



www.aliançaparasaude.org

DOCUMENTO PROGRAMÁTICO DE APRESENTAÇÃO *(Primeira Edição)*

Financiadores:



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS



Maputo, Moçambique

Índice

Siglas e Acrónimos	3
Porquê a Aliança para a Saúde em Moçambique?	4
A vulnerabilidade do Direito à Saúde em Moçambique.	8
O que é a Aliança para a Saúde?	11
<i>Antecedentes.</i>	11
<i>Um Movimento Social.</i>	11
<i>Uma rede.</i>	12
<i>Missão.</i>	13
<i>Visão.</i>	13
<i>Princípios.</i>	13
<i>Objectivos.</i>	14
<i>Organização e afiliação.</i>	14
<i>Pilares</i>	15
1º Pilar: Pesquisa	16
Agenda de Pesquisa da Aliança para a Saúde	17
2º Pilar: Formação	20
Escola de Activismo em Saúde (EAS)	21
3º Pilar: Advocacia	23
Acção para a Saúde	24

Siglas e Acrónimos

CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAS	Escola de Activismo em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
INS	Instituto Nacional de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
OCB	Organização Comunitária de Base
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UPF	Universidade Pompeu Fabra
UEM	Universidade Eduardo Mondlane

Porquê a Aliança para a Saúde em Moçambique?

Num contexto de crescente desigualdade e de mercantilização, defender a saúde como um direito, num país como Moçambique, é uma necessidade imperiosa. Apesar dos avanços registados nos últimos anos, a grande maioria da população em Moçambique continua a ter muitas dificuldades para tornar efectivo este direito (GREDS e **medicusmundi**, 2017).ⁱ

São muitos os factores que impedem que a saúde universal e de qualidade esteja ao alcance de todas as pessoas, especialmente da população mais pobre e vulnerável. Mas, talvez o mais significativo seja a pouca importância atribuída aos determinantes sociais da saúde (DSS), sendo que o próprio direito à saúde é violado devido ao desconhecimento destes determinantes. Estes referem-se ao conjunto de variáveis que têm a capacidade de proteger ou causar problemas de saúde, tanto a nível individual como populacional, o que tem origem na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde como um estado de bem-estar biológico, psicológico e social. Esta definição significou uma mudança de paradigma, ao mostrar que a saúde das pessoas não é o resultado das suas decisões ou vontade, mas o produto da sua interacção com o ambiente em que vivem.

A OMS define os DSS como “*as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem*”ⁱⁱ, incluindo o conjunto mais amplo de forças e sistemas que influenciam as condições de vida quotidiana. São estes determinantes que explicam grande parte das iniquidades em saúde sofridas pela população mundial e de Moçambique, em particular.

As desigualdades sociais têm um enorme impacto na saúde da população e, portanto, devem ser uma prioridade nas políticas públicas de saúde e um eixo transversal das políticas dos estados, seguindo o princípio da *Saúde em Todas as Políticas* e a linha traçada pelas principais organizações internacionais e outras que tratam estas matérias.

Para avançar em direcção a uma maior equidade na saúde, tendo em contas as linhas e recomendações propostas a nível internacional, é essencial: (i) criar organismos políticos e técnicos que apoiem esta prioridade; (ii) dispor de dados e sistemas de vigilância para estudar a evolução das desigualdades e o impacto das políticas; (iii) promover intervenções de saúde, incluindo saúde pública, que reduzam as desigualdades; (iv) **estabelecer alianças para impulsionar e promover políticas que reduzam as desigualdades na saúde que se desenvolvem fora do sector da saúde.**

Para isso, é necessário que, com base nestas recomendações, se estabeleçam compromissos e responsabilidades por parte de todos os agentes envolvidos, dando especial relevância ao conjunto da sociedade.

Por exemplo, sabe-se que o sistema de saúde é em si mesmo um determinante, e que a maneira mais efectiva e eficiente de prestar cuidados de saúde à população é através de um sistema público baseado nos **princípios dos cuidados de saúde primários (CSP)**.

Veja-se a definição de *cuidados de saúde primários* por parte da OMS:

O que são cuidados de saúde primários?

Os **cuidados de saúde primários** é uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspectos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social, e do bem-estar.

Prestam cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Os **cuidados de saúde primários** asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário.

Segundo a OMS, os **cuidados de saúde primários** decorrem de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o articulado do Artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”*

A OMS concebeu uma definição coesa com base em três componentes:

- i. Satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protectores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através dos cuidados primários, e às populações através das funções da saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados;
- ii. Abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e acções públicas informadas por evidências, em todos os sectores; e
- iii. Capacitar as pessoas, famílias e comunidades para optimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-criadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros.

Por que motivo são importantes os cuidados de saúde primários?

A OMS refere que renovar os **cuidados de saúde primários** e colocá-los no centro dos esforços para melhorar a saúde e o bem-estar é fundamental por três razões:

- 1) Os **cuidados de saúde primários** estão bem colocados para dar resposta às rápidas alterações económicas, tecnológicas e demográficas que ocorrem no mundo e que exercem, todas elas, impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas.
- 2) Os **cuidados de saúde primários** são, comprovadamente, uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar nos nossos dias, assim como de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde e o bem-estar no futuro. Está igualmente comprovado que são um investimento de grande valia, visto haver evidências de que os **cuidados de saúde primários** de qualidade reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a eficiência, reduzindo os internamentos hospitalares.

3) **Cuidados de saúde primários** mais fortes são essenciais para atingir os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde. Contribuem também para a consecução de outros objectivos, para além dos da saúde (ODS 3), incluindo os relativos à pobreza, fome, educação, igualdade de género, água potável e saneamento, trabalho e crescimento económico, reduzindo as desigualdades e o impacto climático.

Fonte: Organização Mundial da Saúdeⁱⁱⁱ

Portanto, as políticas públicas de saúde e as intervenções de todos aqueles que têm um papel no país, no âmbito da saúde pública, devem ser dirigidas nesse sentido. Da mesma forma, poderíamos citar as políticas de género, ambientais, económicas, etc. Todas elas devem considerar a saúde no seu próprio desenho e ser destinadas, desde a sua gestão até à sua implementação e avaliação, a melhorar a saúde da população.

É importante unir esforços entre todas as organizações, entidades, movimentos sociais, sociedade civil, universidades e institutos de pesquisa e/ou investigação científica que consideram que a saúde é um direito, não um bem de consumo, e que a melhor maneira de garantir este mesmo direito é mediante a promoção de políticas públicas que abordem os DSS. Esta necessidade é o ponto de partida para lançar a **Aliança para a Saúde**, uma plataforma de actores moçambicanos e internacionais que têm como objectivo comum defender o *Direito à Saúde*, a partir da abordagem dos DSS.

