



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS**

**WALTER VAN - TRIER MIGUEL**

**A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA POR MEIO DA  
PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS**

**JOÃO PESSOA-PB  
2016**

**WALTER VAN - TRIER MIGUEL**

**A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA POR MEIO DA  
PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências Jurídicas do Centro de Ciências Jurídicas da  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para a  
obtenção do título de Mestre em Ciências Jurídicas, na  
área de concentração de Direitos Humanos, linha de  
pesquisa inclusão social, proteção e defesa dos Direitos  
Humanos.

**Orientador:** Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros.

**JOÃO PESSOA-PB**

**2016**

M636e Miguel, Walter Van Trier.

A efetivação do direito à saúde em Angola por meio  
da participação dos cidadãos / Walter Van Trier Miguel.  
- João Pessoa, 2016.  
120 f.

Orientação: Robson Antão de Medeiros.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCJ.

1. Direitos humanos. 2. Direito à saúde - Angola. 3.  
Direito à saúde - Efetivação. 4. Participação dos  
cidadãos. 5. Procedimentos participativos sanitários.  
I. de Medeiros, Prof Dr Robson Antão. II. Título.

UFPB/BC

CDU 342.7 (043)

Ata da Banca Examinadora do Mestrando **Walter Van-Trier Miguel** candidato ao grau de Mestre em Ciências Jurídicas.

1 Às 13h00 do dia 30 de março de 2016, na sede do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas,  
2 Campus I da UFPB, nesta Capital, reuniu-se a Comissão Examinadora formada pelas seguintes  
3 Professores Doutores: **Robson Antão de Medeiros** (Orientador/UFPB), **Enoque Feitosa Sobreira**  
4 **Filho** (Avaliador Interno/UFPB), **Lorena de Melo Freitas** (Avaliadora Interna/UFPB) e **Hertha**  
5 **Urquiza Baracho** (Avaliadora Externo/UNIPÊ) para avaliar a dissertação de mestrado do aluno  
6 **Walter Van-Trier Miguel**, intitulada: **“A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM**  
7 **ANGOLA POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS”**, candidato ao grau de Mestre em  
8 Ciências Jurídicas, área de concentração em Direitos Humanos. Compareceram à cerimônia, além do  
9 candidato, professores, alunos e convidados. Dando início à solenidade, o professor Robson Antão de  
10 Medeiros (Orientador/UFPB) apresentou a Comissão Examinadora, passando a palavra ao mestrando,  
11 que discorreu sobre o tema dentro do prazo regimental. O candidato foi a seguir arguido pelos  
12 examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou então a Comissão, em caráter secreto, à  
13 avaliação e ao julgamento do referido trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito  
14 A PROVADO, o qual foi proclamado pela Presidência da  
15 Comissão, achando-se o candidato legalmente habilitado a receber o grau de Mestre em Ciências  
16 Jurídicas, cabendo à Universidade Federal da Paraíba providenciar, como de direito, o diploma de  
17 mestre a que o mesmo faz jus. Nada mais havendo a declarar, o presidente deu por encerrada a sessão,  
18 da qual eu, *Luisa de Araújo P. Gadelha*, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências  
19 Jurídicas, lavrei a presente ata que, assino com os demais componentes da Comissão Examinadora.  
20 João Pessoa, 30 de março de 2016. xxx

[REDAÇÃO MECANICA]

Luisa de Araújo P. Gadelha

Robson Antão de Medeiros

Enoque Feitosa Sobreira Filho

Lorena de Melo Freitas

Hertha Urquiza Baracho

Walter Van-Trier Miguel



Aos meus pais, familiares, Henriqueta Saul por  
todo apoio e ensinamentos de vida;  
Aos defensores da efetivação dos Direitos  
Humanos, no geral, e do direito à saúde, em  
particular, em Angola e no mundo pela vossa  
(e minha) luta contínua nesta seara.

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus Todo-poderoso e Senhor pela vida, sabedoria, inteligência, graça e oportunidade de começar e terminar a feitura do presente trabalho.

Aos meus pais, familiares e noiva por acreditarem em mim e me apoiarem em tudo que precisei.

Aos meus líderes cristãos (pastores e diáconos), irmãos e irmãs em Cristo e em particular aos jovens da Igreja do Evangelho de Jesus Cristo / Luanda pelas orações, ajudas diversas e compreensão da minha ausência no vosso seio.

A Igreja Batista de Manaíra, com destaque ao Pr. Aécio Fernandes, Aline Fernandes e Israel Cruz pelo agradável acolhimento no vosso seio, tal como mandam as Escrituras Sagradas. Deus é convosco sempre!

A toda *staff* da Fundação *Open Society* Angola pela bolsa concedida, por meio do convênio estabelecido entre as Universidades Lusíada de Angola (ULA) e Federal de Paraíba (UFPB). Agradecimento particular ao senhor Elias Isaac pelo apoio, estímulo, confiança e visão de futuro.

A senhora Dr.<sup>a</sup>. Constantina Pereira Furtado Machado, Diretora Geral do Hospital Américo Boavida (HAB) em Luanda/Angola, juntamente com seus colaboradores diretos pelo apoio ao longo desta formação, assim como pela oportunidade de labutar na Instituição que sabiamente diriges.

Aos meus *kambas* e colegas do GADG do HAB, nomeadamente Dr. Jerónimo Luís, Dr. Eliseu Salvador e Dr. Sidónio Caculo pela amizade, convivência e labor harmonioso.

Ao meu querido e estimável orientador, Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros, pela paciência, pertinente e sábio acompanhamento metodológico.

Aos meus professores, professoras e colegas de mestrado pela convivência salutar e partilha de conhecimentos e experiências de vida e academia.

Aos meus *manos* e compatriotas António Ventura, Celmira Alfredo Barros, Cláudio Tchivela, Martinho Kussoka e Salvador Freire pelos conselhos, ensinamentos, partilha de conhecimentos e experiência de vida, estilo de vida simples e boa convivência. Vocês foram (e são) bênçãos de Deus para minha vida!

A todos que direta e indiretamente estiveram comigo ao longo desta jornada acadêmica e contribuíram para o seu término com sucesso.

Muito obrigado!

[...] uma atuação pública que não persiga, que não procure um grau alto de participação cidadã, não contribui com o enriquecimento da vida democrática e se opera, portanto, em detrimento dos mesmos cidadãos aos quais se pretende servir.

Jaime Munoz, 2012, p.37-8

## RESUMO

A presente dissertação tem por objeto o exame da efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos. O objetivo é analisar esta efetivação através dos procedimentos participativos sanitários do País. Tendo em conta que esses procedimentos se apresentam limitativamente estruturados, fracos em sua utilização pelos cidadãos e diminutos em sua existência, o trabalho procura responder em que medida se torna necessário o fortalecimento e a expansão desses procedimentos, mormente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), visando à efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos. Para o efeito, a dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, analisa-se a saúde como um direito de todos e direito com todos. No segundo, sopesa-se a participação cidadã sanitária em Angola. No terceiro e último, apresentam-se instrumentos para assegurar a efetivação do direito à saúde em Angola mediante a participação cidadã. Por outro lado, adota-se o princípio *nenhum a menos* - que advoga o esforço concreto que deve ser realizado para se assegurar maior inclusão possível de pessoas, entidades, cosmovisões nas discussões e decisões sobre a defesa, promoção e plena efetivação dos direitos humanos no mundo - como marco teórico, o método de abordagem indutivo e como técnicas de coletas de dados a pesquisa bibliográfica e documental. Diante de tudo isto, percebe-se que o fortalecimento e a expansão são necessários na medida em que asseguram a compatibilização da atuação do SNS com as reais demandas sanitárias dos cidadãos, uma vez que estes passam a intervir direta e indiretamente nesta atuação, apresentando suas proposições e participando na tomada de decisões sobre a sua saúde e a da comunidade. Por esta razão, defende-se que a participação cidadã sanitária em Angola seja maior, inclusiva, democrática e efetiva, devendo-se, neste sentido, estabelecer um modelo participativo adequado, realizar ações direcionadas ao fortalecimento e expansão dos procedimentos participativos sanitários e promover a educação para a saúde e em direitos humanos aos cidadãos para participarem eficaz e eficientemente.

