

# **VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

**DIREITO E SAÚDE**

**JANAÍNA MACHADO STURZA**

**IARA PEREIRA RIBEIRO**

**EMERSON AFFONSO DA COSTA MOURA**

**RENATA CAPRIOLLI ZOCATELLI QUEIROZ**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Diretora Executiva** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

**Representante Discente:** Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

**Comunicação:**

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicritiba - Paraná

**Eventos:**

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

**Membro Nato** - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Emerson Affonso da Costa Moura; Iara Pereira Ribeiro; Janaína Machado Sturza; Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Florianópolis; CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-732-8

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Direito e Políticas Públicas na era digital

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VI Encontro Virtual do CONPEDI (1; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

## DIREITO E SAÚDE

---

### **Apresentação**

#### DIREITO E SAÚDE

O VI Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), o maior encontro da pesquisa e pós-graduação jurídica do país, teve como tema “Direito e Políticas Públicas na era digital”. Como de costume, o Encontro Virtual do CONPE-DI promoveu uma ampla integração acadêmica, com a participação de pesquisadores de todas as regiões do país e do exterior.

Neste cenário, o GT Direito e Saúde contou com trabalhos de grande relevância no que concerne às mais diferentes possibilidades de interlocução com as pautas vinculadas à saúde. Foram 24 trabalhos apresentados por pesquisadores de diferentes partes do Brasil – consolidando o quê tradicionalmente vem acontecendo neste GT: discussões e reflexões vislumbrando a saúde como direito universal diante de grandes desafios, com desdobramentos, avanços e retrocessos, em busca de se alcançar um Direito à Saúde mais justo e equitativo.

Para tanto, o GT foi organizado em 4 blocos de apresentação, no sentido de equalizar os debates. No primeiro bloco foram apresentados 6 artigos, dentre os quais: “A SAÚDE PÚBLICA FRENTE A FRATERNIDADE E O BIOTERRORISMO: DA GOVERNAMENTALIDADE BIOPOLÍTICA DA POPULAÇÃO AO DISCIPLINAMENTO /CONTROLE DOS CORPOS PELA SOFISTICAÇÃO DA GUERRA”, de autoria de Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Mariana Chini, o qual teve objetivo fomentar uma reflexão acerca da compreensão da saúde pública enquanto um bem comum da humanidade, frente a temática do bioterrorismo como tecnologia bélica de poder no âmbito da utilização de armas biológicas como escolha de guerra. O segundo artigo, intitulado “SAÚDE E GÊNERO: A DINÂMICA IDENTITÁRIA DAS MULHERES TRANSMIGRANTES SOB AS LENTES TRANSDICCIPLINARES DA FRATERNIDADE”, de autoria de Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra, o qual buscou analisar o fenômeno do acesso à saúde e a feminização das migrações que articulam uma diáspora de precariedade ao longo do percurso migratório, fragmentando a potência existencial feminina e cambiando identidades. O próximo trabalho, “A INSEGURANÇA JURÍDICA CAUSADA NA APLICAÇÃO DO TEMA 793 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL”, de autoria de José Adelar de Moraes, teve por

objetivo analisar a Competência da União, dos estados e dos Municípios, ante a tese firmada no Tema 793. Já o trabalho “A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL”, de autoria de Horácio Monteschio e João Marcos Lisboa Feliciano, objetivou examinar e estudar as disposições normativas concernentes à saúde como direito fundamental e humano, em especial e prioritariamente para aqueles indivíduos em formação, como as crianças e os adolescentes. O penúltimo texto do bloco, “APONTAMENTOS SOBRE A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA REGULATÓRIA EM PROL DO DIREITO À SAÚDE”, de autoria de Mikaele dos Santos e Ale-jandro Martins Vargas Gomez, buscou demonstrar a viabilidade do uso da atividade privada, a partir de um modelo de regulação estatal levado a sério na terceirização de serviços de especialidades médicas no SUS, para a expansão do acesso ao direito à saúde. Por fim, o último texto apresentado neste primeiro bloco, “AS CÂMARAS PÚBLICAS DE CONCILIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À JUSTIÇA NA GESTÃO DE CONFLITOS NA ÁREA DA SAÚDE”, de autoria de Guilherme Masaiti Hirata Yendo , Aline Ouriques Freire Fernandes e Gustavo Erlo analisou o papel desempenhado pelas Câmaras Públicas de Conciliação na resolução consensual de conflitos na área da saúde envolvendo cidadãos e a Administração Pública.

O segundo bloco contou com a discussão de diversos temas atuais e relevantes, iniciou-se pela apresentação do artigo “BIG DATA E O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE EM 2022, O ANO EM QUE FINGIMOS QUE A PANDEMIA ACABOU”, dos autores Carlos Alterto Rohrmann, Bárbara Henriques Marques e Maria Eduarda Padinha Xavier, o qual abordou a análise do uso de big data e o tratamento de dados pessoais de pessoas doentes demonstrando que a criação e o uso da big data é uma importante ferramenta a ser validada pelo direito. Na sequência, foi apresentado o artigo “CÉLULAS-TRONCO A LEI DE BIOSSEGURANÇA: PREJUÍZOS OU BENEFÍCIOS PARA O FOMENTO DA SAÚDE PÚBLICA?”, de autoria de Juliana de Andrade e Ana Soares Guidas, o qual teve como objetivo conhecer o uso das células tronco na saúde pública analisando sua importância, chegando a conclusão que a pesquisa e uso de células-tronco na saúde pública deve centrar-se na necessidade e legitimidade em prol da vida e da saúde. Em seguida o artigo “CONSEQUÊNCIAS DE O DIREITO À SAÚDE SER UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL”, dos autores Danilo de Oliveira, Carol de Oliveira Abud e Marcelo Lamy apresentou a motivação e justificativa das notas caracterizadoras do direito à saúde como conceitos estruturantes fundamentais concluindo que os preceitos indicativos das notas precisam ser considerados por sua essência originária. Os autores Dandara Trentin Demiranda, Vitor Prestes Olinto e José Ricardo Cartano Costa, autores do artigo “DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE? DEBATES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO A PARTIR DA

ANÁLISE DO ORÇAMENTO PÚBLICO, o qual abordou sobre a importância do SUS e compreender de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação do direito fundamental à saúde. O penúltimo trabalho apresentado neste bloco foi o artigo “DIREITOS HUMANOS, DIREITO À VIDA E À SAÚDE. BASES REFLEXIVAS PARA O DEBATE DO CONTROLE SOCIAL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19”, de autoria Luciano Mamede De Freitas Junior , Cassius Guimaraes Chai, que demonstrou que as normas constitucionais e infraconstitucionais são importantes ferramentas jurídicas na garantia da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde, nas quais a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, priorizando o direito social à saúde, configurando-se condição fundamental para a garantia do direito à vida. Por fim, o artigo ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO DIREITO À SAÚDE, de autoria de Janaina Mendes Barros De Lima, introduziu uma proposta de solução para um problema complexo que envolve o direito fundamental à saúde, possibilitando uma discussão em torno do processo do ECI.

