



## A desigualdade entre países do Sul-Sul com relação ao direito à saúde

Inequality between South-South Countries with regard to the Right to Health



### Autores

**Domingos Pedro Zina Faz-Ver**

Universidade Católica de Moçambique

E-mail: [dfazver@ucm.ac.mz](mailto:dfazver@ucm.ac.mz)

**Caroline Filla Rosaneli**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

E-mail: [caroline.rosaneli@gmail.com](mailto:caroline.rosaneli@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-3710-5829>



## Resumo

A desigualdade entre países demonstra a fragilidade que a humanidade vivencia em defesa aos direitos humanos. Este texto tem o objetivo de fazer uma análise reflexiva sobre o acesso à saúde em países do sul global, especificamente uma breve análise do Brasil e Moçambique. O texto procura ponderar sobre as populações mais vulneráveis destes dois países, baseando a discussão sobre a proteção dos direitos dos povos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos, e também como referência na defesa do Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Ambos países necessitam produzir padrões mais favoráveis a equidade em saúde, considerando que vidas humanas precisam ser poupadas por ações éticas e urgentes.



## Abstract

*Inequality between countries demonstrates the fragile nature of the defence of human rights. This text seeks to reflect on access to health in countries of the Global South, specifically a brief analysis of Brazil and Mozambique. It explores the most vulnerable populations in these two countries, based on the statement on protecting peoples' rights in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, and also as a reference to the Sustainable Development Goals. Both countries must produce standards that promote equity in health, considering that ethical and urgent actions must be taken to spare human lives.*



## Key words

Desigualdade; acesso a saúde; saúde pública.

*Inequality; access to health; public health.*



## Fechas

Recibido: 15/04/2020. Aceptado: 28/08/2020



## 1. Introdução

A convicção que está por de trás das convenções internacionais que visam garantir o direito e a dignidade humanas enquadram-se na perspectiva de tomada de consciência sobre a injustificada realidade que apoquentá parte da humanidade, cujos direitos e dignidade ainda são restritos

A questão da desigualdade é recorrente e amplamente discutida desde que a humanidade se constituiu e organizou-se em e por grupos sociais coabitando o mesmo espaço. São várias as justificativas em torno deste fenômeno entre os humanos. Porém, qualquer justificativa apresentada em torno dela, sobretudo quando viola a dignidade humana, não pode ser justificável. A convicção que está por de trás das convenções internacionais que visam garantir o direito e a dignidade humanas enquadram-se na perspectiva de tomada de consciência sobre a injustificada realidade que apoquentá parte da humanidade, cujos direitos e dignidade ainda são restritos. Dada a diversidade de âmbitos sobre os quais a desigualdade se faz sentir, o presente texto pretende se orientar numa análise reflexiva sobre a questão da desigualdade que se verifica na esfera do direito à saúde como elemento fundamental para o bem-estar pessoal e social das pessoas dentro da sociedade. Esta reflexão tem como horizonte a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, buscando na literatura e em documentos de domínio público nos sites oficiais dos dois países, informações como o objetivo de compreender e refletir sobre as iniquidades em saúde entre grupos ou indivíduos que são afetados pelas desigualdades de formas sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias.

Relativamente a terminologia Sul-Sul, há uma compressão sobre o termo norte global geopoliticamente representado pelo ocidente, o centro do mundo, cuja localização da maioria dos países coincide no hemisfério norte, e sul global, as regiões que geopoliticamente que estão na periferia do mundo, portanto não ocidentais, em desenvolvimento, que na sua maioria se encontram no hemisfério sul (Cunha & Lorenzo, 2014). Neste sentido, ao nos versarmos sobre a desigualdade dos países do Sul-Sul queremos dar a entender que se trata das desigualdades que acontecem em países em via de desenvolvimento.

