que vive em áreas rurais, com menos recursos económicos e, principalmente, as mulheres, têm mais barreiras no acesso e utilização dos serviços prestados pelo sistema nacional de saúde. O SNS é um determinante em si mesmo e ter acesso a ele, receber os cuidados adequados, adaptados às necessidades culturais dos utentes, etc., contribui para a qualidade de vida da população, mas não justifica todas as diferenças de saúde que os diferentes grupos e estratos sociais apresentam no exercício efectivo do Direito à Saúde.

2.3.3.- Os compromissos da Sociedade Civil com o direito à Saúde.

As Organizações da Sociedade Civil (OSC) ou Não Governamentais (ONG)), os profissionais de saúde, as empresas e o conjunto da sociedade, também têm responsabilidades importantes no que diz respeito ao direito à saúde em Moçambique.

Algumas organizações, de carácter nacional e internacional, entre elas a **medicmundi**, trabalham há mais de 25 anos no país em prol do direito à saúde, apoiando ou desenvolvendo programas e projectos com foco no mesmo.

A consciência da importância de unir esforços entre todas as organizações, entidades, movimentos sociais, sociedade civil, universidades e institutos de pesquisa e/ou investigação científica que consideram que a saúde é um direito, e não um bem de consumo, e que a melhor maneira de garantir este mesmo direito é mediante a promoção de políticas públicas que abordem os determinantes sociais da saúde, foi o ponto de partida para lançar no ano 2020 a **Aliança para a Saúde (ApS)**, uma plataforma de actores moçambicanos e internacionais que têm como objectivo comum defender o Direito à Saúde, a partir da abordagem dos determinantes sociais da saúde (16).

2.4.- OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

2.4.1. Definição dos determinantes sociais da saúde

A maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – **é resultante das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem** (17). Esse conjunto de condições é chamado “**determinantes sociais da saúde**”, termo que resume os determinantes sociais, económicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (18), elementos identificados no Pacto sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais (PIDSEC) das Nações Unidas em 1996, acima descritos.

O modelo dos DSS consegue melhorar as deficiências do modelo multicausal, incorporando alguns elementos-chave, e pode explicar a maior parte das iniquidades na saúde, ou seja, das **diferenças injustas e evitáveis no estado da saúde das populações dentro de um país e entre os países**. Por exemplo, os DSS podem explicar porque certos grupos da população são mais susceptíveis que outros de padecer tuberculose.

“Os determinantes sociais da saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são o resultado da distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local, que por sua vez depende das políticas adoptadas”. (CDSS/OMS 2005) (17,18)

Para a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), os DSS são “os factores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco na população”.

A comissão homónima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são: **“as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”.**

2.4.2. Modelos dos determinantes sociais da saúde

Entre os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores estudados destacam o modelo de Dahlgren e Whitehead, o menos conhecido modelo de Didericksen, e o modelo de Solar e Irwin, mais recente e atualmente mais utilizado. (19)

2.4.2.A. O modelo de Dahlgren e Whitehead (20)

O reconhecido modelo desenvolvido por Göran Dahlgren e Margaret Whitehead em 1991, também chamado modelo "arco-íris", foi uma das primeiras e mais completas tentativas de explicar como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o das comunidades, afectadas por políticas de saúde nacionais. Tem sido o modelo dominante e mais utilizado para reflectir sobre os principais determinantes da saúde e equidade em saúde durante várias décadas.

Neste modelo, apresentado na figura seguinte, os DSS são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até às que incluem os macro-determinantes do processo saúde-doença.

Figura 5. Modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren, G. y Whitehead, M., Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.

- Na base do modelo encontram-se **os indivíduos, com suas características individuais**: biológicas de idade, sexo e factores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

- Na camada imediatamente externa aparecem **o comportamento e os estilos de vida individuais**. Esta camada está situada no limiar entre os factores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas livremente” pelas pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais (informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.).

A camada seguinte destaca a influência **das redes comunitárias e de apoio**, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

No próximo nível estão representados os factores relacionados **com as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação**, que tentam explicar porque as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado (condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços).