O terceiro bloco foi iniciada com a análise do caso concreto do Estado da Bahia, “GASTOS COM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA 2015-2019: DIREITO SOCIAL AMEAÇADO”, dos autores Bruno Gil de Carvalho Lima , Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho, o qual concluiu que a saúde não ficou imune a contingenciamentos e desvinculações de rubricas, que o investimento por habitante não cresceu na proporção das necessidades, que tem havido uma prevalência dos repasses a prestadores privados à custa do sacrifício dos serviços próprios, com metas e objetivos não atingidos nos planos e pactos de saúde. Na sequência o artigo "GORDOFOBIA- OS CORPOS OBESOS E UMA HERMENÊUTICA ATENDA AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS”, dos autores Tais Martins , Andréa Arruda Vaz , Sérgio Czajkowski Jr, apontou que a obesidade e a saúde são temas de estudo e pesquisa instigantes em diversas searas hermenêuticas. A saúde e o bem-estar devem corporificar a centralidade dos debates. A proteção dos dados pessoais não ficou de fora da discussão do GT, o artigo “LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS NA MEDICINA VETERINÁRIA”, das autoras deixou claro que é necessário que os profissionais da Medicina Veterinária adotem medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança dos dados, como a criptografia e o controle de acesso e que, nos casos de vazamento, o profissional deve comunicar imediatamente as autoridades competentes e os titulares dos dados afetados. O trabalho seguinte, “MARCOS JURÍDICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE: SAÚDE INDIVIDUAL, SAÚDE SOCIAL, SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE SOCIOAMBIENTAL”, dos autores Carol de Oliveira Abud , Danilo de Oliveira , Marcelo Lamy, evidenciou que ao conceituar saúde não se evidencia uma distinção radical entre os conceitos estabelecidos em cada tempo histórico. O combate à COVID 19 foi o assunto

abordado pelos Antonio Ricardo Surita dos Santos , Victor Hugo Tejerina Velázquez no artigo intitulado “O COMBATE À CO-VID-19 NAS VISÕES DO UTILITARISMO E DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE DE RAWLS”, que demonstrou que o Utilitarismo e a Teoria de Justiça de John Rawls (justiça como equidade) apresentam respostas distintas para tal conflito, o primeiro privilegiando a satisfação da maioria em detrimento da minoria e a segunda destacando a importância dos interesses da minoria mais desprotegida. Finalizando, o último artigo do bloco três, “O DIREITO DIGITAL E O ACESSO À SAÚDE”, dos autores Joice Cristina de Paula , Lara Paulina Cedro Fraga , Thiago Silva Da Fonseca ressaltou a relevância da abordagem desta temática para melhor reflexão sobre a relevância da utilização dos meios tecnológicos para efetivação do direito à saúde junta-mente com a necessidade de proteção dos dados dos usuários.

Por fim, no quarto e último bloco, o artigo “O FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE E OS EFEITOS DA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5595”, de Urá Lo-bato Martins, os impactos do julgamento pelo STF da ADI 5.595 que teve como a finalidade de obter a declaração de inconstitucionalidade de dois artigos da EC 86/15, o artigo 2º e o 3º que trataram sobre critérios para as alocações de recurso orçamentários. No artigo “O NECESSÁRIO IMPLEMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EFETIVAR O DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE”, Mario Jorge Philocreon De Castro Lima e Augusto Checue Chaimite se debruçam sobre as dificuldades e complexidades que envolvem a criação, promoção, implementação, proteção e execução de políticas públicas de saúde em um país periférico e de modernidade tardia como Moçambique. O artigo “OS CUSTOS DOS DIREITOS SOCIAIS, A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O APELO MEDIÁTICO” de Janaina Mendes Barros De Lima e Ranivia Maria Albuquerque Araújo enfatiza a necessidade de concretização do direito ao acesso à saúde e à vida, principalmente no que se refere aos pacientes que são portadores de deficiência grave e necessitam de medicamentos de alto custo. O autor Orlando Oliveira Da Nóbrega Junior no artigo “OS PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA À LUZ DOS PLANOS DE SAÚDE: OS PARÂMETROS PARA A FUNDAMENTAÇÃO LEGÍTIMA DA COBERTURA EM FACE DA INDIVIDUALIZAÇÃO DA DEMANDA” analisa a jurisprudência baiana que sistematicamente tem negado o tratamento em reprodução assistida com fundamento apenas no Recurso repetitivo do STJ e no Enunciado 20 do TJ/BA. A atuação do profissional médico em redes sociais de forma não individualizada tema do artigo “RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS NO AMBIENTE DIGITAL: AS CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS DA DIVULGAÇÃO PÚBLICA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE DIGITAL” de Camila Braga da Cunha que se detém na distinção entre conteúdo educativo e indicação de procedimento terapêutica para identificar a ilicitude de conduta que enseja responsabilidade civil. O dever da administração pública de publicizar dados epidemiológicos

foi demonstrado no artigo “SINDEMIA DE SARS-COV-2, TRANSPARÊNCIA E DEMOCRACIA: CONSTITUCIONALISMO COMPROMISSÓRIO E SOCIAL NAS ADPFS 690, 691 E 69”2 de Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro e Leandro Cavalcante Lima.

Portanto, é possível perceber que o GT Direito e Saúde vêm contribuindo não somente para os debates acadêmicos à partir de suas diferentes abordagens, mas também representa uma grande possibilidade de contribuição para a consolidação e efetivação do direito à saúde como um direito universal e equitativo.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Iara Pereira Ribeiro – USP

Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Faculdades Londrina

# O NECESSÁRIO IMPLEMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EFETIVAR O DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

## THE NECESSARY IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES TO EFFECT THE RIGHT TO HEALTH IN MOZAMBIQUE

Mario Jorge Philocreon De Castro Lima <sup>1</sup>  
Augusto Checue Chaimite <sup>2</sup>

### Resumo

Este artigo pretende demonstrar as dificuldades e complexidades que envolvem a criação, promoção, implementação, proteção e execução de políticas públicas de saúde em um país periférico e de modernidade tardia como Moçambique. O artigo inicia pela descrição da evolução da inclusão do Direito à Saúde nas Constituições de Moçambique depois da independência em 1974, na sua condição de direito fundamental em sintonia com as convenções internacionais de direitos humanos universais e regionais. Em seguida destaca-se a importância das políticas públicas para tornar efetiva a assistência à saúde da população moçambicana pelas instituições estatais. Nesse cenário, ressalta-se a carência de recursos econômicos e financeiros do Estado, que dependem de programas internacionais de auxílio financeiro e tecnológico. Porém, mesmo com a prescrição constitucional e os compromissos internacionais, grande parte desses recursos são aplicados em setores não prioritários para os cidadãos, comprometendo a efetivação dos direitos fundamentais em geral e sobretudo o Direito a Saúde. No desenvolvimento do artigo utilizou-se o método de pesquisa exploratório, documental e bibliográfico, adotando-se a técnica de coleta e análise de dados estatísticos disponíveis em diversos relatórios nacionais e internacionais sobre o acesso a saúde em Moçambique.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Políticas públicas, Universalização, Equidade, Direitos fundamentais