Brasil e Moçambique são países geopoliticamente do sul global. Embora a trajetória de um país e de outro seja diferente, certos estudiosos apontam certas convergências e divergência em torno da desigualdade no usufruto dos direitos à saúde enquanto um direito fundamental (Esteves, Gomes, & Fonseca, 2016). Relativamente ao cumprimento do plasmado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), assim como a efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), entre os dois países nasceu uma relação de cooperação. Tal cooperação por um lado visa não só de transferência de experiências exitosas em matéria de saúde entre os dois países, como também confere ao governo brasileiro um posicionamento internacional em relação ao campo da saúde global (Esteves, Gomes, & Fonseca, 2016).

Não obstante as experiências exitosas no quadro de garantia dos direitos e da dignidade da pessoa, plasmado nos documentos supracitados para o caso da Brasil e



para o caso de Moçambique, há diferentes experiências providas das diversas formas de cooperação Sul-Sul. Já Norte-Sul ainda é notória e flagrante a violação dos direitos elementares as populações principalmente nas regiões rurais. Face a flagrante violação dos elementares direitos que não dignificam a pessoa em pleno século XXI, nos questionamos porque a desigualdade entre países Sul-Sul viola constantemente os direitos humanos ferindo a dignidade das populações? Para tanto, é feita uma análise reflexiva a seguir.

## 2. O desafio na dinâmica da redução da desigualdade e o alcance da cobertura universal de saúde em países de Sul-Sul: caso de Brasil e Moçambique

No contexto da desigualdade quanto ao acesso à saúde trazemos presente a experiência do Brasil, um país do sul global, cuja experiência no processo de efetivação do direito à saúde, para dar conta as prerrogativas previstas tanto na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos (DUBDH), como nos ODS, já leva um considerável tempo, como atestam Paes-Sousa, Chavane, & Coelho (2019).

O sistema de saúde brasileiro foi criado em 1930 e, a partir de 1988, a saúde foi considerada um direito universal de todos os cidadãos, observando os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade dos serviços em saúde. As três esferas do governo (federal, estadual e municipal) estão envolvidas com a implementação do Sistema Único de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde a definição das diretrizes da política de saúde e aos estados e municípios a implementação e coordenação dos serviços de atenção, prevenção e promoção da saúde, bem como a distribuição dos medicamentos (pp. 293-294)

Se percebe que grande parte dos que mais se beneficiam do Sistema Único de Saúde são os que estão nas cidades de grande porte, em detrimento daqueles que estão nas pequenas cidades ou áreas rurais

No entanto, uma avaliação feita pelos autores constatam que embora tenha havido avanços em termos de cobertura universal de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) devido a articulação entre o setor privado e público, se percebe que grande parte dos que mais se beneficiam são os que estão nas cidades de grande porte, em detrimento daqueles que estão nas pequenas cidades ou áreas rurais.

A população brasileira em 2020 ultrapassa 211 milhões de habitantes (IBGE, 2020). A média da população atendida pelo SUS é acima de 80% para serviços de atenção em diversos níveis de complexidades. Para Paim (2018) um balanço de trinta anos do SUS, ocorrido em 2018, destaca-se avanços na atenção primária à saúde; na assistência farmacêutica; no programa de imunizações; nos sistemas de vigilância em saúde e vigilância sanitária; os programas de transplantes e de hemoderivados; e nas políticas de combate ao tabagismo e HIV/Aids. Porém, desafios importantes como um modelo ainda fortemente centrado na atenção hospitalar; subfi-



nanciamento e problemas de eficiência; déficits de qualidade do atendimento, da segurança dos procedimentos, do controle de vetores e problemas na infraestrutura dos serviços são destacados pelo pesquisador.