**Palavras-chave:** Angola. Direito à saúde. Efetivação do direito à saúde. Participação dos cidadãos. Procedimentos participativos sanitários.

## RESUMEN

La presente disertación tiene como objeto el examen del cumplimiento del derecho a la salud en Angola por medio de la participación de los ciudadanos. El objetivo es analizar este cumplimiento valiéndose de procedimientos participativos sanitarios del País. Puesto que esos procedimientos se presentan estructurados de forma limitada, son débiles en su utilización por los ciudadanos y diminutos en su existencia, el trabajo busca contestar en qué medida se hace necesario el fortalecimiento y la expansión de esos procedimientos, sobretodo en el ámbito del Servicio Nacional de Salud (SNS), con vistas al cumplimiento del derecho a la salud en Angola por medio de la participación de los ciudadanos. Para eso, la disertación se estructuró en tres capítulos. En el primero, se analiza la salud como un derecho de todos y derecho con todos. En el segundo se sopesa la participación ciudadana sanitaria en Angola. En el tercero y último, se presentan instrumentos para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud en Angola valiéndose de la participación ciudadana. Por otro lado, se adoptó el principio *Ni uno menos*— que aboga el esfuerzo concreto que se debe realizar para garantizar la máxima inclusión posible de personas, entidades, cosmovisiones, en las discusiones y decisiones sobre la defensa, promoción, y pleno cumplimiento de los derechos humanos en el mundo — como marco teórico, el método de abordaje inductivo y como técnicas de recolección de datos la pesquisa bibliográfica y documental. Ante todo, se concluye que el fortalecimiento y la expansión se hacen necesarios al paso que garantizan la compatibilización de la actuación del SNS con las reales demandas sanitarias de los ciudadanos, puesto que comienzan a intervenir directa e indirectamente en esta actuación, presentando sus proposiciones y participando en la toma de decisiones sobre su salud y la de la comunidad. Por esa razón, se defiende que la participación ciudadana sanitaria en Angola sea mayor, inclusiva, democrática y efectiva, debiéndose, en este sentido, establecer un modelo participativo adecuado, realizar acciones dirigidas al fortalecimiento y expansión de los procedimientos participativos sanitarios y promover la educación para la salud y en derechos humanos a los ciudadanos para que participen eficaz y eficientemente.

**Palabras clave:** Angola. Derecho a la salud. Cumplimiento del derecho a la salud. Participación de los ciudadanos. Procedimientos participativos sanitarios.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> , Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AJPD	Associação Justiça Paz e Democracia
al.	Alínea
ARS	Administrações Regionais de Saúde
Art. / Art.s	Artigo / Artigos
CADHP	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1981)
CASA / CE	Convergência Ampla de Salvação de Angola / Coligação Eleitoral
CCM	Comitês Consultivos Mistas
CEIC / UCAN	Centro de Estudos e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola
CF 88	Constituição da República Federativa do Brasil (1988)
CGH	Conselho Geral do Hospital
CNS	Comissão Nacional da Saúde angolana
CRA	Constituição da República de Angola (2010)
CRP	Constituição da República Portuguesa
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)
<i>e.g.</i>	<i>exempli gratia</i> , por exemplo
ECOSOC	<i>Economic and Social Council</i> , Conselho Económico e Social
EDH	Educação em Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
GU	Gabinete do Utente
INE	Instituto Nacional de Estatísticas angolano
JC	Júris de Cidadãos
LBSNS	Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (1992)
LC	Lei Constitucional (1992)
LCRPA	Lei Constitucional da República Popular de Angola (1975)

MP	Ministério Público angolano
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MS	Ministério da Saúde de Angola
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS/A	Organização Mundial da Saúde/ Escritório Regional Africano
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1966)
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRS	Partido de Renovação Social
RDA	República Democrática de Angola
RPA	República Popular de Angola
SNS	Serviço Nacional de Saúde angolano
SSFAA	Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas
SSMININT	Serviços de Saúde do Ministério do Interior
SUS	Sistema Único de Saúde (brasileiro)
THA	Tripanossomíase Humana Africana
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
UPA	União dos Povos de Angola
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humano

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DIREITO COM TODOS .....</b>	<b>17</b>
2.1	CONCEITO DE SAÚDE .....	17
2.2	CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE .....	24
2.3	PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS QUE GARANTEM A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA SAÚDE .....	32
2.3.1	Princípio da dignidade da pessoa humana .....	32
2.3.2	Princípio do Estado Democrático de Direito .....	34
2.3.3	Princípio da cidadania .....	39
2.3.4	Princípio da participação dos particulares na Administração Pública ....	42
2.4	A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ SANITÁRIA E AS RAZÕES PARA SUA PRÁTICA .....	44
<b>3</b>	<b>O DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA .....</b>	<b>50</b>
3.1	SITUAÇÃO GEOGRÁFICA, POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIODEMOGRÁFICA, ADMINISTRATIVA E SANITÁRIA ANGOLANA .....	50
3.2	O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE ANGOLA DE 2010 .....	61
3.3	O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE COMO O INSTRUMENTO DO ESTADO PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	67
3.4	A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE .....	75
<b>4</b>	<b>INSTRUMENTOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS ...</b>	<b>84</b>
4.1	EXPERIÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL, NA ITÁLIA, EM PORTUGAL E NO REINO UNIDO.....	84
4.2	ALTERAÇÃO DO MARCO NORMATIVO DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA SAÚDE.....	93
4.3	FORTALECIMENTO E EXPANSÃO DOS PROCEDIMENTOS PARTICIPATIVOS SANITÁRIOS NACIONAIS.....	97
4.4	PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS.....	102
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o final da Segunda Guerra Mundial (1945) e, principalmente, a partir dos anos 70 do século XX, que se defende e exige a participação dos cidadãos na saúde. O entendimento é que a participação é essencial para o melhoramento, promoção e proteção da saúde, que é direito de todos e direito com todos.

Não ignorando este fato, o ordenamento jurídico angolano institui que a organização, gestão e funcionamento dos serviços de saúde devem ser de acordo com os interesses dos utentes e das comunidades. Ou seja, reconhece-se a participação cidadã na saúde.

Esta participação, porém, revela-se fraca, reduzida à esfera hospitalar e somente com caráter consultivo. Os procedimentos participativos sanitários contribuem essencialmente para esta situação, na medida em que se apresentam limitativamente estruturados, fracos em sua utilização pelos cidadãos e diminutos em sua existência.

Tendo em vista esta realidade, a presente pesquisa procura enfrentar o seguinte problema: em que medida se torna necessário o fortalecimento e a expansão dos procedimentos participativos, mormente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), visando à efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos?