O *Direito à Saúde* é um direito fundamental que nos permite gozar dos demais direitos, sendo que todos os restantes direitos são igualmente importantes e insubstituíveis. A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada nos dias 6 a 12 de Setembro de 1978, refere no seu ponto IV, que:

"As pessoas têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente na planificação e implementação dos seus cuidados de saúde."^{iv}

A **Aliança para a Saúde** é, em suma, uma rede de entidades da sociedade civil, de diferentes áreas de intervenção na sociedade (saúde, educação, género, ambiente e outras), que se quer constituir como movimento social para defender o *Direito à Saúde* para toda a população de Moçambique, mediante a partilha de conhecimento e evidências, a formação e a realização de acções de *advocacia* e sensibilização. Esse propósito nasce, por um lado, da constatação da existência de importantes iniquidades e injustiças sociais que afectam o acesso à saúde e, portanto, o exercício pleno desse mesmo direito. Mas, por outro lado, nasce também da oportunidade e do espaço que há para poder unir esforços dentro da Sociedade Civil, numa perspectiva de diálogo constante com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), outros sectores e actores envolvidos e com responsabilidades. Isto é, numa perspectiva multidisciplinar e holística, tendo por base os diferentes determinantes sociais, económicos, políticos, culturais, ambientais, de género ou outros que condicionam a saúde da população moçambicana.

O principal desafio em Moçambique (e numa grande parte do mundo), continua a ser o de tornar real o *Direito Humano à Saúde* através de uma maior participação comunitária e cidadã, enquanto capacidade colectiva de transformação social para alcançar o bem-estar do conjunto da sociedade. A participação pode ser entendida, neste contexto, simultaneamente,

como um instrumento do *Direito à Saúde* e um direito humano *per se*. É o que permite, por um lado, lutar pela equidade na saúde, através de processos mais justos e transparentes, reconhecidos pelos indivíduos como justiça administrativa e pelas comunidades através da voz colectiva; e, por outro lado, pôr em prática uma *abordagem de direitos*, isto é uma abordagem que prioriza os mais vulneráveis, oferece oportunidades para a agência e aborda intrinsecamente uma agenda de promoção da equidade, privilegiando as experiências dos grupos pobres e desfavorecidos e marginalizados, com particular ênfase na agência colectiva.

Neste sentido, têm-se multiplicado as iniciativas de participação provenientes da sociedade civil, cujo denominador comum tem sido exercer uma forte pressão sobre o sector público com o objetivo de reformular o sistema dos direitos sociais, já não entendidos apenas como o direito a serviços planeados e prestados pelo Estado, mas também como exigência de maior envolvimento por parte dos/as cidadãos/ãs na definição das políticas públicas, através de iniciativas de *responsabilização social* (*social accountability*) do Estado nos diferentes sectores (educação, saúde e outros).

Embora os recursos, a capacitação técnica, o desenvolvimento organizacional e a informação disponibilizada ao cidadão, bem como a sua capacidade de realizar / facilitar acções de *responsabilização social*, tenham influenciado o aumento de actores (a nível nacional e local), isto não pode ser visto de forma dissociada das dinâmicas gerais deste sector (dependência, distribuição de recursos entre as organizações da sociedade civil (OSC) e organizações comunitárias de base (OSB)).—O despoletar da acção cívica (chave para uma maior responsabilidade social) continua a ser embrionário. A acção cívica colectiva tem sido visível quase exclusivamente nas grandes cidades e em resposta a situações extremas (por exemplo, o aumento do preço do combustível e bens essenciais), mas o desenvolvimento de capacidades das OSC continua sem abordar profundamente esta dimensão mais reivindicativa. Há ainda um entendimento e utilização muito superficiais sobre os incentivos e como os cidadãos se automobilizam e organizam para agir, para além dos vários factores da envolvente que influenciam a sua maior capacidade de acção.^v

Assim sendo, para além da necessidade de termos que pensar e agir de acordo com aquilo que distingue as pessoas que participam nos processos, também é preciso ter em conta as especificidades do sector da saúde, em particular. Quando nos referimos à participação cidadã em termos de políticas e prestação de contas dos serviços públicos, não é o mesmo trabalhar em questões mais amplas de governação local que num sector como a saúde. Há diferentes momentos no processo de compreensão da participação cidadã; e, sobretudo na saúde, existem vulnerabilidades igualmente diferentes: dependência do paciente em relação a saúde/unidade sanitária, percepção de poder e opções de escolha que influenciam essas mesmas relações de poder. Os mecanismos de participação dos cidadãos no sector saúde não lhes conferem poder, para além dos comités de saúde em que a presidência está na gestão comunitária, entretanto, têm o papel de promoção à saúde. Os restantes mecanismos são geridos pelos provedores de serviços, o que reduz ainda mais a influencia dos cidadãos sobre o sistema.^{vi vii}

A vulnerabilidade do Direito à Saúde em Moçambique.

Moçambique reflecte na sua Constituição o respeito pelos direitos humanos em harmonia com a *Declaração Universal de Direitos Humanos* e a *Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos*^{viii}. Defende, portanto, o princípio de não discriminação perante a lei e os mesmos direitos, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política.

No seu capítulo quinto, sobre os direitos e deveres económicos, sociais e culturais, a Constituição da República de Moçambique refere no seu Artigo 89 (*Direito à Saúde*), que:

“Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.”

Do exposto, fica patente, em primeiro lugar, que é dever do Estado prestar cuidados de saúde aos cidadãos, uma saúde de qualidade, para que os cidadãos gozem da mesma. Em segundo lugar, que os cidadãos devem promover e defender a saúde pública. O que significa que, se os cidadãos vêem os seus direitos violados, devem lutar de diferentes formas para poder gozar desses mesmos direitos ou vê-los repostos. Assim sendo, é também dever de todos os cidadãos defender que Moçambique tenha uma saúde pública gratuita, acessível e disponível para todos, visto que a Constituição indica no seu artigo 35º que todos os cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres.^{ix}

“Melhorar a saúde das pessoas, incluindo a segurança na saúde, depende de boas parcerias entre as comunidades, prestadores de cuidados, organizações que levam a cabo intervenções, governos, agências técnicas e parceiros internacionais.”^x

Estando ou não contemplados no quadro legal nacional, estes direitos – em particular, o *Direito à Saúde* – são frequentemente violados, estando entre as suas possíveis causas: o desconhecimento geral da saúde como direito da população e, em particular, do pessoal da saúde para o cumprimento das suas obrigações; assim como o reconhecimento da sua responsabilidade diante daqueles que têm que garantir e salvaguardar o exercício pleno deste mesmo direito.

A baixa disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde em Moçambique é agravada pela ausência de profissionais de saúde, no número apropriado e com a capacitação técnica adequada. O défice quantitativo e qualitativo de recursos humanos, tanto nas especialidades médicas como nas áreas de planificação, gestão, monitorização e avaliação, afecta directamente a baixa qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Por outro lado, o SNS detecta profundas fraquezas na planificação e gestão dos escassos recursos que possui. O financiamento adequado e o uso racional dos recursos disponíveis influenciam directamente a quantidade e a qualidade dos serviços. Em Moçambique, a despesa pública total em saúde ficou entre 7 e 9% entre 2010 e 2016, caindo drasticamente em 2017 para 5,4%, o que está bem abaixo e cada vez mais distante da média da região e

das recomendações da OMS.^{xi} Por outro lado, embora a percentagem de recursos externos tenha diminuído na última década (segundo o Relatório de Execução do Orçamento do Estado (REO) 2019, poderia estar em 35,4%)^{xii}, o sistema continua altamente dependente da ajuda externa, o que afecta directamente a sustentabilidade das políticas e estratégias promovidas pelo MISAU.^{xiii} Além disso, a descentralização em andamento implica que a afectação de recursos a nível territorial deve substituir a afectação sectorial anteriormente existente. Nesse sentido, o MISAU constata uma falta de critérios objectivos no momento de distribuir as alocações de recursos *per capita*.