Em 2017, os usuários do SUS tinham acesso a 5.455 hospitais públicos ou privados, segundo o Ministério da Saúde (2017). Destes, 34,5% estavam concentrados em cidades de grande porte (mais de 500 mil habitantes), enquanto 15,6% estavam em cidades pequenas (menos de 20 mil habitantes). Hospitais de pequeno porte (com menos de cinquenta leitos) eram o tipo majoritário, representando 58% do total dos hospitais privados (Paes-Sousa, Chavane, & Coelho, 2019; Federação Brasileira de Hospitais, 2018). Em atenção aos desafios apresentados percebe-se uma situação sintomática tendente a manter a desigualdade e conseqüentemente atropelando assim, os elementares direitos que dignificam a pessoa, principalmente as populações das regiões rurais. No Brasil, a população rural é maior que 30 milhões de brasileiros (IBGE, 2010).

Nessa perspectiva, todo o esforço consagrado no sentido de promover a equidade bem como a redução da desigualdade acabam tendo pouco eco no âmbito do discurso em prol da efetivação das prerrogativas emanadas na DUBDH, bem como no Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Depois de apresentarmos brevemente sobre a situação brasileira com respeito ao panorama geral sobre a saúde,

embora enormes avanços estão sendo logrados, voltamos para a realidade moçambicana.

Uma vez chegada à unidade sanitária não há garantias de acesso aos serviços básico de saúde com qualidade, devido a superlotação do equipamento sanitário e a fadiga dos agentes de saúde

Moçambique faz parte dos países mais pobres do mundo, conforme o índice de desenvolvimento humano. O acesso aos cuidados de saúde é tido como muito baixo. Além da malária, HIV-Sida, tuberculose e diarreias que são doenças de natureza endêmica e, portanto, desafiadoras para a saúde pública em geral, tanto na região urbana, quanto na região rural. Mais concretamente na região rural, o problema de acesso aos cuidados de saúde torna-se muito mais difíceis ainda. Dados disponibilizados através dos documentos produzidos pelo setor

da saúde, bem como organizações não-governamentais, apontam que o país tem uma população estimada em mais 24 milhões de habitantes, distribuídos em quase 1/3 na zona urbana e 2/3 na zona rural (INE, 2012). Presume-se que 50% da população vive a uma distância mais de 20 Km de uma unidade sanitária mais próxima, e 62,4% vivem sem acesso aos cuidados de saúde. As populações das zonas urbanas, relativamente as das zonas rurais, conseguem aceder a uma unidade sanitária mais próxima caminhando a pé em torno de 45 minutos. Mas, na zona rural a situação é pior ainda. A distância que separa uma unidade sanitária da outra é maior que uma caminhada de 45 minutos. Além disso, não existe transporte público nestas regiões do interior do país e, portanto, são percorridas a pé. Uma vez chegada à unidade sanitária não há garantias de acesso aos serviços básico de saúde com qualidade, devido a superlotação do equipamento sanitário e não só, como também a fadiga dos agentes de saúde em virtude da grande demanda dos pacientes. Aliado a isso, há falta de recursos técnicos e humanos para fazer face ao diagnóstico e o devido encaminhamento dos pacientes conforme o caso.



Como tem sido delineadas as políticas públicas rumo ao alcance dos ODS? Há esperanças em políticas locais, nacionais e internacionais na defesa de direitos à saúde e em defesa da vida?

Pelo exposto, denota-se que a grande maioria da população é vulnerável quanto ao acesso ao direito à saúde. Tal vulnerabilidade transcende o nível da falta de recursos humanos e técnicos para o atendimento nas unidades sanitárias, passando para o nível de uso de fármacos de duvidosa proveniência, em virtude de não apresentarem rótulos indicando os efeitos e contra efeitos dos fármacos administrados e a validade dos mesmos.

As condições acima descritas demonstram uma flagrante violação de direitos as populações das regiões rurais indo contra as recomendações emanadas no décimo artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) que advoga a “Igualdade, justiça e equidade” (UNESCO, 2005), como elementos de que devem ser garantidos por forma a proporcionar a dignidade aos seres humanos, em todos os territórios do planeta.