A hipótese é que o fortalecimento e a expansão desses procedimentos participativos tornam-se necessários na medida em que vão assegurar a compatibilização da atuação do SNS com as reais demandas sanitárias dos cidadãos, uma vez que estes passam a intervir direta e indiretamente nesta atuação, apresentando suas proposições e participando na tomada de decisões sobre a sua saúde e a da comunidade.

Assim, o objetivo geral é analisar a efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos, focando-se na necessidade do fortalecimento e expansão dos procedimentos participativos sanitários do País.

Os objetivos específicos consistem em: a) analisar o direito à saúde, considerando seu conceito, caracterização jurídica, razões e papel do Estado e dos cidadãos na sua efetivação; b) sopesar o direito à saúde em Angola, focalizando-se nos principais instrumentos normativos vigentes no ordenamento jurídico nacional; c) descrever o estado atual da saúde angolana, focando-se na estruturação e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e na participação dos cidadãos no mesmo; e) verificar a efetividade e influência dos atuais procedimentos de participação dos cidadãos na organização e funcionamento do SNS; f) apresentar subsídios para a efetivação do direito à saúde no País por meio da

participação dos cidadãos, com o foco no fortalecimento e expansão dos procedimentos participativos sanitários.

A pesquisa justifica-se por três razões principais. A primeira, é que desde 2008 teve início à reforma do Sistema Nacional de Saúde angolano, na qual a existência de uma gestão eficiente do sistema e a prestação de serviços de qualidade e humanizados aos utentes se encontram entre as principais bases deste processo. Nesse âmbito, se requer a ativa participação dos cidadãos no sistema.

Contudo, o espaço público de participação apresenta-se nos moldes já descritos anteriormente. Assim, esta pesquisa visa contribuir no processo de reforma do sistema de saúde angolano em vigor, mormente na questão da participação cidadã sanitária.

A segunda razão tem a ver com a insuficiência de doutrina angolana ligada direta ou indiretamente a temática ora escolhida. Até onde vai o conhecimento do autor, não há registro de bibliografia nacional nesta área e com esse foco. Logo, esta pesquisa é um tijolo a ser colocado neste edifício.

Por último, o artigo 1.º da Constituição da República de Angola de 2010 (CRA) estabelece que a República de Angola “tem como objectivo fundamental a construção de uma sociedade livre, justa, democrática, solidária, de paz, igualdade e progresso social”. A presente pesquisa visa contribuir também nesta “construção”.

Para a realização da pesquisa, adota-se como marco teórico o princípio *nenhum a menos* formulado por Narbal Marsillac em seu artigo científico intitulado “*Justiça, globalização e conhecimento retórico*” (2013). Marsillac aborda o papel que o conhecimento retórico pode ter na instituição do diálogo intercultural dos direitos humanos.

O princípio refere-se à proposta do esforço que deve ser feito para ampliação do espectro e alcance do diálogo entre todos os intervenientes do Direito Internacional dos Direitos Humanos na defesa e promoção dos direitos humanos.

O princípio teve como fonte de inspiração o filme “Nenhum a menos” de Zhang Yimou, no qual se retrata o esforço de uma jovem professora de evitar que nenhum de seus pequenos alunos ficasse longe da sala de aula e, consequentemente, fora dos debates e do aprendizado.

Para Marsillac (2013, p.614), esforço similar deve ser feito no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos com o “intuito de se dialogar com todos os habitantes do planeta”. Igualmente, sugere que “A expressão *nenhum a menos* precisaria corresponder à atitude básica de todos os envolvidos na defesa e promoção dos direitos humanos em ampliar ao máximo o espectro e o alcance das discussões”.

O conteúdo do princípio *nenhum a menos* pode ser sintetizado assim: a) dialogar com todos os povos e etnias possíveis, favorecendo a inclusão de todas as cosmovisões existentes no globo, não tratando nenhuma delas como inferior ou como mero folclore; b) não permitir nenhum povo ou cultura a menos ou fora da participação das discussões; c) contribuir sempre para o aperfeiçoamento do diálogo.

A essência deste princípio é o esforço ampliado que deve ser feito para reunir todos os intervenientes da defesa e promoção dos direitos humanos num diálogo amplo, profundo, tolerante, recíproco, sem superioridade ou inferioridade de ninguém, a fim de se estabelecer um consenso razoável sobre o conteúdo e aplicação dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana em todas as comunidades culturais. Portanto, atingir uma maior participação nas discussões sobre defesa e promoção dos direitos humanos é a sua pretensão.

Embora ligado à promoção do diálogo intercultural dos direitos humanos, seu alcance vai além. Por exemplo, do ponto de vista político, o princípio *nenhum a menos* sugere a necessidade de se efetuar esforços (políticos) suficientes e adequados para se congregar no diálogo, discussão, aprovação e governação do Estado todas as “forças vivas da nação”, rumo a sua estabilidade político-social e desenvolvimento sustentável.

No sistema da saúde, o princípio sugere que na formulação das políticas públicas do setor e na organização, funcionamento e gestão dos serviços de saúde seja reunido o maior número possível de cidadãos, opiniões, opções, perspectivas, planos etc., não aceitando ou desistindo facilmente da não participação de nenhum deles nesses processos, a fim de se encontrar soluções consensuais e práticas que efetivem o direito à saúde e tenham efeitos reais na vida das pessoas.

Considerando que esta pesquisa se propõe em analisar a efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos, mediante o fortalecimento e a expansão dos procedimentos participativos sanitários, o princípio *nenhum a menos* se mostra potencial e fundamental para embasá-la. Ora, o fortalecimento e a expansão desses procedimentos implicam a realização esforços políticos, econômicos, sociais, jurídicos, culturais etc., para se agregar no diálogo e discussões sobre o sentido, conteúdo e concretização do direito à saúde o maior número possível de cidadãos, sem menosprezo ou superioridade de nenhum deles, não aceitando ou desistindo facilmente da não participação dos mesmos no diálogo, discussões e efetivação do direito em referência.

A pesquisa é qualitativa, porquanto se procura analisar a efetivação do direito à saúde por meio da participação dos cidadãos, demandando isto identificar e explicar a natureza dos fatores que determinam, contribuem e ou dificultam esta realidade em Angola.

Uma vez que serão observados e analisados estes fatores, assim como algumas premissas particulares e essenciais a temática que, certamente, conduzirão a confirmação ou negação da hipótese avocada, o método de abordagem adotado é o indutivo.

As técnicas de coleta de dados são a pesquisa bibliográfica e a documental. A pesquisa bibliográfica ocorre a partir de livros, periódicos e dissertações sobre a temática ou conexa. Nesta, predomina a bibliografia estrangeira por causa da insuficiência de bibliografia angolana sobre o tema. A documental, na seleção e análise de alguns documentos oficiais angolanos relativos à matéria, sobretudo os do Ministério da Saúde angolano (MS), e outros documentos pertinentes à pesquisa, nomeadamente os do Centro de Estudo e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (CEIC/UCAN).

A dissertação tem três capítulos. O primeiro capítulo analisará a saúde como direito de todos e direito com todos, uma vez que isto é fundamental para se dimensionar e compreender a participação dos cidadãos na sua efetivação, bem como apreender parâmetros de aferição da concretização do direito em referência. Para o efeito, se sopesará o conceito de saúde, a caracterização jurídica do direito à saúde, os princípios constitucionais do ordenamento jurídico angolano que garantem a participação dos cidadãos na saúde e a importância da participação cidadã sanitária, assim como as razões para sua prática.