### Abstract/Resumen/Résumé

This article intends to demonstrate the difficulties and complexities that involve the creation, promotion, implementation, protection and execution of public health policies in a peripheral and late modern country such as Mozambique. The article begins by describing the evolution of the inclusion of the Right to Health in the Constitutions of Mozambique after independence in 1974, as a fundamental right in line with international conventions on universal and regional human rights. Next, the importance of public policies to make effective health care for the Mozambican population by state institutions is highlighted. In this scenario, the State lacks economic and financial resources, which depend on international financial and technological aid programs. However, even with the constitutional

<sup>1</sup> Doutor em Direito/UFPE; Mestre em Direito/UFBA; Mestre em Administração/UFBA

<sup>2</sup> Mestre em Direito/UFBA; Graduação em Direito/Universidade Zambesi - Moçambique



prescription and international commitments, a large part of these resources are applied in non-priority sectors for citizens, compromising the effectiveness of fundamental rights in general and, above all, the Right to Health. In the development of the article, an exploratory, documentary and bibliographic research method was used, adopting the technique of collecting and analyzing statistical data available in several national and international reports on access to health in Mozambique.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Public policies, Universalization, Equity, Fundamental rights

## **1 Introdução**

O presente trabalho pretende analisar a assistência à saúde enquanto direito fundamental previsto na Constituição de Moçambique, que exige do poder público prestações positivas, negativas e procedimentais para a sua efetivação.

Nos termos da Constituição de Moçambique de 2004, o Estado tem a obrigatoriedade e responsabilidade constitucional de garantir de forma plena a concretização do Direito à Saúde através de desenvolvimento e implemento de Políticas Públicas desencadeadas com base em critérios de universalidade, igualdade e equidade, tendo em conta a participação da comunidade, que sejam capazes de prevenir, tratar e controlar doenças com o objetivo de melhorar a saúde dos cidadãos.

Entretanto, observa-se que muitas vezes o governo de Moçambique deixa de cumprir o seu papel social na efetivação desse precioso Direito à Saúde. Diante desse quadro, propomos um debate a partir do conceito adotado pela doutrina e organizações internacionais de proteção do Direito à Saúde, uma vez que esse conceito está intimamente ligado ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana que condensa em si o núcleo essencial dos direitos fundamentais.

Por isso desenvolvemos uma abordagem argumentativa com base na literatura especializada, na qual se depreende que a melhor forma de efetivação do Direito à Saúde é através de implementação de Políticas Públicas de Saúde.

Nessa tarefa, utilizamos o método de pesquisa exploratório, documental e bibliográfico, adotando-se a técnica de coleta e análise de dados disponíveis em diversos relatórios nacionais e internacionais sobre o efetivo acesso a saúde em Moçambique.

## **2 Evolução Histórica do Direito à Saúde em Moçambique**

A análise histórica do desenvolvimento e crescimento do Direito a Saúde em Moçambique pode ser revista conforme dois períodos sucessivos: antes e depois da descolonização portuguesa.

No primeiro período do domínio colonial de (1885-1974), onde o sistema político administrativo do Estado estava estruturado para responder as necessidades, interesses e demandas do sistema colonial português. Por sua vez a maioria do povo moçambicano (originário do país), estava entregue à própria sorte, não tinha acesso aos serviços básicos de saúde e acesso aos medicamentos.

Nesse período, os cidadãos viviam sobre forte domínio de opressão, pobreza absoluta, hostilização e sofriam todo tipo de discriminação social, cultural e racial. Havia, portanto, uma ausência total de observância dos direitos fundamentais. Por não ter acesso ao sistema de saúde

convencional, grande parte da população recorria a práticas tradicionais e culturais herdadas dos seus antepassados para se curar das doenças que assolavam as suas comunidades.

Segundo Maria Paula Meneses (2019), o conceito de saúde adotado por estes povos se diferenciava com o conceito português. Para a medicina portuguesa a saúde significava apenas tratar do corpo físico do indivíduo. Porém, para os moçambicanos a saúde era uma complexa relação de entendimento entre o corpo e o espírito do indivíduo e sociedade envolvente.

Imbuído de um *ethos* colonialista, o governo colonial português reprovava todas formas de convivência social dos povos originários. Como assevera, o escritor português Boaventura Sousa Santos que "*a negação da diversidade cultural, política e social é inerente ao colonialismo*". Acrescentamos, que o sistema colonial fez da negação da cultura dos povos, uma forma de dominar e impor a sua hegemonia sócio-econômica.

Neste período, para a resolução dos problemas frequentes de saúde, a população moçambicana recorria frequentemente a prática da medicina tradicional empreendida por médicos tradicionais e chefes das comunidades denominados por Régulos, sobretudo por não ter acesso aos meios convencionais para o tratamento das doenças.

Podemos afirmar, como os autores Boaventura Santos e João Calor Trindade (2003) que nesta época quase toda a população moçambicana não tinha acesso ao sistema saúde, exceto alguns cidadãos negros que eram considerados assimilados e se identificarem com a cultura portuguesa colonial e europeia, e por isso detinham alguns privilégios sociais que lhes permitia conviver com os colonos, e constantemente usados como instrumentos para subjugar a massa africana excluída.

O segundo período se inicia com o advento da Constituição de 1975, pós colonização, que inaugura uma nova era no acesso aos serviços de saúde, uma vez que a saúde passa a ser direitos de todos, conforme artigo 16 dessa Constituição, independentemente da sua origem étnica, classe social e cor da pele.

O Estado recém formado tendo em conta o sistema político adotado (o sistema marxista-leninista) assumiu melhor controlar o desenvolvimento da sociedade e nacionalizou todas as unidades sanitárias, para instaurar um sistema de saúde baseado em ideais de cunho igualitário, universal, equitativo e gratuito com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos. Nessa base de políticas socialistas marxistas o Estado moçambicano construiu um sistema de saúde baseado em agentes comunitários de saúde, eliminando o serviço médico colonial discriminatório.