Na senda de redução da desigualdade no acesso ao direito à saúde rumo a cobertura universal da mesma como forma a se conformar com a DUBDH, bem como os ODS, pode-se dizer o governo de Moçambique tem envidado esforços no sentido de se conformar com as prerrogativas previstas. Mas como tem sido delineadas as políticas públicas rumo ao alcance dos ODS? Há esperanças em políticas locais, nacionais e internacionais na defesa de direitos à saúde e em defesa da vida?

### 3. A legislação e as políticas estabelecidas em relação ao direito à saúde em Moçambique

O Estado moçambicano para além de ser subscritor dos documentos que servem de base de sustentação para a nossa reflexão nomeadamente DUBDH e os ODS, também é subscritor de vários outros documentos regionais e internacionais que visam garantir os elementares direitos e dignidade da pessoa<sup>1</sup>. Foi a luz destes dispositivos que o Estado e o governo moçambicano estabeleceram em sua constituição, leis que acomodam as prerrogativas internacionais relativas aos direitos humanos, sobretudo a garantia do direito à saúde de seus cidadãos. Por isso, que ao se falar sobre o direito à saúde em Moçambique serão evocados os dispositivos previstos na constituição, relacionados com a garantia do direito à saúde por forma a perceber os desafios inerentes a sua efetivação.

No artigo de Mitano et al., (2016) sobre *Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde* a pesquisa faz uma análise sobre o direito a saúde em Moçambique com relação a legislação inerente a garantia deste direito. Os autores, de forma bastante minuciosa elencaram uma série de dispositivos de índole

1 De Acordo com Mitano, Moçambique é subscritor de mais de cinco convenções de cunho regional e internacional tais como Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos; Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial; Convenção sobre os Direitos da Criança; Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência; Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos; Carta Africana sobre o Bem-Estar da Criança (Mitano et al., 2016, p. 3).



internacional, assim como nacionais, que visam a garantia do direito a saúde bem como dos direitos humanos, trazendo um arcabouço jurídico relacionado ao direito à saúde e suas violações.

O esforço em estabelecer o direito à saúde em Moçambique só teve início quando ao alcance da independência nacional em 1975. Na altura, através do Ministério de Saúde (MISAU), foi promulgado o Decreto-lei n.º 5/75 de 19 de Agosto de 1975. Através deste dispositivo legal ocorreu a nacionalização das clínicas privadas, e o Estado assume a inteira responsabilidade de prover os serviços de saúde, com o intuito de massificar os

A maioria da população residente nas zonas rurais, onde os serviços de saúde já eram deficitários, se restringisse ainda mais ao direito e acesso à saúde

serviços para toda a população. Conforme o primeiro artigo do decreto-lei acima mencionado, todas as atividades em matéria de prevenção e tratamento da doença, assim como a preparação de quadros técnicos de saúde, são exclusivos do Estado (Matsinhe & Namburete, 2019; Mitano et al., 2016). Este instrumento embora não tenha tido uma repercussão direta no processo de estabelecimento do direito à saúde em virtude dos enormes desafios que configuravam o panorama geral do país neste âmbito, porém, constituiu um marco inicial do novo governo. Mitano et al. (2016), aponta a elevada taxa de desnutrição crônica, alta

insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade das mulheres, falta de acesso à água potável, insuficiência de saneamento básico, como alguns dos desafios mais proeminentes no período imediatamente após a independência dificultou a efetivação do direito à saúde.

De acordo com Mitano et al. (2016), o Decreto-lei n.º 5/75 de 19 de Agosto de 1975, foi motivado mais pela linha ideológica adotado pelo governo que por reais forças do Estado em prover serviços de qualidade e em quantidade a população moçambicana. Foi por essa razão que, dois anos mais tarde, através da Lei n.º 2/77, de 27 de setembro de 1977, o Estado novo propõem a criação de taxas de internamento hospitalar e possibilidade de atualização das mesmas. Esta medida, por um lado, demonstrava a incapacidade do Estado em prover todos os serviços relacionados a garantia do direito à saúde a toda a população com eficiência, por outro, tal medida limitava o acesso a população em virtude da extrema pobreza de que a maioria da população se encontrava. Acrescido a isso, a acentuada taxa de analfabetismo proporcionou a desinformação e o não pagamento das taxas fixadas (Mitano et al., 2016). Isso fez com que a maioria da população residente nas zonas rurais, onde os serviços de saúde já eram deficitários, se restringisse ainda mais ao direito e acesso à saúde.