Um estudo realizado pela **medicums**mundi, a UEM, o INS e a UPF^{xiv}, mostra que a população moçambicana que vive em áreas rurais, com menos recursos económicos e, principalmente, as mulheres, têm mais barreiras no acesso e utilização dos serviços prestados pelo sistema de saúde. O SNS é um determinante em si mesmo e ter acesso a ele, receber os cuidados adequados, adaptados às necessidades culturais dos utentes, etc., contribui para a qualidade de vida da população, mas não justifica todas as diferenças de saúde que os diferentes grupos e estratos sociais apresentam no exercício efectivo do *Direito à Saúde*.

Em Moçambique, responsabiliza-se quase exclusivamente a capacidade do próprio sistema de saúde de dar resposta às necessidades de saúde da população, sem potenciar uma visão multidisciplinar e integral das estratégias noutros sectores. Estes, no seu conjunto, podem ter um maior impacto na melhoria da saúde da população. Por outro lado, embora as políticas de saúde continuem a definir os **CSP** como a aposta nacional a nível do sistema de saúde, a realidade mostra que estes estão claramente ameaçados face à verticalização dos programas de saúde pública.

Deste modo, qualquer análise do sector da saúde em Moçambique deverá ter sempre em conta o peso e a dependência dos fundos externos, isto é, o peso da Assistência Oficial ao Desenvolvimento e outros fundos específicos, alguns de natureza neo-filantropica para grandes doenças / programas como os de Malária - VIH/SIDA - Tuberculose, que representam a maior fatia dos investimentos, e que têm vindo a comprometer o cumprimento da *Agenda por uma Saúde Global*^{xv} em defesa da cobertura universal da saúde – baseada na estratégia de **CSP** – como *impulsora de igualdade, desenvolvimento inclusivo e prosperidade para todos*^{xvi}, mas que hoje parece ser só para alguns.^{xvii}

Embora o país tenha conseguido traduzir nos últimos anos uma maior despesa na saúde por habitante em melhorias nos indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida e se tenham verificado avanços na prestação de serviços de saúde aos cidadãos, Moçambique enfrenta dilemas importantes neste sector: por um lado, tendo em conta o contexto fiscal actual, é improvável que se registem aumentos na despesa de saúde a curto e médio prazo^{xviii}, e, por outro lado, continua a existir a percepção por parte dos utentes e provedores de que os níveis actuais de qualidade estão longe de satisfazer as necessidades.

Em todo o país, as rupturas sistemáticas de medicamentos e outros itens médicos nas unidades sanitárias, a enorme distância que os utentes têm que percorrer para aceder à unidade sanitária mais próxima da sua casa, além do tempo de espera e a ocorrência de cuidados não humanizados nalguns casos, continuam a ser preocupações importantes entre a grande maioria dos utentes dos serviços.

Finalmente, importa destacar que as novas actividades económicas do país (extração de gás, petróleo, minérios, mega-projectos, agro-indústria, etc.) estão a ter um impacto nas regiões onde ocorrem, tanto na saúde ambiental como no surgimento de "novas" doenças características dessas actividades e cuja prevenção e tratamento o sistema ainda não está pronto para assumir, seja por falta de recursos seja por desconhecimento do real risco dessas doenças no quadro patológico da população.

Paralelamente, nos últimos anos, principalmente na capital, constata-se um crescimento constante dos *serviços de saúde privados*, dirigidos a uma percentagem muito limitada da população, e que contribuem para o aumento da desigualdade no acesso aos serviços e consolidam um sistema dual, de qualidade para os ricos e mínimo (menos que mínimo) para os pobres. Estas novas tendências não estão a ser estudadas em profundidade e, portanto, não se gera nenhuma opinião e consciência crítica que contribua para o cumprimento dos compromissos por parte do Governo em relação à saúde.

O que é a Aliança para a Saúde?

Antecedentes.

O processo de criação da **Aliança para a Saúde** iniciou-se em 2015, seguindo um plano estrito de viabilidade. Realizou-se posteriormente um processo participativo com o MISAU, instituições de formação e investigação e a sociedade civil. Todos os actores participantes concordaram com a importância de promover uma plataforma para a defesa do *Direito à Saúde* e que esta fosse liderada inicialmente pela organização não-governamental (ONG) internacional **medicmundi**.

Realizou-se um primeiro plano de desenvolvimento institucional da **Aliança para a Saúde**, com os seguintes passos prévios: (i) soma de alianças, (ii) elaboração da agenda de pesquisa, (iii) fornecer conteúdo a essa agenda e consolidar conhecimentos, (iv) apresentação pública (I Conferência Internacional sobre Determinantes Sociais da Saúde de Maputo, em Dezembro de 2018). Essas fases foram executadas e, neste momento, procura-se consolidar esta plataforma, através de recursos técnicos e humanos para levar a cabo o desenvolvimento completo das suas linhas de acção e garantir a sua integração e sustentabilidade no sector da saúde em Moçambique.

Um Movimento Social

É um movimento social de defesa do *Direito à Saúde* em Moçambique. Tendo em conta que um *movimento social é uma forma de expressão da sociedade civil, por meio da qual os cidadãos participantes buscam, em acções colectivas, alcançar diversos tipos de mudanças na sociedade*, com este movimento pretende-se influenciar mudanças ao nível das políticas, estratégias e até do orçamento do SNS, com foco nos **CSP** e na perspectiva de **DSS**.

Os movimentos sociais são importantes e fundamentais nas sociedades, pois os indivíduos agem de forma colectiva, e sempre com uma estratégia de luta perante as desigualdades que vivem, com objectivo de buscar a inclusão social.

Os movimentos sociais são peças fundamentais enquanto entidades de mediação entre os grupos minoritários (a população mais desfavorecida e empobrecida) e o próprio Estado e outros actores. Tornam-se ferramentas cruciais na busca e exercício de direitos e deveres e na redução das desigualdades existentes e/ou causadas.

Mas, mais do que um exercício livre de *direitos e deveres*, importa referir que não se trata de fazer nenhum tipo de *oposição, denúncia ou crítica permanente*, mas sim de colaboração construtiva para ampliar e ajudar a melhorar a capacidade de resposta e a missão do próprio SNS junto da população de Moçambique.

Na **Aliança para a Saúde** serão desenvolvidas acções comuns e colectivas para que se possa atingir um mesmo objectivo, que é o exercício efectivo do *Direito à Saúde* e que se traduz num acesso mais equitativo à saúde.