Durante os anos 1975-1980, houve fuga em massa da mão de obra qualificada, e a exiguidade de recursos por parte do Estado que dependia sobretudo da ajuda internacional para

financiamento do Orçamento Geral do Estado. Por isso o sistema de saúde funcionou de forma enfraquecida e limitada, uma vez que o poder público não conseguia atender a demanda pelos serviços médicos, havia inexistência de recursos humanos especializados, havia falta de infraestrutura, de equipamentos hospitalares, cirúrgico e medicamentos, dentre outros.

Esses fatores contribuíram em grande medida para que o acesso aos serviços básicos de saúde fosse precário, não abrangentes, e que não houvesse uma plena concretização e exercício deste direito fundamental. Entretanto, nessa época, apesar de o país ter herdado um sistema de saúde falido, um trabalho de base foi feito para responder as demandas da saúde da população (Hanlon, 1984) inclusive, em 1981, o trabalho do país para proteger a saúde dos cidadãos foi reconhecido pela OMS - Organização Mundial da Saúde como sendo um exemplo a seguir nos países em via de desenvolvimento.

A democratização do país que foi concretizada pela Constituição de 1990, e a consequente aderência do país as instituições financeiras do âmbito internacional como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), resultou no implemento do acesso a saúde, que observou melhoria uma vez que essas instituições passaram exigir reformas econômicas e a apoiar de forma direta o Orçamento Geral do Estado (Mosca, 1996).

Segundo Howe e Ottaway (2002), a adesão a estas instituições ainda favoreceu a liberação dos produtos agrícolas moçambicanos para o mercado dos EUA, entretanto, a Guerra Civil que assolava o país deixava rastros por onde passava, especialmente na zona rural em que houve o comprometimento das infraestruturas ligadas ao sistema de saúde, resultando na destruição de diversos postos de saúde, hospitais rurais, centro médicos e edifícios público. Isso contribuiu para que o sistema de saúde não funcionasse de forma plena e abrangente.

Nos anos seguintes observou-se uma autêntica revolução no domínio das políticas públicas de saúde em Moçambique com a criação do Sistema Nacional de Saúde, doravante chamada de (SNS), através da Lei n. 25/91 com base na Constituição de 1990, artigo 89. Essa Lei reafirma que a saúde é um direito de todos, sendo obrigação do Estado efetivá-lo por meio de políticas públicas que são implementadas através do Ministério da Saúde - MISAU, a instituição competente para operar as políticas de saúde em Moçambique.

A Lei 25/91 elenca vários objetivos, notadamente a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de doentes, assistência e reabilitação, associando-se a formação de recursos humanos e pesquisas para o seu desenvolvimento contínuo.

Ainda na década 1990 foi reconhecida pelo Estado a importância da medicina tradicional na sociedade moçambicana e sua relação de complementaridade com a medicina convencional. Por isso, foi criado no MISAU o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional

(GEMT), que tinha como objetivo o registro e documentação das plantas medicinais existentes no país. No mesmo ano, assistiu-se à criação da Associação de Praticantes de Medicina Tradicional (AMETRAMO), que assegura o cumprimento das questões éticas e deontologia profissional.

Em 2010 foi criada o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) subordinada ao MISAU como forma de valorizar o trabalho dos médicos tradicionais. Porém, apesar desse avanço, percebeu-se a ausência de regulamentação dessas atividades tendo em conta que a prática da medicina tradicional abarca 100% do território nacional e 70% da população moçambicana recorre e depende desses serviços principalmente na zona rural onde os serviços do SNS são escassos e na maioria das vezes precários (Miltano 2016).

Um outro motivo que contribui com que a população recorra aos serviços da medicina tradicional com frequência está ligada a questão cultural e convicção religiosa. Nesse aspecto, há ainda um entendimento difundido que há determinadas doenças que não podem ser tratadas em hospitais convencionais. Todas essas questões reforçam a necessidade de o Estado expandir e melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde e diminuir a distância entre os hospitais para melhorar o acesso serviços de saúde em todo território nacional.

### **3 Direito a Saúde e o Sistema Internacional de Proteção à Saúde**

A OMS é uma instituição subordinada as Nações Unidas (ONU) com competências internacionais para regulamentar, supervisionar, apoiar e aplicar os códigos sanitários. Essa instituição se ocupa do combate e proteção contra doenças em nível mundial. A sua relevância nesta seara é indiscutível e de extrema importância uma vez que, desempenha um papel fundamental na prossecução das atividades inerentes a saúde coletiva mundial. O Preâmbulo da Constituição da OMS de 1946 declara:

*“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.”*

Segundo Fadul Pereira (2014), esse conceito de saúde veio a ser ampliado em 1986 abrangendo áreas com educação, alimentação, lazer, transporte, renda, meio ambiente e emprego. Neste sentido, não se pode entender o Direito a Saúde como mera ausência de doença ou

enfermidade, mas sim como conjunto de elementos que buscam satisfazer as necessidades sociais com ênfase no bem-estar individual e coletivo.

Nessa medida o Direito a Saúde está intrínsecamente ligado ao desenvolvimento do país, uma vez que as condições sócio-econômicas de cada indivíduo contribuem para o desenvolvimento da saúde no seio da sociedade. Autores como Fadul Pereira, Patrícia Bertolini e Sueli Gandolfi Dallari criticam o conceito de saúde defendido pela OMS, uma vez que entendem que é impossível se alcançar o estado do bem-estar físico e mental a todos. Para esses acadêmicos, a saúde deveria ser compreendida como a busca constante de tal estado, enquanto outros como Hécio Ribeiro e Lucília Alcione Prata entendem que o conceito de saúde da OMS não é operacional uma vez que depende de várias escalas decisórias.

De ponto de vista do ordenamento jurídico internacional, há o entendimento de que o Direito a Saúde é tão imprescindível para a materialização do bem-estar de todos que encontramos sua referência em vários instrumentos ao nível internacional, notadamente: na Declaração Universal de Direitos Humanos, artigo 25, Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais, artigo 12 e Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos, artigo 16, dentre outros. o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais se destaca na medida em que tem como escopo a concretização dos direitos sociais através do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, monitorando a implementação dos direitos sociais nos países membros.

A OMS no ato da sua constituição descreve que a saúde é um direito humano e deve ser proporcionado a todos ao seu mais alto nível, e acrescenta que a universalização dos serviços de saúde somente pode ser alcançada com o esforço de todos. Esse ideário da OMS de tornar a saúde para todos veio a ser preceituado na Declaração de Alma Ata de 1978. Essa declaração de extrema importância no panorama da saúde internacional reconhece dentre outras a necessidade dos Estados apostarem na promoção, proteção e reabilitação da saúde da população, uma vez que esses elementos contribuem para o desenvolvimento econômico e social com finalidade proporcionar o bem-estar.

Nos termos desses compromissos internacionais, em Moçambique a saúde precisa vir a ser reafirmada também como uma política de desenvolvimento econômico, para garantir que todos os preceitos constitucionais relativos à proteção de direitos conexos sejam concretizados.