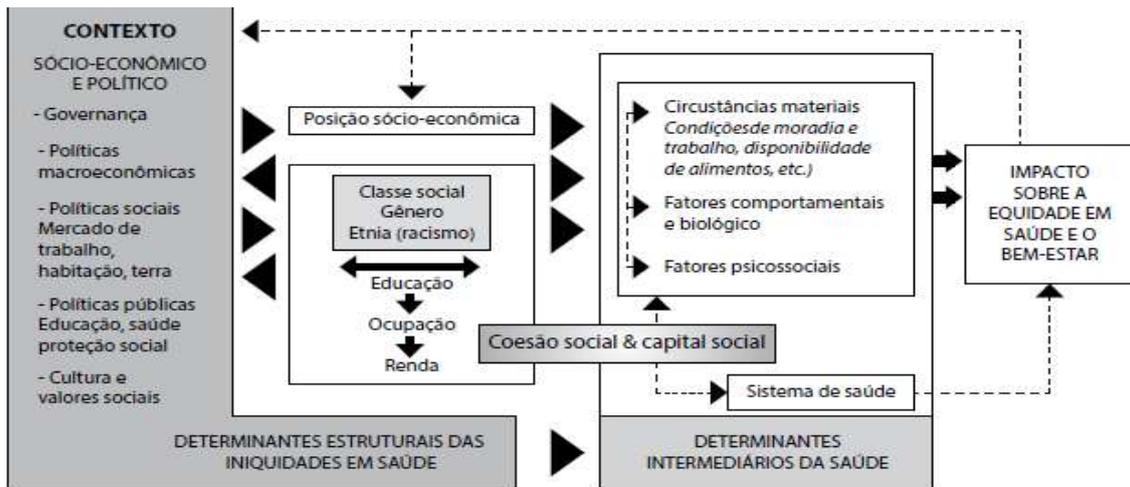
Finalmente, no último nível, estão situados os **macro-determinantes relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade, e que exercem grande influência sobre as demais camadas**.

Apesar das limitações encontradas posteriormente a este modelo, o mesmo permitiu aos investigadores das desigualdades em saúde, pensar e propor algumas hipóteses e avaliações sobre os factores que influenciam (determinam) a saúde das pessoas e, principalmente, ajudaram a explorar diferentes influências desses determinantes sobre as desigualdades na saúde e as interações entre os diferentes determinantes.

2.4.2.B. O modelo de Solar e Irwin ou modelo conceptual para a Comissão dos DSS e a OMS (21)

O modelo, proposto por Solar e Irwin em 2010, adiciona algum elemento extra ao modelo de Dahlgren e Whitehead, e procura representar em forma esquemática uma realidade social e política complexa. Este modelo foi adoptado na Conferência Mundial sobre os DSS de 2011, sendo incluído no relatório ‘Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde’ (21).

Figura 6. Modelo de Solar e Irwin



Fonte: *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.*

Os elementos principais deste modelo são: (a) determinantes estruturais versus intermediários; (b) o contexto sócio-político; e (c) níveis nos quais se pode lidar com as iniquidades na saúde (21)

Nesse modelo, os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde.

a. Determinantes estruturais versus intermediários:

A ‘**estrutural**’ expressa como os mecanismos sociais, económicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconómicas, em que as populações são estratificadas de acordo com determinados factores. Os **determinantes estruturais** são considerados os determinantes mais importantes, justamente por esta capacidade estruturante, sendo os mais relevantes: a classe social e, em grande parte associada a ela a renda, a educação, a ocupação, o género, a raça/etnia e outros, assim como a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poder económico. Esses determinantes geram posicionamentos sócio-económicos dentro de estruturas de poder, prestígio e acesso a recursos. Entre os mecanismos que geram e mantém essa estratificação destacam: as estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos productos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de segurança e de proteção social (22).

Essas posições socioeconómicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (**determinantes intermediários**) e reflectem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os factores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconómicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de segurança e de protecção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (22).

b. O que significa contexto sócio-político para este modelo:

Este modelo difere de outros no que toca à importância atribuída ao contexto sócio-político. Este é um termo deliberadamente amplo que se refere ao espectro de factores na sociedade que não podem ser

medidos individualmente. O termo contexto, portanto, inclui um amplo grupo de aspectos estruturais, culturais e funcionais, cujo impacto sobre os indivíduos dificulta a quantificação, mas que exerce uma influência poderosa de formação de padrões de estratificação social e, portanto, sobre as oportunidades de saúde das pessoas. Dentro do contexto, portanto, são encontrados vários destes mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas (22).