Na sequência, em 1991, surge nova mudança pela promulgação do Decreto-lei n.º 25/91, à luz da nova Constituição da República de 1990, que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS), com a finalidade de proporcionar assistência médica e sanitária a todos os cidadãos por meio do Ministério da Saúde (MISAU). Desta feita, coube ao MISAU “promover a saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação, associando-se a formação de recursos humanos e pesquisas para seu desenvolvimento contínuo” (Mitano et al., 2016, p. 4). Assim, o MISAU através do SNS, categorizou o atendimento sanitário em níveis, sendo que o nível primário constituído por postos e centros de saúde; o nível secundário, constituído por hospitais distritais, gerais e rurais; nível ter-



ciário, composto por hospitais provinciais e, fazem parte do nível quaternário hospitais centrais e especializados.

Como o decreto-Lei n.º 25/91 de 31 de dezembro de 1991, surge num contexto de mudanças trazidas pela constituição da 1990, que advoga o início da democratização do país, esta prerrogativa abriu espaço para que o Estado reconhecesse iniciativas privadas como parceiro na efetivação de certas atividades em prol dos cidadãos, como é o caso de direito à saúde. Entretanto, o fato de o Estado reconhecer sua incapacidade de ser o único provedor de saúde por um lado, foi uma atitude politicamente correta, mas por outro lado, a atitude não foi acompanhada por uma política que mobilizasse esforços no sentido de prover através de parcerias do setor privado ou através de

O fato de o Estado reconhecer sua incapacidade de ser o único provedor de saúde por um lado, foi uma atitude politicamente correta, mas por outro lado, a atitude não foi acompanhada por uma política que mobilizasse esforços

cooperação com outras entidades por forma a suprir o *deficit* de cobertura universal de saúde, pelo contrário, como acima foi descrito as populações das regiões rurais ficaram relegando a sua sorte. Esta atitude governamental violou o direito e a dignidade humana.

De acordo com estudo, o aparecimento do SNS, bem como o decreto-lei que categorizou por níveis de atenção os cuidados de saúde, não trouxe melhorias no acesso à saúde. O estudo aponta como razões da não melhoria a questão da centralização dos recursos financeiros, a hierarquização das orientações técnicas, desde MISAU às direções provinciais e, destes as direções distritais, e a dependência de doações de entidades e organismos internacionais, sobretudo ocidentais, para a operacionalizar ações em prol do direito à saúde, visto que o bolo orçamental previsto pelo estado para a área da saúde não cobre todas as necessidades. Aliado a isso, está a iniquidade na distribuição dos valores pelos diferentes níveis de atenção aos cuidados de saúde,

Os recursos financeiros são canalizados, na maioria, para as unidades sanitárias nos níveis terciários e quaternário, em detrimento de centros de saúde, que, na maioria, encontram-se em zonas rurais e periféricas das cidades, reduzindo o acesso da população às unidades sanitárias, o que interfere no pleno direito de acesso aos serviços de saúde para a população residente distante dos centros urbanos. (Mitano et al., 2016, p. 4)

Matsinhe e Namburete (2019), demonstraram em uma pesquisa de campo que a transferência de competências dos cuidados de saúde primária para os municípios, não está sendo implementado na maior parte dos municípios de Moçambique. Os resultados da pesquisa fragilizam a tese do decreto n.º 33/2006, onde a conveniência, sem roteiros e sem metas claras, na transferência de competências para os municípios, bem como as oposições políticas, continuam a assumir uma postura de monopolização das funções e instituições do Estado, reproduzindo iniquidades, vulnerabilizando a população.