#### **4 A Saúde como Direito e Dever Fundamental dos Cidadãos na Constituição de Moçambique de 2004**

O Direito à Saúde o Direito a Saúde veio a ser previsto pela primeira vez na história de Moçambique depois da libertação colonial, quando foi enunciado na Constituição de 1975, nos seguintes termos:

*"Art 16 – A República Popular de Moçambique organiza um sistema de saúde que beneficia todo o Povo moçambicano".*

Mais adiante, o advento da Constituição de 1990 altera o panorama político, econômico e social do país, e o Direito a Saúde veio a ser tratado como direito e dever do cidadão:

*"Art 89 – Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública."*

Em seguida, a atual Constituição da República de Moçambique (CRM) de 2004 reafirma com pequenas alterações no seu texto, a Saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado em garanti-lo:

*"Art. 89 - Todos os cidadãos têm direito a cuidados médicos e de saúde, nos termos da lei, e têm o dever de promover e proteger a saúde pública"*

Entretanto, essa garantia constitucional não se limita a promoção, proteção e reabilitação da saúde dos cidadãos, devendo abarcar a regulamentação, fiscalização e controle. Certamente que a determinação do poder constituinte originário em situar o Direito a Saúde no rol dos direitos fundamentais exige uma precisa compreensão do seu sentido e alcance, sob pena de a Constituição se tornar letra morta sem qualquer eficácia.

Por isso, no âmbito da concretização ou implementação do Direito à Saúde, urge a necessidade do Estado atuar para além das políticas públicas de saúde que se encontram previstos em diversos instrumentos ou programas de saúde do Estado versando sobre a expansão, estruturação e modernização da rede de atenção do sistema nacional de saúde.

Atualmente, com o avanço tecnológico na arena da medicina, predominam muitos recursos tecnológicos para a intervenção na saúde e na vida humana, o acesso a esses serviços e recursos e visto como instrumento indispensável para a melhorar a saúde e a vida dos cidadãos. Uma vez que esses recursos tecnológicos oferecem alternativas para prevenir e superar doenças.

De acordo com o professor Júlio Cesar de Sá Rocha,

*"O Direito a Saúde pode ser compreendido sob diferente óticas, dependendo da titularidade e da divisibilidade do bem titulado. Não há como questionar, por exemplo, a existência de um direito individual a saúde, enquanto um direito restrito a incolumidade ou segurança individual."*

Nesse sentido, salienta-se a necessidade do poder público compreender que a saúde pública é dinâmica e não um produto acabado, e que o sistema de saúde precisa de uma agenda inovadora que priorize o uso das tecnologias de saúde, inclusas tecnologias para tratamento de doenças mais complexas e de alto custo, geração de conhecimento e estruturas produtivas para o setor, com investimento em recursos humanos e adequação a novos modelos de organização social, considerando parceria de gestão entre o poder público e entidades filantrópicas, privadas e sem fins lucrativos. Por sua vez essas medidas devem estar vinculadas à estratégia nacional de desenvolvimento.

Como assevera O'Langhlin (2012), *"a saúde das pessoas e a sua qualificação constituem um pré-requisito para o desenvolvimento"*. O subdesenvolvimento é responsável em grande medida pela proliferação de doenças que afetam a população, por isso, urge, a necessidade de promover o desenvolvimento, distribuição equitativa da renda com objetivo de atenuar desigualdades sociais, promovendo o bem-estar aos cidadãos.

No caso de Moçambique é preciso que, além da atuação do Estado, se verifiquem as significativas transformações sociais e culturais, visto que muitas doenças que afetam a população são de fácil solução, na medida em que estão ligadas a questões básicas de higiene individual e coletiva. Esse quadro de doenças superáveis é provocado sobretudo pela falta de infraestrutura, saneamento, educação, alimentação deficitária, trabalho, acesso a água potável, habitações inadequadas, dentre outras demandas sociais.

Verifica-se, portanto, que a falta de concretização dos direitos fundamentais no geral suscita um grande problema na emancipação dos serviços de saúde. De acordo com Scliar (2007):

*"a situação de saúde de um povo é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos, pela conjuntura social, econômica, política e cultural de um determinado país"*.



A estrutura política administrativa do Serviço Nacional de Saúde - (SNS) de Moçambique tem como objetivo proporcionar serviços de saúde a população. Contudo, sua capacidade é obstaculizada pela falta de planejamento, infraestruturas hospitalares e ausência de recursos financeiros e humanos para implementar os programas.

O Direito à Saúde está previsto em vários instrumentos de caráter internacional nos quais Moçambique é signatário com destaque para a Declaração Universal de Direitos Humanos, Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos e a Declaração de Abuja.

Desse modo, Moçambique reconhece o Direito a Saúde como sendo um direito humano fundamental a preservação da vida e da dignidade humana, uma vez que estipulado no Capítulo V do Título IV da CRM 2004, referente aos Direitos, Deveres e Liberdades. Por isso, podemos afirmar que há uma absoluta concordância entre o direito vigente e as normas de direito internacional sobre esta temática.

Apesar dessa afinidade, a efetivação do Direito à Saúde tem sido limitada, uma vez que o SNS, não consegue oferecer acesso e cobertura universal aos serviços de saúde equânime em todo território nacional, criando deste modo, vários problemas de saúde pública.

Da leitura ao texto constitucional é possível destacar que a concretização do Direito à Saúde se efetivará através de implementação de políticas públicas de saúde. No campo prático a administração pública não outorga a saúde à população, mas sim cria estruturas adequadas ou condições materiais para o exercício desse direito fundamental.

Nesse sentido, a função do Direito à Saúde na sociedade consiste em proporcionar o bem-estar aos cidadãos, promover, proteger e reabilitar a saúde, e motivar o desenvolvimento econômico e social. Entretanto, para se alcançar altos índices de saúde é mister incentivar a participação comunitária como mecanismo para adoção de programas adequados e que vão de acordo com as reais dificuldades da sociedade.

A participação comunitária é de extrema importância para se conseguir êxito no sistema de saúde, uma vez que a população passa a sentir-se ela própria como parte do processo. O sistema de saúde tem a obrigação de centralizar as suas atividades nas pessoas (indivíduos e famílias). Segundo Uche Amazigo (2014), em África cada vez mais se reconhece o papel das comunidades no planejamento e execução de políticas públicas de saúde.

O envolvimento das comunidades na criação de políticas públicas de saúde, sem dúvida, constitui um novo paradigma para o melhoramento dos serviços de saúde numa sociedade que se debate com vários problemas de índole étnica, religioso e cultural com impacto direto na utilização na utilização dos hospitais convencionais.