Os factores contextuais mais relevantes, ou seja, aqueles que têm um papel maior sobre a geração de desigualdades sociais, podem diferir consideravelmente de um país para o outro.

c. Níveis nos quais se pode lidar com as iniquidades na saúde

A aplicação deste modelo será crucial para a Comissão sobre DSS na tentativa de identificar o (s) nível (eis) no qual se desejam promover mudanças, para **lidar com os determinantes sociais de saúde através de políticas**. O modelo ajuda a situar esses níveis, esclarecer as suas relações e sugerir o escopo e limites das ações de políticas em cada área. A distinção básica crucial existe entre as políticas que buscam tratar os determinantes estruturais, ou seja, alterar a configuração da estratificação social existente, e as políticas e intervenções direcionadas aos determinantes intermediários de saúde.

Por exemplo, em alguns países a religião é um fator decisivo, e em outros, menos. As diferenças de contexto vão contra os enfoques de políticas sobre determinantes sociais de saúde do tipo "tamanho único". Como os mecanismos produtores de estratificação social diferem de acordo com o ambiente, certas intervenções ou políticas poderão ser efectivas num contexto específico, mas não em outros. Ao mesmo tempo, deve-se considerar o *timing* das intervenções de acordo com os processos locais, assim como, por exemplo, parcerias, disponibilidade de recursos, além da contextualização e compreensão da intervenção e/ou política pelos participantes em nível nacional e local (23).

2.4.3. Alguns determinantes estruturais intermediários da saúde: classe, território, género e sistema de saúde.

Como acima descrito, no modelo de Solar e Irwin, os DSS são diferenciados em intermediários e **estruturais**, sendo estes, pela sua capacidade estruturante, os que mais influência têm na saúde individual e colectiva. Entre eles destacam: a classe social e, em grande parte associada a ela, a renda, a educação, a ocupação, o território, o género, a raça/etnia, etc. De estes, apenas serão analisados a seguir: a classe social, o território e o género.

Quanto aos **determinantes intermediários** responsáveis dos factores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, apenas analisaremos os relativos às políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, nomeadamente os Sistemas de Saúde (SS).

2.4.3. A. A Classe social

Muitos autores, entre eles Segura (24), entendem que as classes **“são grupos que compartilham crenças, valores e circunstâncias (“oportunidades de vida”), tais como: escolaridade, ocupação e renda. Essa orientação implica que os indivíduos possam melhorar sua situação no mercado e suas chances de vida por meio de estratégias como a negociação coletiva ou a obtenção de mais conhecimentos e habilidades”**.

A ocupação, determinante profundamente associado à classe social, é uma das variáveis comumente encontradas nos censos populacionais, embora raramente nos registos de saúde.

Gráfico 1. Percepção positiva do estado de saúde e classe social (População de 0 e mais anos)



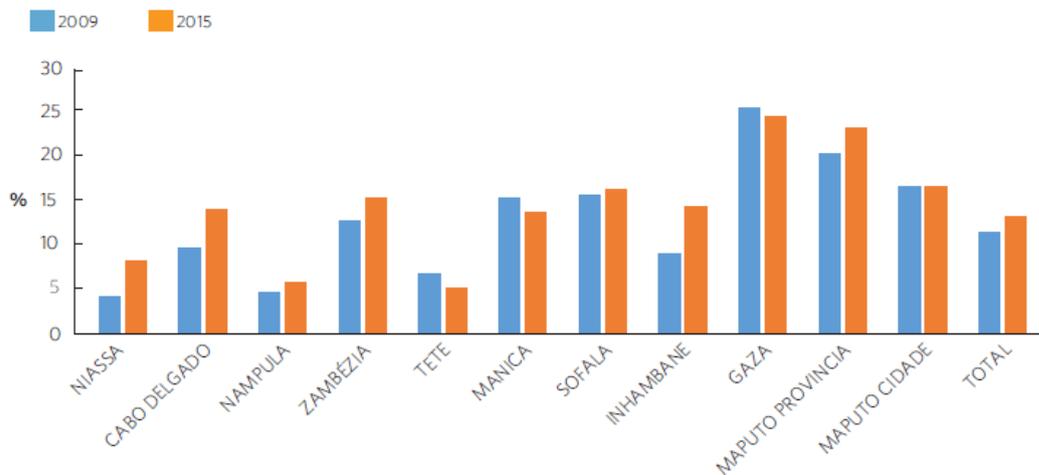
Fonte: Ministerio de Salud del Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2018. Disponível em : https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf e <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.h>