Espera-se, portanto, que este movimento social seja formado por grupos de indivíduos que defendam, exijam e lutem por uma causa social e política comum: o *Direito à Saúde de todos e para todos*. Isto é, para além das necessidades que os unem, é fundamental que cada indivíduo ou entidade que se junte à **Aliança para a Saúde** acredite veemente na saúde enquanto *direito humano* fundamental, no seu sentido mais amplo e integral.

Neste movimento social – a **Aliança para a Saúde** – defende-se que haja uma política pública de saúde e que esta seja de qualidade. O que significa que a Aliança vai lutar para garantir que o país invista no *Sistema Nacional de Saúde*, isto é, na capacidade do sector público de saúde em oferecer serviços e prestar cuidados de qualidade a toda a população, o que é absolutamente pertinente no contexto actual da sociedade moçambicana. Um contexto de fragilidade onde coincidem um sistema público de saúde, que dificulta a prestação de serviços de qualidade, bem como uma sociedade maioritariamente pouco activa e desinformada – resultante do seu nível de escolaridade e instrução, o que dificulta a monitorização do cumprimento das políticas públicas e a exigência de responsabilidades e de prestação de contas por parte das estruturas governamentais.

A **Aliança para a Saúde** será uma plataforma de referência na geração e troca de conhecimentos sobre matérias como o *Direito à Saúde*, os **CSP**, os **DSS** em Moçambique, entre outras, com o objectivo de continuar a integrar o trabalho conjunto de todas as forças nacionais e internacionais que defendem que a saúde é um direito de todos os cidadãos do mundo e de Moçambique, em particular.

Uma rede

Nos últimos anos, as ONGs e outras organizações do Terceiro Sector (Sociedade Civil) têm vindo a desenvolver e a pôr em prática lógicas de redes e parcerias, alavancando o seu próprio desenvolvimento, papel e espaço num mundo cada vez mais globalizado e interconectado. Um mundo onde as tradicionais dicotomias Norte-Sul, Ocidental/Não-ocidental e Global-Local se vão redefinindo, se consideram insuficientes, ou são postas em causa, e se vão substituindo por lógicas cada vez mais horizontais, para poder fazer face a desafios e problemas cada vez mais complexos, também na saúde. Há variadíssimos exemplos, mas poderíamos destacar os efeitos e as desigualdades geradas pelo sistema económico capitalista predominante ou as consequências das mudanças climáticas, agravadas pelo primeiro, e que têm um impacto directo e indirecto, quer na saúde individual e colectiva, quer no desenho e organização do próprio sistema de saúde, que muitas vezes tem pouca capacidade de antecipação e é lento na reacção.

As ONGs e outras entidades da Sociedade Civil passam, portanto, a construir não só modelos organizacionais próprios, de acordo com as novas necessidades para consecução dos seus objetivos, muitas vezes também redefinidos; mas também a construir redes, como uma prática de cooperação entre organizações, e que se constitui como um meio para encontrar saídas e intervir nesta realidade social, cada vez mais complexa. Vale a pena recordar,

portanto que as “redes são estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação como, por exemplo, valores ou objetivos de desempenho” (Castells, 2000).^{xix} Designamos esta rede como aliança, porque pretendemos criar um laço entre pessoas e entidades com uma missão, uma visão, uns princípios e uns objectivos comuns.

Missão

Incidir nas políticas públicas em Moçambique, através de um maior engajamento e participação dos cidadãos, de forma a permitir que a saúde seja um direito ao alcance de toda a população.

Visão

Acreditamos que, através da cooperação em rede entre entidades da sociedade civil, empresas, administração pública, universidades e centros de pesquisa, ou outras, podemos ajudar a melhorar as políticas públicas de saúde em Moçambique, através da abordagem de **DSS**, focalizado na geração de maior consciência sobre a saúde como um direito humano e fundamental, na defesa dos **CSP** e no seu acesso equitativo para todas as pessoas.

Princípios

- As pessoas são postas em primeiro lugar. Ou seja, defendemos a vida humana, a dignidade e a igualdade de direitos entre todos os cidadãos, independentemente da sua origem, religião, ideologia política ou qualquer outra marca de identidade, como princípios fundamentais e invioláveis;
- Os direitos humanos e a justiça social são, ao mesmo tempo, tanto um meio de luta e de acção, como um fim desta rede. Em especial o *Direito Humano à Saúde* e a equidade na saúde, baseados no princípio de uma saúde para todos e todas;
- As mudanças de políticas e estratégias devem ser vistas de forma estrutural e gradual;
- As acções desenvolvidas devem ser levadas a cabo por pessoas e/ou entidades que entendam a saúde como um direito humano fundamental e que apostem pela defesa dos **CSP** e por uma saúde pública baseada no enfoque de direitos humanos e que tenha em conta os seus determinantes sociais (económicos, culturais, políticos, ambientais, de género e outros);
- A organização desta rede rege-se pelo diálogo horizontal, a participação democrática e a livre vontade de cooperar entre todos os seus membros, independentemente da dimensão e volume de recursos com que cada um possa contribuir para o funcionamento da mesma.

Objectivos

- Estabelecer uma plataforma de actores nacionais e internacionais cujo denominador comum é considerar e defender que a saúde é um direito humano fundamental e não um bem de consumo.
- Tornar-se um espaço de referência a nível de investigação, formação e de defesa do *Direito à Saúde* em Moçambique, com enfoque nos seus principais determinantes.
- Defender o sistema público de saúde e os **CSP** como a estratégia que melhor serve os interesses e necessidades de toda a população, em condições de igualdade e equidade.

Organização e afiliação

Espera-se que a **Aliança para a Saúde** possa ser organizada a partir da soma de esforços e contributos dos seus membros, sem necessidade de uma estrutura complexa ou que acarrete recursos que estes não possam assumir. Ou seja, deve ser um espaço de encontro e coordenação que se integre nas dinâmicas próprias dos seus membros e que privilegie a racionalidade e eficiência dos recursos existentes (próprios e outros que possam advir) e o uso das novas tecnologias, sempre que possível.

A **Aliança para a Saúde** materializar-se-á através de encontros regulares (reuniões de coordenação, encontros de trabalho, cursos, seminários, workshops, trocas de experiências, etc.) nas instalações dos seus membros ou noutras, dependendo dos recursos existentes. E também através da criação de uma plataforma *online*, que incluirá o **campus virtual** da Escola de Activismo em Saúde (EAS). No futuro, pretende-se que esta plataforma possa ser gerida e mantida entre os membros, que a usarão para os fins comuns da **Aliança para a Saúde**.

Para ser membro (aliado), apenas se necessita partilhar de uma mesma visão de que é possível ajudar a construir um sistema público de saúde em Moçambique que privilegie um acesso equitativo de todos os cidadãos à saúde, baseado na defesa dos **CSP** e no exercício do *Direito Humano à Saúde*.

Todos os seus membros devem partilhar os mesmos princípios orientadores de organização e de trabalho em rede, privilegiando o diálogo horizontal, a participação democrática e a livre vontade de cooperar entre si, independentemente da dimensão e volume de recursos com que cada um possa contribuir para o funcionamento da mesma.