A CRM 2004 assimila e estimula essa participação comunitária, uma vez que determina no seu artigo 118, participação da Autoridade Tradicional nas políticas públicas econômicas, sociais e culturais:

*“Art 118 – Autoridade Tradicional*

*1. O Estado reconhecerá e estimará a autoridade tradicional que é legítima de acordo com o povo e com o direito consuetudinário.*

*2. O Estado definirá a relação entre a autoridade tradicional e outras instituições e o papel que a autoridade tradicional deve desempenhar nos assuntos econômicos, sociais e culturais do país, de acordo com a lei.”*

Nessa perspectiva, compreende-se que o Direito à Saúde pode ser concretizado sobre duas vertentes: na primeira corresponde aos programas sociais e econômicos que são políticas que visam concretizar os direitos sociais, reduzindo os níveis de pobreza absoluta, índices de desigualdades sociais, melhorar o acesso equitativo aos recursos aos cidadãos e a melhoria de qualidade de vida; na segunda o Estado tem o dever de adotar políticas públicas específicas para o setor da saúde, com vista a promover, proteger, curar e combater as doenças que assolam a sociedade, notadamente: a construção de hospitais, apetrechamento das unidades sanitárias e implantação de um sistema de saneamento e acesso a saúde básica.

O Direito à Saúde se insere nos chamados direitos de titularidade difusa que compreendem a ideia segundo a qual os direitos fundamentais não se restringem a proteção de esferas individuais, mas também na proteção da coletividade. Assim sendo o Direito à Saúde conforme já pontuado está associado a dignidade da pessoa humana, e está umbilicalmente ligado ao direito a vida. Por ser um direito fundamental, portanto, consiste num direito intransferível, imprescritível, irrenunciável e inalienável o que evidencia a sua extrema importância para o exercício dos demais direitos.

Recorde-se José Cretella Júnior (1997, p 4.331) quando assevera que:

*“[...] nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos com o interesse individual e o interesse social, como o direito a saúde, ou seja, do bem-estar físico que provem da perfeita harmonia de todos os elementos que o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo a saúde é o pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também*

*representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.”*

No entanto, apesar de o Direito à Saúde estar previsto na CRM 2004 o poder público está longe de assegurar a plenitude de acesso universal, integrante, igualitário e equitativo dos serviços de saúde aos cidadãos. Concretamente, o SNS, demonstra não ter capacidade econômica, nem recursos humanos e institucionais para assegurar a concretização do direito a assistência médica aos cidadãos, especialmente na zona rural onde reside a maioria da população.

Após mais de quatro décadas de tentativa de universalização do Direito à Saúde, processo em curso desde a promulgação da constituição de 1975, persistem muitas incertezas e desafios sobre a forma como o poder público trata a temática relativa ao Direito à Saúde. Por isso, o debate sobre a garantia da efetividade do Direito à Saúde e políticas públicas de saúde não se encontra esgotado na sociedade moçambicana.

## **5 Políticas Públicas como Instrumento para efetivação do Direito à Saúde em Moçambique**

Em qualquer Estado de Direito Democrático as tarefas do Estado estão divididas entre o poder Executivo, Legislativo e Judiciário. Esses poderes atuam em sistema de harmonia e interdependência com objetivo de satisfazer as necessidades do povo.

O Estado persegue o respeito pela dignidade da pessoa humana. Desse modo, a administração pública liderada pelos governantes políticos torna-se a provedora do bem-estar social, assegurando a efetivação dos direitos sociais. Nessa função, o Poder Executivo toma a dianteira na criação, promoção, implementação e execução de políticas públicas em estrita sintonia e obediência aos ditames estabelecidos pelo Poder Legislativo no panorama constitucional e infraconstitucional (Cruz, 2014, p 265).

A Constituição moçambicana estabelece no seu texto as áreas prioritárias do Estado com destaque para o acesso a saúde, educação, proteção ao meio ambiente, livre iniciativa privada e desenvolvimento do país. Entretanto, a conquista dessas prioridades está adstrita a criação, implementação e execução de determinadas políticas públicas.

A expressão - Políticas Públicas – revela atualmente uma categoria polissêmica, que vem ganhando espaço na arena acadêmica, principalmente no espaço jurídico. O uso do termo costuma ter seu início e desenvolvimento atribuído ao ramo da ciência política, onde se

encontram alguns percussores como os autores estadunidenses H. Laswell, H. Simon, C. Lindlom e D. Easton.

A doutrina jurídica atual tem se debruçado sobre a sua importância na efetivação dos direitos sociais, contribuindo para que o Direito deixe de figurar apenas no plano formal. Nesse objetivo, a realização de políticas públicas desempenha papel central justamente nessa busca pela materialização dos direitos sociais.

No âmbito jurídico, as políticas públicas devem ser vistas como categorias normativas, vinculantes e com função de criar mecanismos institucionais para satisfazer as necessidades dos cidadãos. Por conseguinte, são atividades que devem ser executadas pela administração pública de forma direta ou indireta com a participação dos agentes públicos ou privados com fundamento na garantia de efetivação dos direitos fundamentais dos cidadãos.

Isso equivale a dizer que compete ao Estado promover políticas públicas, através das ações governamentais e por agentes por si escolhidos, e coordenar programas e ações com finalidade de satisfazer as necessidades básicas e fundamentais da população.

Como assevera Regis Fernandes de Oliveira (2006, p 251) políticas públicas são providências para que os direitos sejam efetivados, e têm como objetivo tirar do papel as previsões normativas e transformar em utilidade aos governados.

Conforme José dos Santos Carvalho Filho (2008, p 377), políticas públicas são:

*"diretrizes, estratégias, prioridades e ações que constituem as metas perseguidas pelos órgãos públicos, em resposta às demandas políticas, sociais e econômicas com objetivo de atender aos anseios e necessidades oriundos da coletividade".*

Na mesma linha de pensamento, Eloísa Höfling (2001, p 31) assevera que políticas públicas podem ser entendidas como:

*"Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas. As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais."*

Por conseguinte, políticas públicas referem-se a normas ou diretrizes que têm por finalidade orientar o Estado na prossecução das atividades de interesse público. Em verdade, são instrumentos do Estado que visam implementar a concretização os direitos. Por isso, o governo tem a obrigação de traçar, orientar e executar políticas públicas tendentes a efetivar os direitos fundamentais, promover o desenvolvimento social e conseqüentemente melhorar a vida das pessoas. Tendo por base as suas capacidades financeiras ou econômicas.

O Estado não pode se eximir da responsabilidade de progressivamente e dentro das suas possibilidades sócio-econômicas criar condições para os efetivar os direitos através de criação de programas, estratégias e ações de implementação de políticas públicas.