2.4.3. B. O território: Análise geográfica e territorial.

Tendo em conta que a situação de segmentação social e sanitária se repete, em menor ou maior grau, em todos os países, com padrões espaciais próprios, é importante analisar outro dos DSS, o **território**, quer dizer, o lugar onde as pessoas moram e/ou trabalham.

Tal como indicam Benach e outros (25), numerosos estudos mostram claramente como o efeito dos DSS é amplo e persistente, dependendo do local ou território onde se vive. Por exemplo, as classes sociais mais exploradas e empobrecidas muitas vezes vivem em bairros "marginalizados" onde sofrem múltipla exclusão social e opressão com menos recursos económicos e poder político, têm pior assistência médica e serviços sociais, e estão mais expostos aos factores de risco prejudiciais à saúde, seja de natureza social, ocupacional ou ambiental. Mas, além disso, um grande número de factores geográficos se acumula nos territórios, o que tem importantes influências na saúde. Um estudo dos casos particularmente interessantes são as cidades e as áreas urbanas, onde hoje a maior parte da população mundial está concentrada.

Gráfico 2. Prevalência de HIV na população de 15-49 anos. Moçambique 2009 – 2015



Fonte: Fundo das Nações unidas para a População. Suplemento do Relatório da Situação da População Mundial – Moçambique, 2017.

Disponível em: https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ia_ITEM%206%20SWOP%20Supplement%20Cover.pdf (26)

2.4.3. C. Sexo- Género

O sistema de sexo-género é uma categoria de análise que foi introduzida nas ciências sociais nos últimos anos e que permite questionar nossos valores e crenças nas relações entre os sexos. Utilizar o género como categoria da análise permite compreender as relações de subordinação e dominação que existem entre mulheres e homens. A distribuição desigual de poder entre os sexos influencia o modo como as mulheres e os homens podem desenvolver suas habilidades pessoais, profissionais e sociais. Ambas as categorias são fundamentais para o estudo das desigualdades na saúde, uma vez que estão relacionadas a riscos muito variados e a diferentes resultados da saúde.

No entanto, ambos os conceitos são frequentemente confundidos ou mal utilizados.

A OMS, que tem um departamento específico sobre género³, define ambos termos da seguinte forma: (27):

- **Sexo:** Se refere às características biológicas e fisiológicas que definem homens e mulheres;
- **Género:** Se refere aos papéis socialmente construídos, comportamentos, actividades e atributos que uma sociedade considera adequado para homens e mulheres (o "masculino" e o "feminino").

Neste sentido, nos últimos anos existe uma grande sensibilidade às questões de género. As Nações Unidas, particularmente algumas agências como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Organização das Nações Unidas para a Mulher (ONU MULHER), entre outras, cientes das desigualdades de género tem desenvolvido instrumentos para medir o Desenvolvimento e as Desigualdade de Género entre eles (28).

- **O Índice de Desenvolvimento de Género (IDG) ajustado à desigualdade:** mede as diferenças de género no desempenho relacionados ao desenvolvimento humano, tendo em conta as

³ Disponível em : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

disparidades entre mulheres e homens nas três dimensões básicas do desenvolvimento humano, a saber, **a saúde, conhecimento e padrão de vida, usando os mesmos indicadores que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (pobreza, valores)**. Mede diferenças de género em realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: **saúde, medida pela esperança de vida à nascença para homens e mulheres; educação, que é medido pelo número de anos de escolaridade esperados de homens e mulheres na infância e média de anos de escolaridade de homens e mulheres adultos com 25 anos ou mais; e igual controle sobre os recursos económicos, medido para homens e mulheres com base nos ganhos estimados de renda.**

O IDG revela que nível de atraso experimentado pelas mulheres em relação os homens e como eles avançam em todas as dimensões do desenvolvimento humano para colmatar o atraso das mulheres. Este índice ajuda a entender melhor as diferenças de género em realizações reais de desenvolvimento humano, sendo de grande utilidade para projectar instrumentos regulamentares que permitam reduzir essas diferenças.