Neste sentido, os membros e futuros membros da **Aliança para a Saúde** devem estar de acordo e comprometer-se com este **Documento Programático** e envolver-se posteriormente na elaboração do respectivo plano estratégico e futuros planos operacionais que lhe darão forma e ajudarão a pôr em prática as acções necessárias.

Pilares

A **Aliança para a Saúde** assenta em 3 grandes pilares, nomeadamente:



Pesquisa

- Gerar e partilhar conhecimentos e evidências em diferentes áreas temáticas relacionadas com a saúde, com base nos seus determinantes sociais e um enfoque especial nos cuidados de saúde primários.
- Nesta componente, pretende-se gerar e partilhar conhecimento e evidências de forma multidisciplinar sobre os desafios e experiências relacionadas com a saúde, numa perspetiva de justiça social e a partir dos seus determinantes sociais, económicos, culturais, políticos, ambientais, etc.

Formação

- Abrir um espaço presencial e virtual de formação e capacitação – Escola de Ativismo em Saúde.
- Nesta componente, pretende-se aumentar o conhecimento e as capacidades da sociedade civil de Moçambique (ONGs, OSCs, movimentos sociais, redes, activistas, académicos, artistas e outros) para poder defender de forma mais efectiva e coordenada o legítimo exercício do *direito à saúde*.

Advocacia

- Informar, sensibilizar e influenciar estratégias e políticas, através de acções e campanhas coordenadas de advocacia e sensibilização, baseadas nas evidências e conhecimentos adquiridos.
- Nesta componente, pretende-se realizar um trabalho de defesa e promoção do direito à saúde, de defesa do próprio Sistema Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários, como a melhor estratégia para construir e fortalecer um sistema de saúde mais justo e igualitário em Moçambique.

Os pilares 1 e 2 concorrem para o terceiro (*advocacia*), já que a **Aliança para a Saúde**, com base na geração e partilha de conhecimento, pretende influenciar mudanças de comportamentos e políticas no âmbito da saúde e, desta forma, ajudar a defender o **direito à saúde** de toda a cidadania e melhorar a qualidade dos **CSP** em Moçambique.

1º Pilar: Pesquisa

*Agenda de Pesquisa da Aliança para a
Saúde*

Agenda de Pesquisa da Aliança para a Saúde

Tal como ficou exposto na **Agenda de Pesquisa da Aliança para a Saúde**, aprovada e publicada em 2019^{xx}, a eficácia e eficiência nos **CSP** e num sistema de saúde, são fundamentais para a melhoria da saúde global e a redução das despesas de saúde. Naturalmente, a pesquisa sobre os **CSP** permite uma medição destes atributos e dá uma referência para determinar a sua direcção com vista ao objectivo desejado. Nesse âmbito, Moçambique, de modo geral, distingue-se no patrocínio à Saúde Pública e à Promoção de Saúde (postura patente nas políticas públicas do SNS). E, dentre as linhas de pesquisa na área de “promoção da saúde”, nos últimos anos, têm-se destacado os temas de conhecimento, comportamento e práticas, mais especificamente em relação à malária, HIV/SIDA, contracepção, uso de preservativo, amamentação, parto, saúde sexual e reprodutiva.

Contudo, os desafios mostram que no caso de Moçambique não há evidências suficientes sobre o papel da pesquisa em relação aos **DSS** na formulação de políticas. A pesquisa por si só requer recursos como infraestruturas, conhecimento especializado e financiamento; e estes, normalmente, são escassos em países de baixa e média rendas, de que Moçambique é um exemplo. Assim, dispor de directrizes estratégicas é crucial para otimizar os escassos recursos destinados à realização de pesquisas sobre os **CSP** e **DSS**. O que passa necessariamente pela identificação de questões-chave dos cuidados de saúde para a população, pela avaliação da sua importância e implicação clínicas e, por fim, pela sua agregação numa **agenda de pesquisa** centrada na comunidade e orientada para uma área específica, como os **CSP**. Esta agenda destina-se a servir de plataforma para envolver os pesquisadores locais e os fazedores da política da saúde na avaliação, deliberação e selecção de recursos necessários para apoiar quaisquer esforços de pesquisa sobre os **CSP**, numa determinada comunidade.

Este instrumento – **a agenda de pesquisa** – tem como objectivo promover a investigação e evidências sobre os determinantes sociais da saúde que influenciam o modelo de saúde perseguido por Moçambique, no que se refere aos **CSP**.

A **agenda de pesquisa** definiu algumas áreas prioritárias, concretamente:

1. Território, democracia e saúde.
• Controle social na saúde;
• Iniquidades sociais em saúde;
• Acidentes de viação como espaço de actuação da saúde;
• Determinação social do processo saúde-doenças;
• Saúde e trabalho;
• Saúde urbana, mobilidade e assentamentos informais;
• Estrutura social e a distribuição de poderes nas comunidades afectadas por problemas de saúde preventiva;
• Impacto na saúde das deficiências de acesso a água;

<ul style="list-style-type: none"> • Perfil sócio-demográfico de padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários;
<ul style="list-style-type: none"> • Evolução das condições sanitárias e ambientais nos programas de reassentamento devido a calamidades naturais;
<ul style="list-style-type: none"> • Renda per cápita e distúrbios nutricionais na população rural versus urbana.
<p>2. Género e Saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Género, diversidade e saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Violência de género e saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Masculinidade e saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Minorias sexuais e representação na força de trabalho da saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Padrões de discriminação e a participação da mulher nos comités de saúde, APEs, socorristas, activistas comunitários;
<ul style="list-style-type: none"> • Participação e governação dos hospitais públicos.
<p>3. Saúde e Ambiente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde, conservação e o desenvolvimento sustentável;
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos naturais (como água, ar, terra) na dimensão de políticas públicas de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Interesses económicos à preservação ambiental e saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde e toxicologia ambiental;
<ul style="list-style-type: none"> • Ciências de saúde e educação ambiental;
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde, mudanças do clima e ecossistemas;
<ul style="list-style-type: none"> • Riscos ocupacionais e ambiente de trabalho;
<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento do uso de terra e recursos hídricos;
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene, saneamento do meio e doenças.
<p>4. Sistema de Saúde - Marco Político, legal e institucional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • História e historiografia da saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de defesa do consumidor e utente nos serviços de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Práticas integrativas e complementares em saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento a saúde diante da nova realidade fiscal: desafios e perspectivas;
<ul style="list-style-type: none"> • O funcionamento dos órgãos e instituições responsáveis pela implementação das acções e serviços de atenção primária de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • O impacto fiscal de financiamento público indirecto via renúncia fiscal e custeio dos planos de saúde para servidores privados;
<ul style="list-style-type: none"> • Importância da saúde no orçamento público;
<ul style="list-style-type: none"> • Participação do programa da saúde no total das despesas não financiadas do Estado;
<ul style="list-style-type: none"> • Espaço fiscal possível com reformas institucionais no sector de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Participação (peso) da previdência social no orçamento do Estado;
<ul style="list-style-type: none"> • Gasto Público Social: composição sectorial.
<p>5. Movimentos Migratórios e saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento das forças produtivas e impactos na saúde colectiva;
<ul style="list-style-type: none"> • Migração e determinação social do cuidado à saúde;