Isso demonstra a falta de articulação entre as políticas concebidas e as práticas efetivadas no dia-a-dia. Da mesma forma denota a desigualdade na distribuição dos re-



cursos relegando as comunidades das áreas rurais, na situação de vulnerabilidade. De acordo com as estatísticas o nível de vulnerabilidade das populações é cada vez mais grave na medida em que não só se verifica no âmbito da saúde, mas também na educação, saneamento e infraestruturas (INE, 2019).

O artigo décimo quarto da (DUBDH) advoga:

1. A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objectivo fundamental dos governos que envolve todos os sectores da sociedade. 2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar: (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano; (b) o acesso a alimentação e água adequadas; (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam; (e) a redução da pobreza e do analfabetismo. (UNESCO, 2005)

De acordo com as estatísticas o nível de vulnerabilidade das populações é cada vez mais grave na medida em que não só se verifica no âmbito da saúde, mas também na educação, saneamento e infraestruturas (INE, 2019)

Com base nesse artigo, entendemos que seria responsabilidade do governo e do Estado garantir o usufruto dos elementares direitos aos seus cidadãos, de uma forma equitativa entre as regiões urbanas e as zonas rurais, pois tais direitos estão plasmados na constituição, a qual julgamos ser o reflexo da subscrição das orientações emanadas nos documentos de índole internacional, dos quais o governo e Estado moçambicano é subscritor.

Nesse sentido, concordamos com Mitano et al., (2016) ao referir que em Moçambique existem lacunas entre a teoria e a prática na consolidação do direito à saúde.

O direito à saúde, embora dependa de legislações específicas que assegurem direitos e deveres, requer esforços mútuos para sua operacionalização. Neste contexto, enfatiza-se a importância da disponibilidade, que envolve a construção de infraestruturas e existência de serviços de atenção à saúde em quantidade suficiente para toda população; acessibilidade, que implica em serviços e atenção à saúde disponíveis para toda população, sem discriminação; acessibilidade física, em que as unidades sanitárias estejam ao alcance de todos, envolvendo a redução de distâncias e meios de transportes capazes de satisfazer as necessidades dos usuários e maior atenção às pessoas mais vulneráveis nas comunidades; e acessibilidade económica, que implica no reconhecimento das dificuldades de acesso ao trabalho e maior equidade nos pagamentos que, caso permaneçam, devem ser o mais acessível possível para todos; o acesso da população à informação sem discriminação, bem como, o dever dos profissionais de saúde em respeitar a ética



médica e reconhecer as questões culturais presentes nos contextos onde trabalham, podem constituir entrave no atendimento. (Mitano et al., 2016, p. 5)

A realidade demonstra os esforços envidados pelo Governo principalmente quanto ao acesso à saúde, embora se diga conforme regem os princípios gerais da DUBDH (UNESCO, 2005), seja de forma gradual, acontece que tal processo está calcado sobre um desigualdade geopolítica no sentido área urbana e área rural, da capital às províncias, bem como na falta de clareza do processo de descentralização e descontração de poderes na mesma proporção.

#### 4. Considerações finais

Segundo o Banco Mundial, por ano, cerca de 11 milhões de africanos retornam a situações de pobreza devido as despesas de saúde elevadas, que são pagas com recursos dos próprios indivíduos. Esta realidade está longe de alcançar os ODS, em equiparar as desigualdes sociais, violando os direitos humanos, ferindo a existência e a vida (ONU, 2016).

Granjo (2009) e Sequeira (2016) apontaram as fragilidades que Moçambique encontra em não incorporar práticas curativas ao cuidados em saúde, não equacionando a dignidade e eficácia dos saberes e das relações sociais estabelecidas entre pares, os seus antepassados e a natureza. Este feito, significaria avanços ao acesso de políticas públicas e culturais, possibilitando acessos em territórios distantes e frágeis de existências de equipamentos de saúde.