- **Índice de Desigualdade de Género (IDGI)**. Esta é uma medida composta que reflete a desigualdade nas realizações entre mulheres e homens em três dimensões: **saúde reprodutiva, medida pela taxa de mortalidade materna e taxa de partos na adolescência e empoderamento, medido pela percentagem de assentos no parlamento e a população com pelo menos uma parte do ensino secundário e mercado de trabalho, medido pela taxa de participação na força de trabalho.**

Tabela 6. Indicadores de Género em Moçambique segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano. Ano 2019

Tipo de Indicador	Países de desenvolvimento humano muito elevado	Países de Desenvolvimento humano baixo	de África Subsaariana	Moçambique /Posição entre 189 países (180)
IDH	0,892	0,5007	0,541	0,569
IDH	0,175	0,590	0,573	0,569
IDGI	0,979	0,858	0,891	0,901

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. PNUD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf (29)

2.4.3. D. Os Sistemas de Saúde.

Outro dos DSS, é o **sistema de saúde**. O papel do sistema de saúde, determinante intermediário, torna-se particularmente relevante no que toca ao **acesso ao sistema, factor que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade.**

A maior parte das pesquisas realizadas sobre políticas de saúde têm-se centrado nas ações curativas e de melhoria da eficácia dos serviços prestados. Também, uma proporção considerável das pesquisas em saúde pública centra-se na prevenção das doenças entre as pessoas em grupos de alto risco, dando preferência às acções individuais sobre os estilos de vida. No entanto, nos últimos anos cada vez são mais frequentes os estudos sobre o papel que desempenha a organização dos sistemas de saúde, entendidos como DSS, na melhora da equidade em saúde. Estes estudos afirmam que, os sistemas de saúde são consequência de processos sociais e políticos. **Por tanto, os sistemas de saúde são determinados socialmente e, na verdade, são um DSS de grande importância** (30).

2.4.4. A Comissão sobre os determinantes sociais da saúde. ⁴

Desde as décadas de 80 e 90 do século passado foi crescendo a preocupação pelas desigualdades persistentes e crescentes a nível mundial, entre elas as de saúde.

Também, desde finais dos anos 90, a comunidade científica e política a nível internacional, considerou que os modelos de DSS poderiam explicar a maior parte das iniquidades na saúde, ou seja, das diferenças injustas e evitáveis dentro e entre os países no estado de saúde das populações.

Em resposta à esta crescente preocupação, no ano 2005, a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (doravante a Comissão ou CDSS), uma rede global de decisores políticos, investigadores e organizações da sociedade civil, que a OMS reuniu com o objectivo de recolher informações e dados que permitissem melhorar a saúde e garantir que esta fosse distribuída de forma mais equitativa em todo o mundo, assim como para promover um movimento global no sentido de alcançar estes objectivos.

2.4.4.A. Relatórios e recomendações da Comissão sobre os DSS.

Desde que a Comissão foi criada no ano 2005, foram mantidas várias reuniões de carácter internacional, em que foram apresentados relatórios, tendo sido os mais os relatórios intitulados *“Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008)* e *“Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS” (2011)*.

O Relatório “Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS”, foi o primeiro relatório elaborado pela CDSS, que contém informação relevante dados e análises, baseados na evidência científica, que suportam e nutrem as subseqüentes estimativas e que pode orientar algumas soluções que permitam enfrentar as grandes desigualdades dentro e entre países.

Juntamente com os dados, o relatório apresenta valorações e conclusões. Uma importante contribuição foi fazer mais explícitas as questões relativas à justiça social, à política e às políticas em relação aos DSS que visam reduzir as desigualdades na saúde a nível mundial e dentro dos países.

Algumas valorações e conclusões do relatório foram:

- **“A injustiça social está a matar a vida de muitas pessoas. Reduzir as desigualdades na saúde é um imperativo ético”.**

- **“A saúde é um bem público, e não uma mercadoria.** Quase todos os países de alta renda têm organizado seus sistemas de saúde ao redor do princípio da cobertura universal; esta abordagem requer que toda a população dentro do país possa aceder aos mesmos serviços (...), os sistemas de saúde conseguem melhores resultados quando estão baseados na atenção primária”.