No segundo, se discutirá o assunto central da pesquisa e sopesar-se-á o direito à saúde considerando o contexto angolano. Assim, se discorrerá sobre a situação geográfica, política, econômica, sociodemográfica, administrativa e sanitária do País - por isto ter incidência direta na saúde dos cidadãos, o regime jurídico-constitucional da saúde, o SNS como meio estatal de efetivação do direito à saúde e a participação dos cidadãos neste Serviço.

No terceiro e último capítulo, serão propostos alguns instrumentos que podem auxiliar na efetivação do direito à saúde no País por meio da participação dos cidadãos. Assim, apontam-se como tais o acolhimento (crítico) de algumas experiências da participação dos cidadãos na efetivação do direito à saúde ocorridas no Brasil, Itália, Portugal e Reino Unido, a alteração do marco normativo da participação cidadã na saúde, o fortalecimento e a expansão dos procedimentos participativos sanitários nacionais e a promoção da educação para a saúde e a Educação em Direitos Humanos (EDH).

Antes de adentrar no tema, importa, para melhor compreensão, esclarecer o sentido dos principais termos usados no presente trabalho. Assim, por procedimento participativo sanitário (o mesmo que instâncias ou órgãos de participação popular na saúde) quer se referir qualquer instância ou órgão criado pelo Poder Público ou pela sociedade civil que serve de

espaço ou instrumento público democrático no setor da saúde, assegurador da efetiva participação cidadã sanitária.

Participação cidadã sanitária (ou participação dos cidadãos na saúde ou ainda participação popular na saúde) consiste na intervenção direta e indireta dos cidadãos na organização, gestão, funcionamento e avaliação dos serviços de saúde, bem como na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde, visando à efetivação do direito à saúde.

Atenta-se para o seguinte: em Angola, a participação cidadã sanitária pode ocorrer também em termos financeiros devido ao princípio da comparticipação dos utentes nos custos de saúde, que determina o pagamento por parte dos utentes pelo gozo da prestação dos serviços de saúde recebida das entidades sanitárias públicas. Porém, neste trabalho este aspecto não será considerado. Ter-se-á em conta somente a participação nos moldes definidos acima.

Efetivação do direito à saúde refere-se ao acesso igualitário (em termos econômicos, financeiros, geográficos, educacionais sanitários etc.) dos indivíduos quer aos serviços públicos de saúde quer aos demais bens e serviços que cooperam para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde e da comunidade, proporcionando-lhe bem-estar e qualidade de vida.

A participação deve ocorrer em todo o sistema de saúde. Porém, tendo em conta que o sistema de saúde angolano compreende três setores, nomeadamente o público, o privado (no direito brasileiro designa-se por “complementar” ou “suplementar”) e o de medicina tradicional (ainda não incluído no setor público), abrangendo o setor público o SNS, que é a principal instituição estatal vocacionada para a efetivação do direito à saúde no País, os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA) e os serviços de saúde do Ministério do Interior (SSMININT), o foco recai sobre o SNS. Assim, abordando-se a saúde angolana estará a se referir e refletir essencialmente acerca do papel dessa instituição estatal (SNS) na prossecução da efetivação do direito à saúde no País.

## 2 SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DIREITO COM TODOS

A saúde é um direito de todos e direito com todos. Direito de todos porque é um direito subjetivo público<sup>1</sup> que deve ser desfrutado por todo ser humano, sem nenhuma discriminação, impingindo ao Estado os deveres e obrigações de efetivá-lo plenamente. Direito com todos porquanto sua efetivação requer a efetiva participação cidadã.

Esse *status* do direito à saúde gera consequências jurídicas e políticas<sup>2</sup> profundas, que se repercutem na busca por uma completa realização desse direito. Essas consequências evidenciam as razões existentes para a promoção, proteção e recuperação da saúde pelo Estado e demais atores políticos e sociais, bem como para a participação ativa dos cidadãos na sua efetivação.

No presente capítulo, procura-se analisar esta realidade, uma vez que isto é fundamental para dimensionar e compreender a participação cidadã sanitária, assim como apreender parâmetros de aferição de efetivação do direito à saúde.

O conceito de saúde, a caracterização jurídica do direito à saúde, os princípios constitucionais do ordenamento jurídico angolano que garantem a participação cidadã sanitária e a importância da participação dos cidadãos na saúde, assim como as razões para sua prática ocupam esta análise.

### 2.1 CONCEITO DE SAÚDE

O direito à saúde tem como objeto a saúde. Consequentemente, sua análise impõe que primeiramente se entenda o que ela é, se apreenda sua abrangência e sentido. A outra razão, é que isto influí também na compreensão do conteúdo deste direito.

---

<sup>1</sup> Entende-se por direito subjetivo público aquele que confere ao seu titular um poder de exigir a adoção, por parte dos poderes públicos, de condutas positivas e negativas adequadas à sua proteção e promoção. Neste sentido, também caminha Germano Schwartz (2001, p.56-87, 121, 163), defendendo que a saúde é um direito público subjetivo.

<sup>2</sup> É comum a doutrina do direito da saúde referir que este direito comporta dimensões jurídicas e políticas (sem prejuízo de outras dimensões, como a econômica, social, cultural etc.) muito fortes. Por exemplo, Saulo Pivetta (2014, p. 19-20) defende que o direito à saúde, avocada pelo Autor de “saúde pública”, é uma questão fortemente jurídica e também um problema político. Em sentido semelhante se posiciona Sérgio Deodato (2012, p.12), quando ao analisar a norma constitucional portuguesa que prevê o serviço nacional de saúde como o principal meio de prestação de cuidados de saúde naquele País, conclui que essa opção “determina todo o quadro jurídico (e também político) relativo à prestação dos cuidados de saúde”. Disto decorre o pensamento segundo o qual abordar a saúde implica necessariamente tocar em aspectos políticos e jurídicos direta e indiretamente associados a ela.

Mediante uma abordagem histórica panorâmica do direito à saúde pode-se alcançar este desiderato. De acordo com Julio da Rocha (2011, p.16), a discussão do conceito de saúde atravessou séculos, revelando dois pensamentos distintos sobre o tema: de um lado o entendimento de que a saúde se relacionava com o meio ambiente e as condições de vida dos homens; do outro, o conceito de saúde como ausência de doenças.

Essa busca constante de entender o que é a saúde é compreensível. Basta notar que, desde a sua existência na face da terra, o ser humano sempre se preocupou com sua saúde, procurando a todo o momento, custo e de várias maneiras preservá-la. A história demonstra este fato.

Nas sociedades primitivas, a concepção de saúde era mágico-religiosa. Pensava-se nela como sendo uma forma de eliminação das doenças que acometiam os seres humanos, causadas por espíritos malignos, que deveriam ser expulsos para a recuperação da saúde. Daí a razão da existência dos curandeiros, xamãs e druidas, que eram as pessoas incumbidas de expulsar esses espíritos e curar os males que afetavam as pessoas (SCHWARTZ, 2001, p.28).

Nas comunidades mais entranhadas pela religião monoteísta (*e.g.* o caso do povo de Israel), a preservação e recuperação da saúde dependiam de sua obediência ao seu Deus. Por exemplo, da obediência do povo israelita aos estatutos e mandamentos dados por Jeová Deus a ele resultava “boa” saúde, livramento das enfermidades e, em caso de doença, cura, porquanto Deus é “o Senhor que te sara” (ÊXODO 15:26<sup>3</sup>).