Segundo o Banco Mundial, por ano, cerca de 11 milhões de africanos retornam a situações de pobreza devido as despesas de saúde elevadas, que são pagas com recursos dos próprios indivíduos

Entendendo a desigualdade geopolítica baseado em zonas urbanas em detrimento das zonas rurais o acesso à saúde é em sua grande maioria da população moçambicana, vulnerável. No Brasil, populações rurais também estão expostas aos mesmos enfrentamentos. O sistema de saúde pode ter sido melhor implementado, mas as populações vulneráveis estão por todo mundo, desassistidas porque o sistema capital é utilitarista.

Relativamente a desigualdade em termos geopolíticos entre a capital moçambicana e as províncias ocorre numa proporção semelhante. A região sul, com a cidade de Maputo era desde da época colonial uma referência em virtude de ser um dos principais centros de incursão militar para as chamadas “campanhas de pacificação” bem como de contração de maior parte da população colona. Essa referência conferiu a região, a cidade de privilégios sociais em termos gerais, e particularmente, com relação ao acesso à saúde, como não aconteceu em outras regiões nomeadamente centro e norte de Moçambique. Sublinhe-se que tais benefícios na época estavam mais voltados para a população colona, que para os nativos (Gulube, 1997). Após a proclamação da independência, o novo governo de Moçambique independente herdou uma herança de desigualdade já implantada verificada em vários âmbitos, com destaque na esfera dos direitos ao acesso à saúde.



Para Waisbich, Shankland, Bloom e Coelho (2019), há lutas políticas ao longo do tempo para criar melhores sistemas e maneiras pelas quais fatores políticos entre Brasil e Moçambique interagiram para produzir padrões mais favoráveis a equidade em saúde. Os autores ressaltam que o poder, a responsabilidade e a política desempenharam papéis fundamentais ao nível de acesso aos serviços de saúde nos dois países.

Devemos considerar que as vidas humanas precisam ser poupadas por ações urgentes e eficazes, baseadas em condições éticas e solidárias

Fortes e Ribeiro (2014) afirmam que a globalização econômica, que está aliada à globalização política, cultural, informacional e comunicativa, que envolvem todas as dimensões das relações humanas, ainda carecem de análises compreensivas para combater as desigualdades ao acesso à saúde como um direito em todos os países. Processos de interdependência planetária trazem benefícios e riscos para a saúde humana, de forma diferenciada ao redor do globo. Os autores consideram que “a distribuição desigual das doenças e agravos da saúde ao redor do mundo; os impactos das mudanças ambientais globais na

saúde humana e formas de mitigação e adaptação; e políticas, instituições e sistemas de Saúde Global” são aspectos fundamentais para que a garantia dos direitos e a soberania dos povos possam ser efetivadas. Ações favoráveis à solidariedade internacional e à promoção da equidade entre pessoas e povos, é o caminho para atingir as metas do ODS, diminuindo as desigualdades sociais e econômicas.

A Organização Mundial de Saúde tem despendido esforços significativos para acompanhamento e publicação de um panorama global de diferentes patologias no mundo. Pode-se acompanhar em todos seus sites de domínio público a visualização da distribuição desigual das formas de adoecimento ou morte ao redor do mundo, e as prioridades de enfrentamento em alguns locais onde o problema é mais agudo. Apenas com reformas dos sistemas de saúde e justiça social poderá a sociedade usufrir de sistemas de saúde e seus efeitos na equidade em saúde.

Segundo a ONU (2020), ações urgentes diante novos cenários sobre o processo em defesa a saúde, como a recente pandemia do COVID-19, que ocorrem em todo o globo, em Moçambique e também no Brasil, perante limitações antigas, ainda para lidar com doenças transmitidas pela água, HIV, dengue, malária, tuberculose e outras infecções.

Devemos considerar que as vidas humanas precisam ser poupadas por ações urgentes e eficazes, baseadas em condições éticas e solidárias.