- **“As desigualdades de género estão presentes em todas as sociedades.** Envasamentos no poder, recursos, direitos, normas e valores, e como as organizações são estruturadas e as intervenções são feitas, prejudica a saúde de milhões de meninas e mulheres. A posição das mulheres na sociedade também está associada com a saúde da criança e a sobrevivência. **As desigualdades de género influenciam a saúde, (...)**”.

- **“As grandes diferenças existentes no mundo na saúde e vida das pessoas reflecte um desequilíbrio no poder e prosperidade das nações.** Os benefícios da globalização continuam muito desigualmente

⁴. Informação baseada em: Informação da CDSS/OMS, disponível em: [http://www.who.int/social_determinants/es_e_o_no_Relatório_Corrigir_as_desigualdades_em_uma_geração_conseguir_a_equidade_na_saúde_atraves_da_acção_sobre_os_DSS_\(2008\)_disponível_em_https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1](http://www.who.int/social_determinants/es_e_o_no_Relatório_Corrigir_as_desigualdades_em_uma_geração_conseguir_a_equidade_na_saúde_atraves_da_acção_sobre_os_DSS_(2008)_disponível_em_https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1)

distribuídos. O progresso no crescimento económico global e equidade na saúde conseguidos entre 1960 e 1980 foram perdidos”.

- “O crescimento económico é certamente importante, particularmente nos países pobres, oferecendo a oportunidade de dispor de recursos que podem ser investidos na melhoria da vida da população. **No entanto, o crescimento em si, se não houver políticas sociais adequadas para garantir uma razoável justiça na forma como os benefícios são distribuídos, traz pouca melhoria na equidade na saúde”.**

“As alterações climáticas têm implicações profundas para o sistema global e afecta o modo de vida da população e a saúde de muitas pessoas, assim como a vida do planeta. Temos de reunir intervenções sobre a igualdade na saúde com medidas para combater as alterações climáticas.”

Fazendo às anteriores evidências, foram propostas três recomendações gerais, e princípios de ação:

- **I: Melhorar as condições de vida.**
- **II: Lutar contra a distribuição desigual do poder, dinheiro e dos recursos.**
- **III: Medir a magnitude do problema, analisar e avaliar os efeitos das intervenções.**

O Relatório Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre os DSS (18), foi o resultado dos trabalhos da Assembleia Mundial da Saúde da OMS em 2009, na qual os Estados-membros decidiram pôr em prática as recomendações do relatório *Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS*.

O objetivo deste documento de discussão era informar aos participantes da Conferência sobre as diferentes estratégias que os países podem implementar acções sobre os DSS e sobre as recomendações da Comissão. Entre as ***intervenções e estratégias destacaram-se cinco dimensões principais*** (18).

1. **Governança para o enfrentamento das causas** mais profundas das iniquidades em saúde: implementando acções sobre os DSS;
2. **Promoção da participação:** lideranças comunitárias para a acção sobre os DSS;
3. **O papel do sector**, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde;
4. **Acções globais sobre os DSS:** alinhando prioridades e grupos de interesse;
5. **Monitorização do progresso:** medir e analisar para informar as políticas sobre os DSS

Figura 7. A relação entre as cinco prioridades globais da Conferência Mundial dos DSS



Fonte: Relatório da Conferencia Mundial DSS (18)