Na Grécia Antiga, a percepção de saúde/doença tinha aspectos científicos. Por um lado, afastou-se desse campo o ranço mágico-religioso, característico das sociedades primitivas e bíblicas. Por outro, o brocado “*Mens Sana In Corpore Sano*”, formulado pelos gregos da cidade-estado de Esparta, se apresentava como o marco primeiro da definição de o que é ter saúde (SCHWARTZ, 2001, p.29).

Na ótica dos gregos da cidade-estado de Esparta, saúde envolve ter uma mente sadia num corpo são. A saúde demanda, assim, a existência de um equilíbrio salutar entre o corpo e a mente, um equilíbrio saudável no modo de vida de uma pessoa.

Os trabalhos desenvolvidos por Hipócrates foram significativos nesta área. Este filósofo grego apartava a religião do campo das doenças (SCHWARTZ, 2001, p.30), e

---

<sup>3</sup> O trecho desta passagem bíblica é: “*e disse: Se ouvires atento a voz do Senhor, teu Deus, e fizeres o que é reto diante dos seus olhos, e deres ouvido aos seus mandamentos, e guardares todos os seus estatutos, nenhuma enfermidade virá sobre ti, das que enviei sobre os egípcios; pois eu sou o Senhor, que te sara*” (BÍBLIA SAGRADA, Revista e Atualizada, 1993).

referia que a cidade e o tipo de vida influenciavam a saúde dos habitantes, razão pela qual as doenças deveriam ser tratadas de acordo com as particularidades locais (DALLARI, 1988, p.58).

Importa realçar que o pensamento de Hipócrates ainda tem influenciado a estruturação dos sistemas de saúde atuais. Tem servido de fundamento para o estabelecimento da descentralização destes sistemas que, sob esta ótica, devem existir o mais próximo possível da população para lhe assegurar pronta assistência e cuidados de saúde.

A doutrina de Hipócrates também evidencia que a forma como as cidades estão organizadas e funcionam, assim como o estilo de vida adotado pelo indivíduo determinam o nível de saúde que se pode gozar. Neste sentido, o sedentarismo, os montões de lixos nas comunidades, a falta de saneamento básico, a má urbanização das cidades etc., afetam prejudicialmente a saúde coletiva e individual; a inexistência destes fatores a favorece.

Igualmente, o ensino deste filósofo grego deixa implícita a necessidade da participação da comunidade na saúde. Por ser a conhecedora do seu contexto particular e das suas reais e prementes demandas sanitárias, somente a comunidade está em melhores condições de definir o que precisa ser feito, com que urgência e circunstâncias a fim de se garantir saúde a todos. Daí ser imprescindível a participação cidadã sanitária.

A Roma Antiga trilhou os passos dos gregos clássicos quanto à concepção do que era a saúde/doença. A abordagem seguiu também marcos científicos. Nela foram realizadas grandes ações sanitárias, mais de carácter preventiva e curativa, com destaque para construção de “[...] aquedutos, implantação de latrinas, as termas e também prevenção e tratamento médico de populações mais pobres por meio da medicina pública” (LADEIRA, 2012, p.74).

Nesta época, embora a ênfase era na saúde curativa, já começam a despontar luzes sobre a prevenção da saúde, passando essa a ser encarada como a via segura para se garantir melhor saúde a todos.

Na Idade Média, verificou-se um retrocesso na percepção da saúde mediante a ciência. Regressa-se às práticas supersticiosas pré-Antiguidades Grego-Romana, tendo como expoentes a Igreja Católica Romana e os monarcas ingleses e franceses. A doença era concebida como um castigo de Deus, indício de pecado cometido, cuja cura somente viria se ela fosse merecida. Assim, o que se buscava em caso de enfermidade era ou o perdão e bênção da Igreja ou o toque “milagroso” do monarca para a cura, e não a ajuda de um médico (SCHWARTZ, 2001, p.31).

No Renascimento, a saúde teve uma conotação fundamentalmente preventiva. A preocupação das cidades era prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais, aumentando o poder das cidades em matéria de higiene. Neste período, a concepção de saúde favorece a limpeza e os exercícios corporais que evitam o recurso aos medicamentos (DALLARI, 2003, p.39-40). Foi um período onde se procurou combater a medicalização da vida, fenômeno muito comum nos dias hodiernos.

No século XVII, ocorreram grandes descobertas científicas no campo da saúde, fruto da abordagem científica impregnada ao setor, tais como o conhecimento do quinino para tratar a malária, o reconhecimento dos sintomas das diabetes e a descoberta das bactérias.

Nos séculos XVIII e XIX, em pleno Estado liberal e sociedade industrial, a saúde tinha uma função mais “econômica” do que “social”. A ênfase recaia sobre a proteção da saúde dos trabalhadores, visando-se salvaguardar a produção capitalista, visto que “Uma vez doente (‘estragado’), o trabalhador deve ser curado (‘consertado’), a fim de que a produção não cesse” (SCHWARTZ, 2001, p.33).

Esta realidade também se verificou em Angola durante o regime colonial português. Este foi caracterizado por um sistema de saúde acessível a uma minoria privilegiada, orientado para a resolução dos seus problemas de saúde e dos que afetavam a produtividade econômica da colônia (ANGOLA, 2010).

Relativamente a este aspecto, é bem contundente a asseveração de Suely Dallari (1988, p. 58) de que “a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado”.

Por esta razão, os capitalistas começaram a exigir que o Estado cuidasse da saúde pública para salvaguardar o processo de acumulação de riquezas, uma vez que este impunha que os trabalhadores estivessem em seu melhor estado de saúde possível para o cumprimento de suas obrigações laborais.

Ladeira (2012, p. 75) menciona que:

[...] sob a égide do Estado liberal preconizava-se a ausência estatal de interferências na liberdade individual, mas, em se tratando de políticas de saúde pública, admitiam-se incursões estatais na esfera individual, para assegurar o controle de epidemias e propagação de doenças.

Assim, o Estado estava “proibido” de interferir na liberdade dos indivíduos capitalistas no concernente a saúde, apenas podendo fazê-lo quando se tratasse de assegurar o controle de epidemias, endemias e propagação de doenças. Meios muito usados neste processo foram as vacinas e os isolamentos de pacientes com doenças altamente contagiosas.

A partir do século XX deu-se um grande salto na concepção de saúde. As transformações sociais ocorridas neste período (por exemplo, a Revolução Russa de 1917) e as grandes guerras na época fizeram com que fosse repensada a ideia da saúde curativa, até então dominante. A tese preventiva da saúde ganha mais espaço. Esta deveria ser efetuada pelo Estado interventor, mediante serviços básicos de atividade sanitária (SCHWARTZ, 2001, p.34).

Foi com o fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e a criação de organizações internacionais vocacionadas para assegurar a paz e segurança mundiais, por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU), que se modificou completamente a percepção do que é a saúde. A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, agência especializada da ONU para as questões de saúde, foi decisiva neste aspecto.

Em 1946, no preâmbulo de sua Constituição, a OMS definiu a saúde como sendo o “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de agravos ou enfermidades”. Este conceito é considerado como o primeiro princípio básico para a felicidade, as relações harmoniosas e segurança de todos os povos<sup>4</sup>.

Não obstante as virtudes que apresenta, como se verá mais adiante, esse conceito sofre várias críticas. Marco Segre e Flávio Ferraz (1997, p.539-41) acusam-no de ser “irreal, ultrapassada e unilateral”. Irreal porque aludindo ao “perfeito bem-estar” coloca uma utopia, uma vez que não é possível caracterizar esta expressão; ultrapassada porque ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social; unilateral porquanto apregoa uma qualidade de vida objetiva, ignorando o subjetivismo.