Nesse mesmo sentido Gadelha e Temporão (2018, p 1896) afirmam:

*“De um lado, o poder de compra e as políticas estatais orientadas por missão constituem a principal força por trás de processos mais substantivos e arriscados de transformação produtiva. De outro lado, o papel estratégico desse instrumento de intervenção pública se relaciona ao próprio vínculo defendido entre as dimensões econômicas e as sociais do desenvolvimento.”*

Essas atividades governamentais que têm a finalidade da efetivação do Direito à Saúde são denominadas de políticas públicas de saúde. No entendimento de Pilau Sobrinho (2010) Políticas públicas de saúde são procedimentos e diretrizes adotados pela administração pública com finalidade de efetivar o direito social a saúde, para isso é necessário a promoção e proteção da saúde dos cidadãos através de utilização no sistema nacional de saúde de novas tecnologias e procedimentos médicos com finalidade de garantir o bem-estar. A execução e implemento de políticas públicas de saúde constitui dever do Estado como mecanismo para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde aos cidadãos.

A extrema relevância do Direito à Saúde para o exercício dos demais direitos fundamentais, impede o Estado de limitar ou negar aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde, isto é, o Estado tem a obrigatoriedade e responsabilidade constitucional de garantir de forma plena a concretização do Direito à Saúde através de desenvolvimento e implemento de políticas públicas de saúde que sejam capazes de prevenir, tratar e controlar doenças com o objetivo de melhorar a saúde individual e pública dos cidadãos.

Em âmbito internacional, o conceito de políticas públicas de saúde incentiva a criação de estratégias, diretrizes e procedimentos que contribuam para o melhoramento de acesso

assistência médica a população, a exemplo do que está disposto pela OMS desde a Declaração de Alma Ata de 1978 sobre cuidados primários de saúde, quando Moçambique já tinha se tornado um país independente.

Portanto, o Direito à Saúde em Moçambique somente pode se tornar realmente direito de todos mediante políticas públicas de saúde, e quando desencadeadas e implementadas com base em critérios de universalidade, igualdade e equidade, tendo em conta a participação de toda sociedade.

Políticas públicas de saúde visam abarcar a todos e com objetivos de atingir resultados previamente acordados, como a redução e eliminação de enfermidades. Não se pode falar de políticas públicas de saúde que sejam excludentes e que não contemplem no seu cronograma aspetos sobre a necessidade de intervir de forma plena e abrangente na proteção da saúde individual e coletiva dos cidadãos.

Existe em Moçambique a necessidade de implementação de reformas político-administrativas para melhorar o acesso aos serviços públicos de saúde com finalidade de atingir altos índices de cuidados de saúde hospitalares. Urge ainda a adequação dos serviços de saúde segundo as necessidades dos doentes para aproximar a população das unidades sanitárias, criar mecanismos de acesso incondicional aos medicamentos, modernizar os hospitais, melhorar o gerenciamento e a capacidade de coordenação, alocação e descentralização dos recursos da saúde para os níveis provinciais, municipais e distritais.

Todos esses fatos exigem, sem dúvida, um aumento de investimento e financiamento no setor da saúde tendo em conta os pressupostos e recomendações da Declaração de Abuja de 2001 da União Africana, que determina a aplicação em saúde de pelo menos 15% dos orçamentos nacionais de países africanos. No entanto, conforme site <<https://apolitical.com>>, até 2021, somente Ruanda, África do Sul, Botswana, Burkina Faso, Etiópia, Gâmbia, Malawi, Níger, Togo e Zâmbia tinham alcançado a meta e que, em verdade, a maioria dos países africanos tinham reduzido o percentual orçamentário destinado à saúde desde 2001.

## **6 O Financiamento do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique**

Em Moçambique o SNS é em grande medida financiada pelo Orçamento Geral do Estado, pelo fundo externo dos doadores constituídos por acordos bilaterais, multilaterais, fundo global e bancos de desenvolvimento.

Outros financiamentos provêm das Organizações não Governamentais com destaque para USAID, PROSAÚDE e a Save Children com trabalhos importantes no país principalmente nas áreas de saúde, alimentação e educação, e alguns programas que apoiam diretamente o SNS

com doações de vários tipos de materiais médicos como equipamentos hospitalares, cirúrgicos e medicamentos.

A despesa total per capita de saúde em Moçambique é de 42 milhões de dólares, muito longe do ideal recomendado pela (OMS), que é de 60 milhões de dólares. Um dos grandes problemas do sistema nacional de saúde é, portanto, o sub-financiamento. O gasto per capita do país é menor do que na maior parte das outras nações em desenvolvimento. De forma geral esse fator explica os problemas de eficiência na gestão da saúde pública.

De forma geral, o Estado moçambicano tem investido muito pouco em termos orçamentários para a concretização do Direito à Saúde, uma vez que desde o ano 2013 a OMS assume que 6,2% do PIB foi gasto na saúde.

Investimento muito abaixo da média da região sul de África, ficando atrás de países como Zimbabué e Zâmbia. Por isso, a (OMS), coloca o país como sendo um dos que menos gasta com saúde na região Austral de África. Ademais, o último relatório do mecanismo de revisão periódica universal da ONU, confirmou o que já se esperava, o acesso aos serviços de saúde aos cidadãos em Moçambique é limitado e não abrangente fazendo com que apenas 36% da população tenham acesso aos serviços de saúde.

A falta de financiamento do sistema nacional de saúde tem afetado em grande medida o objetivo do Estado em expandir e disponibilizar o acesso aos serviços de saúde a toda a população. Por isso, a expansão é mais lenta e não se equiparada ao crescimento populacional, a estimativa atual resulta em 16.739 habitantes por instalação, (MISAU, 2016).

O sub-financiamento da saúde compromete o Plano de Ação de Redução da Pobreza Absoluta<sup>1</sup> (PARPA) e outros indicadores de desenvolvimento. Em virtude disso, é imprescindível que Moçambique se engaje com o desafio de alcançar a meta imposta pela declaração de Abuja de alocar 15% das despesas do governo a saúde.

A facilitação do acesso aos serviços de saúde é uma das prioridades do plano de desenvolvimento económico e social que tem como objetivo a redução da pobreza através da provisão do acesso universal aos cuidados de saúde, fortalecimento do indivíduo e das comunidades, bem como pela promoção da advocacia sobre a saúde, que vem sendo atualizado ao longo dos anos e os resultados alcançados não são públicos.

---

<sup>1</sup> O PARPA é um instrumento de políticas e ações que são revistas e aperfeiçoadas periodicamente, e envolve um processo permanente de consultas. Este plano tem como finalidade a redução substancial dos níveis de pobreza absoluta em Moçambique através de adoção de medidas que visam melhorar capacidades e oportunidades para todos os moçambicanos, e em particular aos mais necessitados.

Além disso, o país se encontra atrasado no que se refere a implementação de tecnologias medicas apropriadas no sistema nacional de saúde. Por isso, a solução tem sido recorrer aos hospitais sul africanos.