3.- BIBLIOGRAFIA /WEBGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Das Neves. R. História dos conceitos de saúde e doença. Portugal. Ver. Nursing nº 231. Abril 2009. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3298-historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenc.a>
- 2.- Moacyr, Scilar. História do Conceito de Saúde. Rio de Janeiro:PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17(1). 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- 3.- Gune, E. Manual de Formação. Contribuição da Antropologia para a Saúde Pública: um enfoque nos programas de maternidade Segura HIV/SISA. MISAU/MedicusMundi. Edt MM. Espanha. 2010. Disponível em:
http://www.medicusmundi.es/index.php/catalunya_es/publicacions/libros/manual_de_formacio_contribucio_de_l_antropologia_a_la_salut_publica_enfocament_als_programes_de_maternitat_segura_i_vih_sida.
- 4.-Batistella, C. O território e o processo saúde-doença. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/ptsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2.
- 5.- San Martín, H. Salud Comunitaria, Teoría y Práctica. Madrid. Edit. Diaz de Santos. 1985
- 6.- Segre, M.&F.C Ferraz. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>
- 7.- Fonseca; A; Corbo, A. O território e o processo saúde-doença. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:
http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/313818/mod_resource/content/2/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf
- 8.- Augusto, A; Coelho, A; Leitão, C; Alves, J.; De Medeiros, D. A Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris. 1948. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/2/deconu.html>
- 9.-Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. ONU. 1966. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh-psocial.html>
- 10.-Compreender os Direitos Humanos. Manual de Educação para os Direitos Humanos. Módulos sobre questões selecionadas de direitos humanos: O Direito à Saúde. Edi. Ius Gentium Conimbrigae/Centro de Direitos Humanos. 2012. Disponível em: http://www.fd.uc.pt/hrc/manual/pdfs/manual_completo.pdf
- 11.-Constituição da República de Moçambique. Presidência da República de Moçambique Maputo. Novembro 2004. Disponível em: http://www.presidencia.gov.mz/files/republica/constituicao_republica_moc.pdf
- 12- Plano estratégico do Sector da Saúde 2014-2019. MISAU/Direção de cooperação. Maputo. Set. 2013. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detailh_com_anexos_vf_celia.pdf
- 13.- Plano de Acção para a Redução da Pobreza 2011-2014: Relatório de Progresso. FMI/ República de Moçambique. Relatório do FMI n.º 14/147. Washington, D.C. Maputo Maio 2014. Disponível em: <https://www.imf.org/external/lang/Portuguese/pubs/ft/scr/2014/cr14147p.pdf>

- 14.- Declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional, Regional e Nacional assumidos por Moçambique. Disponível em: http://www.iese.ac.mz/lib/PPI/IESE-PPI/artigos_saude.html
- 15.- Medicus Mundi. Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento. Relatório Técnico. Barcelona. 2018. Disponível em: <https://medicumundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-finalpt.pdf>
- 16.- Medicus Mundi. Documento de Apresentação da Aliança para a Saúde. Moçambique. 2009. Disponível em: <https://aliancaparasaude.org/files/2020/11/docproqapresentacao-alianca-para-a-saude.pdf>
- 17.- Organização Mundial da Saúde. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, OMS, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- 18.- Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. OMS, 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf
- 19.- Marchiori, P; Pellegrini, A. A Saúde e os seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- 20.- Dahlgren, G. y Whitehead, M., Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
- 21.- Solar, O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Genebra, OMS, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_enq.pdf.
- 22.- Solar, O; irwin, A. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (Rascunho). Genebra: OMS, 2005. Disponível em: [www.scielo.br › pdf › physis:](http://www.scielo.br/pdf/physis/)
- 23.- Organização Panamericana de Saúde (OPS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS). Género y salud. Una guía Práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. 2011. Adaptado de "Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach" de OMS. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
- 24.-Segura, J. Salubrismo o Barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Atrapasueños Editora. Abril 2017. Disponível em: <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/119959428/Clases%20sociales%20en%20Salubrismo%20o%20barbarie.pdf>
- 25.-Benach, J. Introdução aos determinantes sociais e às desigualdades na saúde. Conselho Municipal de Maputo, Direção Municipal de Saúde e Acção Social. Medicus Mundi Catalunha. 2018 (não existe versão online)
- 26.-Fundo das Nações unidas para a População. Suplemento do Relatório da Situação da População Mundial – Moçambique, 2017. Disponível em: https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ia_ITEM%206%20SWOP%20Supplement%20Cover.pdf

27.-Organização Panamericana de Saúde (OPS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS). Género y salud. Una guía Práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. 2011. Adaptado de “Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach” de OMS. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>

28.-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de Desenvolvimento Humano: Índice de desenvolvimento de género. Disponível em: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-de-g%C3%A9nero>.

29.-Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. PNUD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf

30.- Medicus Mundi. Dossier Técnico-Pedagógico e outros manuais elaborados por Almudena Gonzalez-Vigil e Juliana Garcia para o Curso De Formação Em Cuidados Primários de Saúde. Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU)/Medicus Mundi. 2017. Disponível em: https://www.medicusmundimozambique.org/files/2018/02/Dossier_Tecnico_Pedag_CursoAPS.pdf