Germano Schwartz (2001, p.36), por sua vez, caracteriza-o como um conceito não operacional, pois depende de várias escalas decisórias que podem não implementar suas diretrizes, sendo a principal, a falta de vontade política do Estado para a aplicabilidade deste conceito, uma vez que as verbas públicas correm o risco de não serem suficientes para a consecução do pretendido completo bem-estar físico, social e mental.

De igual modo se pronuncia Magno Brandão (2009, p.55-56), para quem o conceito é utópico, pois espelha que a “saúde é algo não atingível ou mesmo que não pode ser violada”.

---

<sup>4</sup> Constituição da OMS. Essa Constituição foi aprovada em 22 de julho de 1946 por representantes de 61 Países, na cidade norteamericana de Nova Iorque, e entrou em vigor no dia 07 de abril de 1948 (considerado Dia Mundial da Saúde). Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

Essas críticas revelam muitas situações que podem e, infelizmente, impedem a efetivação do direito à saúde. Dentre todas, atenta-se, por exemplo, para a falta de vontade política do Estado na concretização deste direito, que se apresenta como o principal “calcanhar de Aquiles” da efetivação tanto do direito à saúde quanto dos demais direitos. Assim, por mais recursos naturais, financeiros e humanos que existam num determinado Estado, não havendo vontade política para a efetivação dos direitos estes não serão concretizados, salvo se houver uma “A luta pelo Direito”.

Observa-se, porém, que mesmo com essas críticas, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recebido aceitação geral. Germano Schwartz (2001, p.35) afirma que este conceito:

[...] alargou o conceito de saúde, que anteriormente estava resignado aos aspectos “curativos” e “preventivos”. Adentra na chamada “promoção da saúde” ao propor que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também um completo bem-estar, seja físico, mental ou social.

Com a adição do aspecto promocional, a saúde passa a ser sopesada atendendo os seus três aspectos constitutivos: o curativo, o preventivo e o promocional. De acordo com Germano Schwartz (2001, p.27), ao aspecto curativo associa-se o elemento recuperação da saúde, redução do risco de doença e proteção está ligada ao aspecto preventivo da saúde e à promoção da saúde a questão da qualidade de vida.

No mesmo sentido se posiciona Fernando Ladeira (2012, p.73), que relaciona esse alargamento com o conteúdo do direito à saúde:

A ampliação do conceito de saúde implica ampliação do próprio conteúdo do direito à saúde que deixa de apresentar uma conotação simplesmente individual, focada exclusivamente no indivíduo saudável, para comportar, também, aspectos coletivos, na medida em que inexiste saúde individual desvinculada da qualidade do ambiente e da saúde dos demais indivíduos de uma mesma coletividade.

Do pensamento de Ladeira, intui-se que o direito à saúde passa a comportar também aspectos coletivos, derribando-se, assim, a noção essencialmente individualista da saúde então em voga, mormente no período do Estado liberal. Com efeito, começa a vigor a ideia segundo a qual a promoção e proteção da saúde são do interesse e responsabilidade de todos.

Nota-se que por ser do interesse e responsabilidade de todos, é necessário que todos façam parte da efetivação do direito à saúde. À luz do princípio *nenhum a menos*, deve-se realizar ações que procurem ampliar este debate a todos os sujeitos de direito, incluindo-os na prática desta tarefa, de modo a se conseguir consensos razoáveis que implementam e concretizam o direito à saúde.

Para Suely Dallari (2012, p.84), o conceito de saúde da OMS recupera a experiência predominante na história da humanidade de que a saúde está diretamente ligada ao bem-estar do homem, tanto interiormente quanto em sua relação com o ambiente físico e social onde ele se insere.

Nesta ordem de pensamento, nota-se que a saúde implica a existência de condições mínimas que garantem vida digna ao ser humano, precisando este habitar num ambiente sadio, não poluído, social e politicamente estável, ter um emprego estável, educação de qualidade, seguridade social etc.

Moacir Sciliar (2007, p.37) defende que o conceito de saúde da OMS implica o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde.

É certo que o reconhecimento (formal) não garante sua efetivação, porém já serve de base para reivindicação e concretude do direito à saúde. Consequentemente, o Estado tem a obrigação jurídica de adotar medidas legislativas, administrativas, judiciais, procedimentais ou de outra natureza para efetivar este direito, atuando na sua promoção, proteção e recuperação.

Outra conotação positiva desse conceito de saúde é, segundo Suely Dallari (2012, p.85-6), a exigência da efetiva participação da comunidade na garantia do direito à saúde. Essa participação mostra-se fundamental para delimitação desse conceito, na medida em que através dela é possível precisar as ações e serviços de saúde que os Estados devem garantir ao seu povo.

Observa-se ainda que nesse conceito está implícita a universalização da saúde. Assim, a saúde não pode ser desfrutada somente por aqueles que têm possibilidades financeiras/econômicas ou que são trabalhadores, tal como se verificou no período liberal e nos anos mais recentes em diversos Países (e.g. em Angola, no Brasil). Pode, isto sim, ser gozada por todas as pessoas humanas, independentemente de sua condição econômica/financeira ou social.

Esta afirmação procede porque a saúde é o primeiro requisito de uma vida minimamente satisfatória (SCHWARTZ, 2001, p.172), e um bem indispensável à preservação da dignidade do ser humano. Sem saúde não se pode falar em vida digna (embora outros fatores também concorram para isto), nem respeito à dignidade da pessoa humana.

Por esta razão, justifica-se a pronta promoção, proteção e recuperação da saúde que se deve proporcionar a todos os seres humanos, uma vez que, nos termos do n.1 do art. 12

do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1966 (PIDESC), se reconhece “o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado nível de saúde física e mental”.

Importa sublinhar ainda que o conceito atual de saúde reconhece duas vertentes: uma positiva e outra negativa. Na primeira, a saúde é vista e alcançada através da promoção da saúde, isto é, pela busca da qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. Na segunda, olha-se para a saúde como ausência de doença.

Dessas vertentes decorrem várias consequências práticas. Quando não se promove a saúde dos cidadãos, proporcionando as condições necessárias para o efeito (por exemplo, fornecimento de água potável e energia elétrica, acesso aos serviços essenciais de educação geral e para a saúde, atribuição de moradia condigna, disponibilidade de alimentação adequada e segura, criação de emprego e meio ambiente laboral sadio, saneamento básico etc.) não se está a concretizar o direito à saúde. Por outro lado, quando não se assegura acesso igualitário dos indivíduos aos serviços de saúde, para sua adequada recuperação, também não se está a efetivar este direito.

Desse modo, na busca pela efetivação do direito à saúde ambas vertentes precisam ser consideradas, sob pena de se verificar uma efetivação mutilada.

Face ao exposto, percebe-se que o ser humano sempre se preocupou e buscou preservar a sua saúde ao longo dos tempos. Por outra, o conceito de saúde é evolutivo, não obstante o da OMS lograr êxitos de aceitação geral nos dias atuais.

Assim, a saúde pode ser conceituada como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas de ausência de doenças, cuja efetivação ocorre mediante sua promoção, proteção e recuperação tanto pelo Estado quanto pelo indivíduo, assegurando minimamente vida digna ao seu titular e a comunidade.

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE

Devido à abrangência e sentido do seu conceito contemporâneo, a saúde tem recebido vasto tratamento jurídico, tanto no ordenamento jurídico internacional quanto no nacional (angolano). Este tratamento sugere diversas características deste direito, bem como possíveis alternativas para sua efetivação.