O Estado moçambicano gasta muito dinheiro com essa política de recorrer ao mercado externo. Entretanto, sabe-se que a maioria das pessoas pertencentes a classe média e alta moçambicana incluindo os dirigentes do país quando adoecem recorrem aos hospitais da vizinha África do Sul.

Por sua vez, subsiste a cobrança de taxas diretas como condição para aceder aos serviços de saúde, embora o discurso oficial afirmar que o acesso aos serviços de saúde é gratuito no país. Observa-se como de domínio público a informação de que os hospitais cobram taxas formais e informais mesmo que simbólicas para que a população aceda aos serviços públicos de saúde.

A cobrança dessas taxas aos usuários no SNS é feita em todos níveis e assumem muitas formas, notadamente: taxas para consultas medicas em ambulatório, pagamento de procedimento, medicamentos e testes laboratoriais. A obrigatoriedade de pagamento de taxas pode resultar em constrangimento ou mesmo empobrecimento para aqueles que decidem pagar pelos serviços que deveriam ser gratuitos.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde da OMS sobre o financiamento dos sistemas de saúde caminho para a cobertura universal, os sistemas de saúde que exigem pagamentos diretos quando as pessoas necessitam de cuidados de saúde impedem o acesso aos serviços e causam dificuldades financeiras a milhões de pessoas. Na opinião da Margaret Chan antiga diretora geral da OMS a obrigatoriedade de pagamento prévia de taxas de utilização dos sistemas de saúde "*punem os mais pobres*".

Por tudo isso, constata-se que o Estado moçambicano está longe assegurar a cobertura universal, igualitária de acesso aos serviços de saúde aos cidadãos.

## **7 Considerações Finais**

Diante desse panorama, podemos afirmar que o Sistema Nacional de Saúde - SNS de Moçambique funciona de modo ineficiente e insatisfatório. Disso se deduz que, apesar de existirem vários programas ou instrumentos governamentais que tratam sobre a questão da concretização do Direito à Saúde os resultados sobre a universalização, igualdade e equidade do sistema em todo território nacional não são nada animadores.

Para que o sistema nacional seja fortalecido, e efetivamente funcione, urge a priorização no orçamento do estado e busca constante de novos financiamentos. Somente deste modo,



poderá o país cumprir com as obrigações internacionais e regionais de universalização do sistema de saúde a curto, médio e prazo.

Por sua vez, observa-se que essa situação está fundamentada na ineficiência ou inexistência de políticas públicas eficazes com finalidade de prestar serviços de saúde a toda população. Este sistema convive também com problemas sérios de transparência, uma vez que muitas das vezes não são tornados públicos os resultados obtidos em um determinado período de implemento de políticas públicas de saúde, a temos exemplo do plano nacional de saúde referente aos anos 2018-2020 cujos resultados ainda não foram tornados públicos.

Nessa situação, entendemos que existe a necessidade de se estabelecer uma visão prospectiva para o futuro que sustente o sistema para melhor servir aos interesses dos cidadãos, isto é, uma visão que deve ser baseada na compreensão do presente para melhor traçar a planejamento para o futuro. Planejar o futuro significa analisar a situação tendo em conta os fatores internos e externos de saúde que podem afetar o progresso na busca pela cobertura universal.

Nessa tarefa cabe compreender também que a sociedade é dinâmica e por isso o sistema de saúde tem de se atualizar constantemente para melhor servir a sociedade. No decorrer do tempo há necessidade de acelerar o processo de introdução e implantação de uma metodologia de execução que permita o uso de tecnologias da medicina para melhorar as diversas formas de tratamento e reabilitação da saúde dos cidadãos.

### **Referencias Bibliográficas**

AMAZIGO, Uche. The development of community directed treatment for tacking river blindness. In African Health Leaders: making change and claiming the future, edited by Francis Omaswa and Nigel Crisp, 125-143. Oxford: Oxford University Press, 2014.

Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/afrika/banjul.htm>. Acessado em: 08/07/2020.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Políticas públicas e pretensões judiciais determinativas. In: FORTINI, Cristina; ESTEVES, Júlio Cesar dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca (Org.). Políticas públicas: possibilidades e limites. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

CRETELLA JR, José. Comentários à Constituição brasileira de 1988. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1997.

CRUZ, Mariana Fordellone Rosa. o dever do estado na efetivação do direito à saúde: os papeis dos poderes executivos, legislativo e judiciário. Dissertação (mestrado de serviços de saúde pública- faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acessado em: 08/07/2020.

GADELHA, Carlos Augusto G. TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do complexo econômico-industrial da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), p 1891 – 1902. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

HANLON, Joseph. *Mozambique: the Revolution under Fire*. Zed Book, 1984.

HOWE, Herbert & Ottaway, Marina. *State power consolidation in Mozambique*. Colonial Lusophone Africa. Indiana University Press, 2002

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro/2001 p 30-41. CEDES – Centro de Estudos Educação e Sociedade. UNICAMP

<https://apolitical.co>. A Cobertura Universal de Saúde é um Sonho ou uma Realidade? Publicação: 14.12.2021. <acesso em 13.04.2023>

MENESES, Maria Paula. *Moçambique: realidades materiais, experiencias espirituais*. Coleção de identidade e interculturalidade. Coimbra editora, 2019.

MILTANO, F, et al . Direito a saúde: Incongruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. *Rev. Latino- Americana de Enfermagem*. 2016; 24:2679

MOSCA, João. *Evolução da agricultura moçambicana no período pós-independência*, departamento de economia agraria e sociologia rural. Instituto Superior de Agronomia de Lisboa, 1996.

O' LANGHIN, O, et al. *O desafio de saúde rural. Desafios para Moçambique*. Maputo: IES, 2012.

OLIVEIRA, Regis Fernandes de. *Curso de Direito Financeiro*. São Paulo: RT, 2006.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3omundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-saude-omswho.html>. Acesso em 04.07.2020

Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acessado em: 08/07/2020.

PEREIRA, Leonardo Fadul. *Igualdade formal e segurança jurídica nas decisões judiciais e ações coletivas para fornecimento de medicamentos: um estudo de casos da seção judiciaria federal do estado do Pará*. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em direito, políticas públicas e desenvolvimento regional do centro universitário do Pará- CESUPA. Belém: 2014.

PILAU SOBRINHO, Litos Lanes. *Direito a saúde: uma perspectiva constitucionalista*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

Relatório Mundial da Saúde. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/198176>. Acessado em 25/11/2020.

ROCHA, Júlio Cesar de Sa. Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SANTOS, Boaventura Sousa; TRINDADE, João Carlos. Conflito e transformação social: uma paisagem das justiças em Moçambique. II volume. Edições Afrontamento, 2003.

SCLIAR, Marcy. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V.1., 17, 2007. Ed: IMS/UERJ