<ul style="list-style-type: none"> • As condições de vida e de trabalho dos trabalhadores na indústria extrativa e mineira na perspectiva de promoção a saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a magnitude dos efeitos na saúde da população depois dos eventos dos desastres naturais;
<ul style="list-style-type: none"> • Movimentos migratórios e desafios na cobertura sanitária;
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho informal associado ao comércio transfronteiriço e acesso aos cuidados de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Processos participativos e organização de serviços de saúde.
<p>6. Comunidades e actores sociais e saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinação social do processo saúde-doença;
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades sociais em saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Participação e activismo social para cidadania sanitária;
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades sócio-demográficas na prevalência de doenças crónicas em Moçambique;
<ul style="list-style-type: none"> • Práticas integrativas e complementares de saúde com enfoque na disponibilização contínua de cuidados;
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde e nutrição infantil;
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes em situação de risco social;
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de recursos próprios de governos provinciais e municipais aplicados na saúde pública.
<p>7. Gestão e Saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos serviços de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Estruturação das redes com foco na atenção primária;
<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de planeamento e gestão para atenção primária de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Práticas integrativas e complementares em saúde com enfoque nas instituições de ensino em saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Estudo do processo de construção de agendas de pesquisa para instituições de formação, Instituto Nacional de Saúde, Observatório Nacional de Saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Composição do gasto em saúde e combate as desigualdades;
<ul style="list-style-type: none"> • Custeio das despesas hospitalares das famílias.

A **Aliança para a Saúde** é um movimento social, e tendo em conta que a realidade social é também ela dinâmica e não estática, as áreas de pesquisa acima propostas podem igualmente ser actualizadas, de acordo com as necessidades ou prioridades, mas também as possibilidades de pesquisa. O que significa que a **Aliança para a Saúde** e os seus membros devem manter um debate permanente e aberto, não só sobre a definição e actualização das áreas e sub-áreas de pesquisa, mas também sobre quais as áreas que devem priorizar, em função dos recursos e oportunidades existentes.

2º Pilar: Formação

Escola de Activismo em Saúde – EAS

Escola de Activismo em Saúde (EAS)

A **Escola de Activismo em Saúde (EAS)** será parte integrante da **Aliança para a Saúde**, respondendo à linha de acção de formação e partilha de conhecimento. A criação da primeira **Escola de Activismo em Saúde** no país, no âmbito da defesa de um sistema público de saúde e do direito à saúde, a partir de uma abordagem de DSS, será fundamental no processo de consolidação e visibilidade da própria **Aliança para a Saúde**.

A metodologia que se pretende seguir nesta componente consiste em desenhar um espaço de formação para activistas moçambicanos, com o apoio e a orientação de activistas e especialistas de direitos humanos de âmbito internacional, no campo da saúde, como o People's Health Movement (PHM), a **medicmundi**, N'weti e outros. A EAS terá uma vertente digital/virtual predominante, para que possam aceder as pessoas interessadas a nível de Maputo e das capitais provinciais, onde há maiores probabilidades de acesso às tecnologias de informação e comunicação; e onde, num primeiro nível, se pode ter maior impacto na mudança ou cumprimento das políticas públicas.

Para alcançar as comunidades mais remotas (e mais desfavorecidas) e promover a geração de activismos locais, para além da capital e outras cidades do país, onde se concentra grande parte da massa intelectual, será necessário usar outros meios, como rádios e espaços comunitários (espaços de participação comunitária na saúde, estabelecidos e criados), com vistas a uma transformação social, também nessas zonas mais isoladas.

Alguns dos cursos com que pretende arrancar a **EAS** na sua primeira fase de implementação serão os seguintes:

- Curso sobre **Activismo Digital**
- Curso sobre **Cuidados de Saúde Primários – CSP**
- Curso sobre **Determinantes Sociais da Saúde – DSS**
- Curso sobre **Nutrição na Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde**
- Curso sobre **Advocacia, Trabalho em Rede e Movimentos Sociais (Saúde)**
- Curso sobre **Comunicação em Saúde e Mudança de Comportamentos**

Estes cursos serão leccionados a grupos compostos por membros da **Aliança para a Saúde** e outros parceiros, em formato presencial, em Maputo, estando a sua duração, organização, número de formandos, etc., dependentes da disponibilidade de recursos.

No entanto, estes mesmos cursos serão leccionados também através da plataforma online da **EAS**, acessível através da página web da **Aliança para a Saúde**. Os seus conteúdos estarão disponíveis preferencialmente em português, podendo haver conteúdos específicos noutras línguas, nomeadamente o inglês e o espanhol.

Os cursos online terão uma estrutura de conteúdos que se pretende dinâmica e compreensível e que deverá incluir: vídeos das lições ou outros relevantes, materiais pedagógicos específicos, fóruns, webinars, ferramentas de avaliação, etc.

Durante as edições dos cursos online, o seu acesso será restrito, para poder assegurar a melhor gestão e tutoria possíveis. Os estudantes admitidos nestas edições terão acesso a um certificado de assistência. Mas, uma vez terminada a edição, qualquer pessoa poderá aceder aos materiais disponíveis. Ao concluir o curso, o ou a estudante tem direito a um certificado e/ou distintivo.

A essência destes cursos é melhorar os conhecimentos e as capacidades dos activistas da sociedade civil, bem como dos profissionais ou futuros profissionais da saúde, na defesa do *Direito à Saúde* e na melhoria das políticas da saúde em Moçambique.

3º Pilar: Advocacia

Acção para a Saúde

Acção para a Saúde

Com este terceiro pilar, a **Aliança para a Saúde** pretende influenciar a transformação social e de políticas públicas de saúde em Moçambique, numa perspectiva de cooperação e colaboração construtiva. À semelhança dos dois pilares anteriores, para a prossecução deste pilar é preciso que todos os membros da **Aliança para a Saúde** estejam envolvidos e sejam realmente partícipes, já que será a soma dos esforços de cada um que tornará visíveis e relevantes as acções que se pretendam realizar.

Enquanto, por um lado, o primeiro pilar promove a investigação e evidências sobre os DSS que influenciam o modelo de saúde perseguido por Moçambique, por outro lado, o segundo pilar responde à linha de acção de formação e partilha de conhecimentos. Nesse contexto, o terceiro pilar de advocacia – **Acção para Saúde** – terá, essencialmente, como base as evidências geradas pelas pesquisas feitas (no pilar 1) e as acções formativas de geração de conhecimento (no pilar 2), com o intuito de realizar acções concretas de advocacia e sensibilização com vista a: influenciar políticas públicas com impacto na saúde, mas também influenciar a mudança social e de comportamento para a defesa do *Direito à Saúde*, a partir do enfoque dos **DSS**.