Observa-se, *ab initio*, que o direito à saúde é um direito humano. É reconhecido como tal em diversas normas jurídicas dos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, com destaque para os artigos 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos

de 1948<sup>5</sup> (DUDH), 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1966 (PIDESC)<sup>6</sup> e 16 da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981<sup>7</sup> (CADHP).

O art. 25 da DUDH reza:

- 1.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.
- 2.A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma proteção social.

O art. 12 do PIDESC prevê:

1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir.
2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:
  - a) A diminuição da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança;
  - b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;
  - c) A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;
  - d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.

A CADHP estabelece no seu art. 16:

- 1.Toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir.
- 2.Os Estados Partes na presente Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença.

Em conformidade com as diretrizes traçadas por esses instrumentos jurídicos, têm-se que o direito à saúde, enquanto direito humano: a) deve ser gozado até ao mais elevado nível possível por todas as pessoas humanas, sem distinção de raça, cor, etnia, opção política ou filosófica, local de nascimento, religião, sexo, condição econômica ou social; b) aos Estados

---

<sup>5</sup> Adotada e proclamada pela Resolução n. 217-A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.

<sup>6</sup> Angola aderiu através da Resolução da Assembleia do Povo 26-B/91, de 27 de dezembro, publicada no Diário da República, n. 53, I Série.

<sup>7</sup> Angola aderiu por meio da Resolução 1/91, de 19 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série n. 3/91.

cabe o dever e obrigação jurídicos principal de, progressivamente, implementarem políticas públicas de saúde<sup>8</sup>, bem como criarem instituições públicas prestadoras de serviços de saúde com qualidade e humanização; c) o direito à saúde integra a liberdade de cada um controlar a sua própria saúde e corpo, bem como a responsabilidade de participar ativamente na sua efetivação.

Vale observar que os direitos humanos são um conjunto de direitos mínimos que asseguram o respeito e proteção da dignidade da pessoa humana, promovendo a liberdade, a igualdade, solidariedade e responsabilidade entre todos os seres humanos, enquanto sujeitos de direitos, dentro e fora dos seus respectivos Estados de origem ou nascimento.

Esses direitos influenciam profundamente a atuação dos Estados. Giussepe Tosi (2010, p.67), partindo do pressuposto que a positivação dos direitos humanos os converte em obrigações jurídicas que vinculam as relações internas e externas dos Estados, observa que:

Enquanto conjunto de normas jurídicas, os direitos humanos tornam-se também critérios de orientação e de implementação das políticas públicas institucionais nos vários setores. O Estado assume assim um compromisso de ser o promotor do conjunto dos direitos fundamentais, não apenas do ponto de vista “negativo”, isto é, não interferindo na esfera das liberdades individuais dos cidadãos, mas também do ponto de vista “positivo”, implementando políticas que garantam a efetiva realização desses direitos para todos.

Decorre desta observação, o entendimento segundo o qual os direitos humanos têm a força de orientar a criação e implementação de políticas públicas institucionais, capazes de modelar positivamente a atuação estatal perante os cidadãos e de transformar o Estado no seu principal promotor, devendo este evitar a prática de atos lesivos a estes direitos e promover condições jurídicas e materiais para sua concretização.

Sublinha-se que o direito à saúde, enquanto direito humano, tem como titular todos os seres humanos, independentemente de qualquer critério qualificativo. A ninguém deve ser negado o desfrute do mais alto nível possível de saúde física, mental e social. Nem ao pobre, nem ao imigrante, nem a um opositor político etc., deve ser negado este direito.

Igualmente, a efetivação desse direito não está dissociada da realização de outros direitos, nomeadamente os civis, políticos, econômicos, culturais etc. Assim, embora se assegure os direitos sociais, econômicos e culturais aos cidadãos, é necessário que lhes sejam também garantidos os direitos políticos e civis. A liberdade de pensamento e de expressão,

---

<sup>8</sup> De acordo com Ricardo da Silva (2010, p.164), as políticas públicas de saúde correspondem ao conjunto de ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento do setor, englobando as atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal e as relacionadas à regulação de atividades realizadas pela iniciativa privada no sistema complementar.

o direito à vida, a liberdade de religião e crença, o fácil acesso à tutela jurisdicional efetiva etc., devem igualmente ser assegurados, na prática, aos mesmos, uma vez que contribuem positivamente para a sua saúde.

Realça-se também que o direito à saúde pode ser exigido individual e ou coletivamente ante os tribunais<sup>9, 10</sup>, quando não estiver sendo efetivado pelo Poder Público. Neste processo, são fundamentais a atuação do Ministério Público (MP), das associações de defesa e promoção dos direitos humanos, bem como dos próprios cidadãos, individualmente considerados, quando notarem seu direito violado ou em iminência de violação.

No plano do direito interno, a saúde é, antes de mais, um direito fundamental<sup>11</sup>. A maioria das constituições contemporâneas reconhece o direito à saúde como um direito fundamental de todo cidadão. Assim faz a Constituição da República de Angola (CRA) no seu art. 77, cuja análise será feita em sede própria.

Os direitos fundamentais são os direitos mais importantes das pessoas, num determinado tempo e lugar, isto é, num Estado concreto ou numa comunidade de Estados (ANDADRE, 2009, p.17). São aqueles direitos que visam à proteção do ser humano enquanto pessoa humana (HILÁRIO; WEBBA, 2011, p.17).

Esses direitos constituem o baluarte da dignidade da pessoa humana dos cidadãos nos respectivos Estados ou comunidades de origem ou residência, na medida em que limitam o poder do Estado e asseguram-nos condições para desenvolverem as suas potencialidades na sociedade.

Os direitos fundamentais desempenham multifuncionalidade no Estado Democrático de Direito. Segundo Gregorio Martinez (1995, p.415 et seq.), estes direitos exercem duas funções principais: objetiva e subjetiva. Objetivamente, servem como critérios de interpretação, produção e aplicação das normas do ordenamento jurídico.

---

<sup>9</sup> Este fenômeno é conhecido no Brasil como “judicialização da saúde”, e tem dividido bastante os autores que se debruçam sobre ele. Uns vejam-no como um grande instrumento de garantia desse direito do cidadão, na medida em que serve para efetivar o direito à saúde, uma vez que tira o Estado da sua inércia em efetivá-lo. Outros o entendem como uma prática que, muitas vezes, gera a extração dos orçamentos disponibilizados às unidades sanitárias para o desempenho de suas atividades e atende mais a pedidos individuais em detrimento do coletivo. Para efeitos deste trabalho, as duas posições são essenciais, com as devidas correções, na realidade angolana onde isto ainda não se verifica.

<sup>10</sup> Para um estudo comparativo deste fenômeno em Portugal e Brasil, *vide* NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde.** – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

<sup>11</sup> Nota-se que os direitos fundamentais se distinguem dos direitos humanos. Embora não haja consenso nesta temática, o critério básico de distinção comumente defendido é o plano de positivação de cada um. Assim, direitos fundamentais são todos os direitos e faculdades de todos os cidadãos positivados na Constituição de um determinado Estado. Enquanto que, os positivados nos documentos jurídicos internacionais são considerados direitos humanos. Esta é a posição acolhida no presente trabalho.

A função subjetiva se exerce em três grandes dimensões: (1) garantidora ou protetora; (2) participativa; e (3) promocional. A primeira, função protetora ou garantidora, cria espaços livres onde os titulares dos direitos podem atuar livremente e sem interferências para poder exercer a liberdade de eleição de seu modo de vida.