## Referências

- Cunha, T., y Lorenzo, C. (2014). Bioética Global na Perspectiva da Bioética crítica. *Revista de Bioética*, 22(1), 122-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100013>
- Decreto n.º 33/2006: Estabelece o quadro de transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais. Moçambique, 03 de Agosto de 2006.
- Decreto-Lei n.º 5/75 de 19 de agosto de 1975. Dispõe sobre a nacionalização das clínicas privadas. Boletim da República, I Série, n. 24, Moçambique, 19 de agosto de 1975.



- Esteves, P., Gomes, G. Z., & Fonseca, J. M. (2016). A rede de políticas de saúde pública e a cooperação Sul-Sul: os casos de Moçambique e Angola. *Lua Nova*, 98, 199-230. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-6445199-230/98>
- Federação Brasileira de Hospitais. Confederação Nacional de Saúde. (2018). Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil maio 2018. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais/Confederação Nacional de Saúde.
- Fortes, P. A. C., & Ribeiro, H. (2014). Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde Soc.*, 23(2), 366-375. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>
- Granja, P. (2009). Saúde e Doença em Moçambique. *Saúde Soc.*, 18(4), 567-581. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400002>
- Gulube, L. L. (1997). *Aspetos do sistema de organização da Rede sanitária colonial na região Sul de Save, 1960-1974: Problemas e perspectivas*. (Monografia). Maputo, Moçambique: Universidade Eduardo Mondlane.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Brasileiro*. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Projeção atual população brasileira*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Anuário estatístico 2018*. Maputo, Moçambique.
- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas e Indicadores Sociais 2012-2013*. Maputo, Moçambique.
- Lei n.º 2/77 de 27 de setembro de 1977. Dispõe sobre a criação de taxas de internamento hospitalar e possibilidade de atualização das mesmas. Boletim da República. I série, n. 24, Moçambique, 27 de setembro de 1977.
- Lei n.º 25/91 de 31 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. Boletim da República. I Série, n.º 54, Moçambique, 31 de dezembro de 1991.
- Matsinhe, C., & Namburete, D. (2019). Descentralização doseada Facetas estruturantes das iniquidades em saúde em Moçambique. *Novos estud. CEBRAP*, 38(2), 371-387. DOI: <http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020004>
- Ministério da Saúde. Brasil. (2017). *Secretaria de Atenção à Saúde: Relatório de Gestão 2017*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>
- Mitano, F., Ventura, C. A. V., Ribeiro, M. C., Lima, A. A., Balegamire, J. B., & Palha, P. F. (2016). Direito à saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24(e2679), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>
- ONU. Organização das Nações Unidas. (2015). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
- ONU. Organização das Nações Unidas. (2016). *Gastos com saúde privada levam 11 milhões de africanos por ano de volta à pobreza*. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/gastos-com-saude-privada-levam-11-milhoes-de-africanos-por-ano-de-volta-a-pobreza/>



- ONU. Organização das Nações Unidas. (2020). *COVID-19 é desafio perante limitações do sistema de saúde em Moçambique*. Recuperado de <https://unric.org/pt/covid-19-e-desafio-perante-limitacoes-do-sistema-de-saude-em-mocambique/>
- Paes-Sousa, R., Chavane, L., & Coelho, V. S. P. (2019). Diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique. *Novos estud. CEBRAP*, 38(2), 291-320. DOI: <http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020005>
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. (2018). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1723-1728.
- Sequeira, A. R. S. (2016). Interpretações locais sobre a malária e o discurso sobre os provedores tradicionais de cuidados de saúde no sul de Moçambique. *Saúde Soc.*, 25(2), 392-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146036>
- UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Recuperado de [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)
- Waisbich, L. T., Shankland, A., Bloom, G., & Coelho, V. S. P. (2019). A política de responsabilidade de reduzir as desigualdades de saúde: Aprendendo com o Brasil e Moçambique. *Novos estud. CEBRAP*, 38(2), 271-289. DOI: <http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020002>