Na **componente de advocacia** haverá uma série de actividades destinadas a melhorar o diálogo político e o conhecimento de evidências que demonstrem a necessidade de apostar por políticas que promovam os **CSP**, as abordagens baseadas nos DSS, a equidade na saúde, ou outras matérias relevantes com impacto e que permitam avançar no exercício pleno do *Direito à Saúde* em Moçambique.

Na **componente de sensibilização**, apostar-se-á pela consciencialização pública sobre o *Direito à Saúde* (campanhas através de produção de materiais audiovisuais e de informação, educação e comunicação. Mas também sobre cada um dos determinantes sociais, económicos, políticos, culturais, ambientais, de género e outros, que influenciam a mesma. Neste sentido, no desenho e implementação das acções e campanhas, serão sempre tidos em conta a liderança, o reconhecimento e a relevância social, a experiência e os conhecimentos intrínsecos em cada uma das áreas onde trabalham as organizações-membro (aliadas): saúde, educação, género, ambiente ou outras.

As **acções para a saúde** serão essencialmente de advocacia e sensibilização, não só inspiradas pelas evidências das pesquisas realizadas (Pilar 1), tal como exposto anteriormente, mas também com um elemento fundamental que é o envolvimento de todos os membros da Aliança.

Todas as **acções para a saúde** apelarão ao uso de abordagens de comunicação baseadas em evidências através de: i) mensagens adequadas e assertivas; ii) utilização de canais de comunicação eficazes dentro das áreas seleccionadas e adequados aos públicos-alvo; e, iii) envolvimento e capacitação das pessoas decisoras, de maneira a que estas possam formular

e aplicar as medidas necessárias para operar mudanças positivas de comportamento e de defesa do *Direito à Saúde*.

Em suma, nas acções de advocacia e sensibilização, as suas actividades e abordagens, incluindo a selecção dos públicos-alvo, serão apoiadas sempre por dados obtidos através das pesquisas realizadas, dados fornecidos pelo SNS, programas e lições aprendidas, documentadas de forma sistemática.

A lógica de advocacia da **Aliança para a Saúde**, cinge-se igualmente à ideia de *social accountability* que, apesar de não ter uma tradução reconhecida em português, se considera *responsabilização social*. Pois, acreditamos que existe um provedor, concretamente o Estado, que tem a responsabilidade primária de prover um **sistema público de saúde**, baseado nos **CSP** e que tenha em conta os **DSS**.

Existem várias definições do conceito de *responsabilização social*.^{xxi} Alguns autores, por exemplo, definem-na como *uma abordagem que visa assegurar a prestação de contas através do engajamento dos cidadãos, em que eles se organizam em grupos, organizações da Sociedade Civil, e participam directamente ou indirectamente, na materialização desses processos de prestação de contas*.^{xxii}

No contexto do sector público, refere-se a um vasto conjunto de acções e mecanismos a que os cidadãos, comunidades, OSC e meios de comunicação social podem recorrer ou usar para assegurar que os provedores dos serviços (neste caso, o Estado) sejam responsabilizados e influenciados com o intuito de implementar as políticas públicas, assim como de definir outras políticas segundo as necessidades dos cidadãos.

Ampliaremos este debate no seio da **Aliança para a Saúde**, sem restringir ou condicionar as **acções de advocacia** (manifestações públicas, campanhas, marchas e protestos) conjuntas ou individuais (e cada membro), e privilegiando sempre o uso de métodos participativos e de diálogo construtivo, tanto a nível interno como externo. Ou seja, tendo em conta as diferentes vertentes do sector da saúde, o que significa que se procurará trabalhar com ambos os lados do sistema de saúde – a oferta e a procura de serviços de saúde – para criar um compromisso conjunto e fazer avançar a agenda de melhoria da cobertura universal, qualidade e acesso aos serviços de saúde, a partir das abordagens de **CSP** (como a melhor estratégia para construir e fortalecer um sistema de saúde mais justo e igualitário), de **DSS**, de **Direitos Humanos** e de **Direitos das Mulheres**, entre outras.

A Sociedade Civil que representa a população/cidadania moçambicana estará envolvida em todas as fases/acções de advocacia (desde a fase de pesquisa até à de implementação das campanhas). Esta metodologia, pensamos que será a mais eficaz e eficiente, pois pressupõe um trabalho e um engajamento da sociedade moçambicana e dos grupos comunitários que estão informados sobre as condições e qualidade dos serviços que são prestados pelo SNS.

Porém, somos conscientes que qualquer **acção de advocacia** que envolva a cidadania, apresenta também alguns desafios, como o medo de enfrentar ou desafiar os abusos do sistema, pela sua dependência a este e o medo de represálias concretas. Deste modo, a existência de uma rede – uma aliança – surge como um agente facilitador do processo, tendo em conta que as acções e a pressão serão exercidas de forma colectiva, e não apenas por

uma instituição ou indivíduo, de maneira a poder ter um maior impacto nas mudanças, tanto da sociedade como a nível das políticas públicas. Desta forma, existe também um ambiente político, legal e regulador mais favorável em termos de acesso e diálogo com o Governo (o Ministério da Saúde, em particular).

Para que a advocacia seja efectiva é preciso que a **Aliança para Saúde** trabalhe constantemente na mobilização do conhecimento – produção de evidências. A produção de evidências não deve ser apenas contextual ou localizada, já que quando os dados não são suficientemente representativos há mais resistência por parte dos *decision-and-policy-makers* para levar a cabo as mudanças necessárias.

Por esse motivo, reiteramos que a Aliança já propõe uma agenda orientadora de pesquisa, que deve ser tida em conta e alimentada por todos os membros. Ou seja, todos os membros devem contribuir neste processo de mobilização de conhecimento, através de pesquisas próprias, assim como difusão e partilha de conhecimentos ou informações externas à **Aliança para a Saúde** e até de outros países, mas que possam reforçar o que se pretende alcançar. Isto remete-nos para a necessidade que terá a **Aliança para a Saúde** de aprender de dentro para dentro, assim como de dentro para fora e de fora para dentro. Esta estratégia refere-se a um processo contínuo de troca de experiências, onde se possa aprender com contextos nacionais e internacionais, tal como os outros poderão também aprender da **Aliança para a Saúde**.

Neste sentido, para a **Aliança para a Saúde**, *aprendizagem* é um termo central e auto-definitório. Trata-se de promover a reflexão e as trocas de experiências entre os diversos actores envolvidos e interessados, com o intuito de coordenar acções específicas de advocacia. Isto é, trata-se de gerir e sistematizar as aprendizagens realizadas e os conhecimentos produzidos no seio da **Aliança para a Saúde**, tornando-os acessíveis a outros públicos, como forma de divulgar a informação, promover debates e reforçar uma comunidade prática de pesquisa-formação-acção sobre a defesa do *Direito à Saúde* e dos **CSP** em Moçambique. Um passo importante nesse sentido será a organização de uma Conferência Internacional com estes propósitos.

