

Curso de Determinantes Sociais da Saúde



| | |
|---|---|
| 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. |

| | | |
|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - A saúde como um direito humano: relações práticas entre saúde e direitos humanos. - Os quatro critérios para entender a saúde como um direito humano: Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade, Qualidade. - O enfoque de Saúde e Direitos Humanos da OMS. |
| | <p><i>Compromissos de Moçambique com o Direito à Saúde</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Os compromissos Nacionais, Regionais e Internacionais. - Os relatórios de seguimento dos compromissos assinados, relacionados com o Direito à Saúde. |
| <p style="text-align: center;">Algumas questões para a reflexão</p> <p style="text-align: center;">Podem ser incorporadas no fórum do curso</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Qual foi a evolução do conceito de saúde-doença? - Qual é a abordagem de saúde, das anteriormente apresentadas, mais próxima à sua visão da saúde? - Qual é, no seu parecer, a abordagem mais apropriada à realidade do seu contexto de trabalho e vida? - O Que e quais são os direitos humanos? - Deve ser considerada a saúde como um direito humano? Porquê? - Quais são os elementos que caracterizam o respeito pelo Direito à Saúde? - Assume de facto, o Governo de Moçambique, nomeadamente o Ministério da Saúde, os compromissos em relação ao direito à saúde? - Quais são os principais factores de vulnerabilidade do direito à saúde em Moçambique? - Podem os profissionais de saúde violar este direito? Porquê e como? - Qual deve ser o papel dos profissionais da saúde em relação ao respeito pelo direito à saúde da população de Moçambique? | |
| <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p style="text-align: center;">Decidir uma delas ou optar por todas elas</p> | <p>ACTIVIDADE 1: VISUALIZAÇÃO DE UM ESTADO DE COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO-MENTAL E SOCIAL.</p> <p>ACTIVIDADE 2. UM CASO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS.</p> <p>ACTIVIDADE 3. A HISTÓRIA DE MIRYAM.</p> | |
| <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">Bibliografia/Webgrafia/Vídeos</p> | | |

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 |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organizações Não Governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OSC | Organizações da Sociedade Civil |
| PARPA | Estratégia da Redução da Pobreza Absoluta |
| PEN | Plano Nacional para a luta contra o HIV |
| PESS | Plano Estratégico para o Sector da Saúde |
| PIDC | Pacto Internacional sobre os Direitos Civis 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.

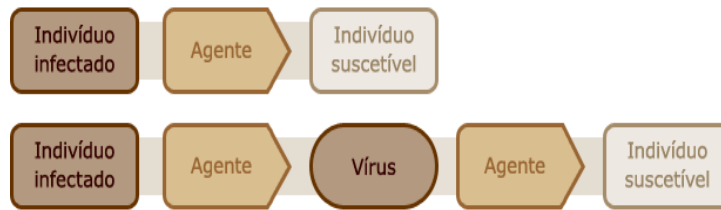
¹ Os conteúdos da Unidade Temática estão baseados no Dossiê Técnico-Pedagógico e outros manuais elaborados por Almudena Gonzalez-Vigil e Juliana Garcia para o Curso De Formação Em Cuidados Primários de Saúde. Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU)/Medicus Mundi. 2017.

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 Civis e Políticos (PIDC)**.

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

Pela sua relevância e importância, em sim 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 civis 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 civis 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 Civis 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 art.º 11º da Carta Social Europeia de 1961, revista em 1996, o art.º 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.

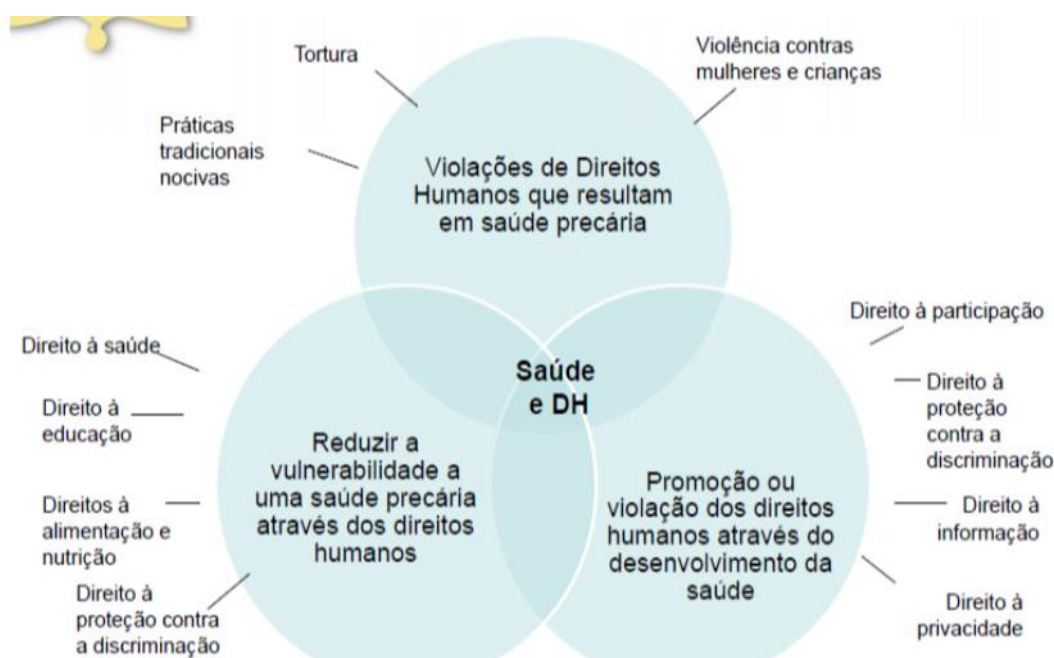
O direito à saúde inclui liberdades e direitos.

- **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).

3.- BIBLIOGRAFIA /WEBGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Das Neves. R. História dos conceitos de saúde e doença. Portugal. Ver. Nursingⁿ 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/pdtsp/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; Leitao, 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/pes_s_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://medicmundimozambique.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/docprogapresentacao-alianca-para-a-saude.pdf>

17. 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.medicmundimozambique.org/files/2018/02/Dossier_Tecnico_Pedag_CursoAPS.pdf