Neste processo é necessário, porém, mapear e entender melhor as relações de poder. Temos que identificar constantemente os actores que detêm o poder de decisão em relação à nossa agenda e estratégia, para assim facilitar o seu alcance e as possibilidades de exercer uma verdadeira influência. Para além de identificar as relações de poder, interessa também identificar claramente os espaços em que se pode levar a cabo acções de advocacia; e, em cada espaço identificar as estratégias e metodologias mais adequadas. Para que a aprendizagem da **Aliança para a Saúde** não se perca, deve-se investir muito na sua sistematização e documentação, através de histórias de mudança, sistematização dos processos de advocacia, newsletters semestrais entre outras metodologias.

Em termos mais específicos, com base nas mensagens-chave resultantes das pesquisas realizadas pela **Aliança para a Saúde** e outros inputs que poderão surgir, trata-se de trabalhar na definição de campanhas de advocacia e sensibilização, incluindo os grupos-alvo e meios de difusão. Os resultados das pesquisas constituirão uma ferramenta de grande valia no processo de sensibilização e consciencialização cidadã sobre barreiras e facilitadores do acesso aos **CSP** e do exercício pleno do *Direito à Saúde*. Para que as campanhas sejam

impactantes e alcancem mais indivíduos, os membros devem difundi-las através das suas plataformas, e assumi-las como próprias e não apenas como um produto da **Aliança para a Saúde**.

O processo de construção das mensagens deve ser conjunto, através de realização de workshops, onde, para além de construí-las, os membros deverão aprender com o processo.

Para que os membros estejam em melhores condições para trabalhar em **acções de advocacia** neste âmbito, será necessário melhorar a percepção sobre um conjunto vasto de conceitos: direitos humanos, *direito à saúde*, direitos das mulheres, direito ambiental, **DSS**, **CSP**, equidade em saúde, entre outros. Tal não será suficiente se não for acompanhado também por intervenções para construir um ambiente favorável e para abordar os próprios factores que influenciam os processos de tomada de decisão do governo, acima referidos, e sobretudo as normas de género e crenças moldadas por complexas estruturas de parentesco matrilinear e patrilinear alinhadas com construções sociais e culturais subjacentes sobre o sistema de saúde. E para se tornar efectivo este aumento de consciência, temos o segundo pilar que propõe várias sessões formativas.

Neste contexto, o terceiro pilar não se limita, portanto, apenas a acções de advocacia como as campanhas. Mas irá privilegiar também outros espaços e metodologias, como as mesas redondas, os workshops, as marchas e acções mais incisivas para o alcance do engajamento e participação da cidadania, de forma a permitir que a saúde seja um direito ao alcance de toda a população.

As **acções de advocacia** terão em conta a comunicação interpessoal (por exemplo, sessões informativas, demonstrações escolares, dramas comunitários, aprendizagem por meio de documentários, etc.) e de âmbito bidireccional, isto é, que promova a troca de ideias. Até que o público-alvo possa adquirir um conhecimento relativamente elevado e estar consciencializado sobre o *Direito à Saúde* e outras matérias tratadas pela **Aliança para a Saúde**, identificando-se assim com as acções e reconhecendo a necessidade de mudança.

Os canais de comunicação interpessoal podem facilitar e incentivar acções próprias e ajudar as pessoas a debater sobre as suas crenças e sentimentos, bem como sobre a sua capacidade de tomar as decisões e medidas mais convenientes. As actividades de comunicação interpessoal são, portanto, uma poderosa ferramenta para reforçar as mensagens divulgadas pelos meios de comunicação de massa, nas campanhas e acções que se pretendam realizar.

Privilegiar-se-á, no entanto, o uso das plataformas digitais (www.aliancaparasaude.org, redes sociais e outras), tanto para partilha de informação como para actividades formativas, com vista a melhorar a cobertura e alcance dos cidadãos. Para além das plataformas digitais, a **Aliança para a Saúde** pretende trabalhar com grupos artísticos e usar o potencial que a arte tem para provocar mudanças na/entre a cidadania, através de entretenimento educativo e outras formas de expressão artística (vídeo-arte, arte urbano, música, teatro, entre outras).

-
- ⁱ Medicus Mundi (eds.) (2018): *Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento. Relatório Técnico*. Barcelona.
<https://medicumundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>
- ⁱⁱ Ver a sua definição em: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health.
http://www.who.int/social_determinants/en
- ⁱⁱⁱ OMS (Fevereiro de 2019): *Cuidados de saúde primários*.
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- ^{iv} Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, 1978.
<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- ^v Paula Monjane (2017): *Fortalecimento de capacidades de social accountability na sociedade civil moçambicana*, Dezembro de 2017, Seminário de encerramento do Programa CEP. Maputo.
- ^{vi} MISAU (2017): *Termos de Referência dos Comitês de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde em Moçambique*. Maputo.
- ^{vii} MISAU (2017b): *Estratégia nacional para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de saúde (2017-2023)*. Maputo.
- ^{viii} Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (Carta de Banjul):
<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>
- ^{ix} Ibidem.
- ^x OMS (2014): *Saúde das pessoas: o que funciona: Relatório sobre a Saúde na Região Africana 2014*. OMS/AFRO. <http://bit.ly/2vKomaz>
- ^{xi} Ver também: FMO (2020): *Orçamento da saúde: a disparidade entre o discurso político e a prática (Policy Brief)*. Maputo
- ^{xii} MISAU (2020): *Relatório de Execução Orçamental (REO) Sector Saúde (Âmbito Nacional) Janeiro-Dezembro 2019 (Versão Final)*
- ^{xiii} Ver também: FMO (2020). Idem.
- ^{xiv} Medicus Mundi (eds.) (2018). Idem.
- ^{xv} Horton, R., et al (2014): *From public to planetary health: a manifesto*
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8)
- ^{xvi} Noticias ONU (2019): *Líderes mundiales aprueban la declaración de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal*. <https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>
- ^{xvii} Ver também: Namburete, D. (2018): *When a health system turns into a Tower of Babel: Mozambique's experience*. The Impact Initiative. November 2018.
<https://www.theimpactinitiative.net/blog/tower-babel-mozambique-experience>
- ^{xviii} UNICEF, 2017: *Informe Orçamental Saúde 2017*.
http://budget.unicef.org/mz/briefs/2017/UNICEF_BB2017_Health_PT_Final3.pdf
- ^{xix} Castells, M. (2002): *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura, Vol. I, A Sociedade em Rede*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- ^{xx} Medicus Mundi (eds.) (2019): *Agenda de Pesquisa da Aliança para os Cuidados de Saúde Primários (Aliança – CSP)*. Maputo.
<https://medicumundimozambique.org/files/2020/03/agenda-de-pesquisa-mm.pdf>
- ^{xxi} CESC (2017): *Estudo sobre a Participação da Comunidade e Gestão Escolar*. CEP – Programa Cidadania e Participação. Maputo.
- ^{xxii} Malena, C., Forster, R., and Singh, J., (2004): *Social Accountability: An Introduction to the Concept and Emerging Practice*. Social Development Series – Participation and Civic Engagement, Nº 76. World Bank. Washington, DC.
<http://documents.worldbank.org/curated/pt/327691468779445304/pdf/310420PAPER0So1ity0SDP0Civic0no1076.pdf>