A função participativa pretende tornar possível a intervenção individual na formação da vontade do Poder Público ou no funcionamento dos serviços públicos.

A promocional supõe o apoio do Poder Público e de grupos ou poderes privados e de particulares para suprir e promover condições que possibilitem os incapacitados (econômicos ou sociais) satisfazerem suas necessidades básicas.

Na escora desta exposição, intui-se que o direito à saúde (ou os preceitos constitucionais sobre a saúde) exerce função interpretativa e de aplicação do direito, na medida em que determina que estes processos se direcionem no sentido de efetivarem plenamente o direito, e não o contrário.

No que tange a função protetora ou garantidora, o direito à saúde impõe a omissão do Estado e de terceiros de interferirem na esfera do seu titular. Neste sentido, conecta-se fortemente ao direito à vida e ao direito a integridade física e psicológica, proibindo, assim, a prática da tortura, tratamento desumano ou degradante, trabalhos forçados etc.

De acordo com Medeiros e Costa (2014, p. 08):

O direito à vida é um dos mais importantes direitos fundamentais, sendo pressuposto e fundamento de todos os demais direitos. Não há que se falar em igualdade, liberdade, solidariedade, segurança, propriedade, saúde, educação, dignidade da pessoa humana, entre outros direitos igualmente essenciais, se não houver respeito ao direito à vida.

Por sua conexão com a vida e ao mesmo tempo possuir a mesma categoria jurídica que ela, o direito à saúde é, defende Schwartz (2001, p.52-3), um direito absoluto<sup>12</sup> e, consequentemente, irrenunciável<sup>13</sup>, intransmissível<sup>14</sup>, indisponível<sup>15</sup> e extrapatrimonial<sup>16</sup>.

O direito à saúde reserva também ao seu titular a liberdade de geri-la, porém, não podendo prejudicar os outros. Conforme assinala Sueli Dallari (2012, p.85):

<sup>12</sup> Direito absoluto é o direito oponível *erga omnes*, isto é, aquele que impõe a todos os outros sujeitos jurídicos um dever geral de respeito (PRATA, 2011, p.498).

<sup>13</sup> É aquele que o respectivo titular não pode extinguir ou alienar por um ato da sua vontade (PRATA, 2011, p.520).

<sup>14</sup> É direito que não pode ser transferido da esfera jurídica do seu titular para outra (PRATA, 2011, p.520).

<sup>15</sup> Direito que não é susceptível de ser objeto de atos de disposição por parte do seu titular, isto é, direito relativamente ao qual a vontade do titular é ineficaz para a sua transmissão ou extinção (PRATA, 2011, p.519).

<sup>16</sup> Direito que não tem por objeto utilidades econômicas, não é avaliável em dinheiro e, por isso, é normalmente intransmissível ou inalienável.

As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que tipo de cidade pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão etc.

Nesta liberdade está acoplado o direito do indivíduo consentir ou não consentir ser submetido a experiências médicas ou científicas, o direito de decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta. Assim, ele é livre para escolher o seu modo de vida e de satisfação de suas necessidades sanitárias sem interferência do Estado ou de terceiros desde que, repita-se, não prejudique os outros.

Concernente à função participativa, o direito à saúde conclama que sua efetivação pelo Poder Público leve em consideração a explícita vontade dos cidadãos sobre as questões de saúde. Por esta razão, considera-se o direito à saúde como “um direito de *participação*, pois pressupõe a participação popular de forma ativa no processo de formulação, execução e fiscalização de políticas de saúde, de forma plural” (ASENSI, 2013, p.154) [grifo do autor].

A função promocional conecta o direito à saúde à solidariedade, qualificando-o como um direito de solidariedade. Neste sentido, é um “direito ligado ao aspecto comunitário, ou seja, a um Estado que busca a construção de uma ordem social e jurídica com fundamento na solidariedade, um Estado de ação positiva” (SCHWARTZ, 2001, p.54).

Assim sendo, o direito à saúde proclama que sua promoção e proteção sejam feitas por atuação solidária do Estado, sociedade civil e cidadãos, promovendo-se o bem-estar e a elevação da qualidade de vida de todos.

Outra constatação proeminente é o fato do direito à saúde ser um direito (fundamental) social. Asensi (2013, p.154) menciona que:

É um direito *social*, pois diz respeito à esfera pública e deve ser objeto de políticas sociais, ensejando uma ação do Estado para a redução de desigualdades e a efetivação de direitos com a implementação de ações e estratégias governamentais [...] (grifo do autor).

Os direitos sociais compreendem tudo que permite o indivíduo participar, em condições de igual com os outros, da herança social e da riqueza econômica da comunidade. São direitos à inclusão social, e asseguram o pleno exercício da cidadania.

Eles são direitos a prestações, ou seja, direitos que incumbem ao Estado a tarefa de colocar à disposição dos cidadãos os meios materiais e implementar as condições jurídicas

e fáticas que possibilitem o efetivo exercício das liberdades fundamentais. Exigem do Estado uma posição ativa (SARLET, 2012, p.184-5), um *facere*.

Nessa base de ideias, o direito à saúde como um direito social, e concomitantemente direito a prestações, exige que o Poder Público adote condutas positivas, de natureza fática e normativa, para sua efetivação.

Segundo Pivetta (2014, p.44-5), essas condutas podem consistir em: a) garantir a atuação da vigilância sanitária, voltada à coibição de condutas que possam gerar danos à saúde pública; b) estruturar organizações e procedimentos que viabilizem a proteção e promoção do direito à saúde; c) estabelecer procedimentos que permitam ao indivíduo a reclamação das tutelas necessárias ao respeito, proteção e promoção de sua saúde; d) construir hospitais públicos; e) assegurar a manutenção de condições dignas de atendimento nos postos de saúde; f) fornecer medicamentos àqueles que não podem aceder a eles por seus próprios meios.

Como direito social, o direito à saúde também privilegia a igualdade<sup>17</sup>. Assim:

[...] para preservar a saúde de todos é necessário que ninguém impeça outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer [...] A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos os que deles precisam também responde à exigência da igualdade (DALLARI, 2012, p.85).

Assim, esse direito precisa ser assegurado a todos por meio de uma oferta tanto de cuidados de saúde como de ações e serviços de sua proteção e promoção do mesmo nível, devendo-se evitar qualquer prática discriminatória negativa no seu exercício e acesso.

Consta ainda que, o direito à saúde é um direito difuso<sup>18</sup>, já que inexiste (geralmente) determinação de seus titulares, e o bem jurídico (a saúde) ser indivisível (SCHWARTZ, 2001, p.54). Por ser um direito difuso, sobre a saúde “ninguém pode, em relação a ela, avocar propriedade” (SCHWARTZ, 2001, p.54). De igual modo, pode (e deve) ser efetivada por ação do Ministério Público (MP), na inércia do Estado [al. *d*] art.186 CRA], e pelo cidadão, individualmente ou em grupo, através da ação popular (art. 74 CRA).

O direito à saúde é ainda um direito do consumidor, com reconhecimento constitucional (art. 78 CRA) e infraconstitucional [al. *b*] do n. 1 do art. 4.<sup>o</sup> da Lei n.15/03 de

<sup>17</sup> De acordo com Filipe Asensi (2013, p.153), para além da igualdade formal e da igualdade material existe a igualdade de participação. Esta “se desenvolve em espaços públicos abertos a qualquer cidadão, que não se reduzem ao mero exercício do voto na medida em que pressupõem uma postura ativa dos cidadãos na formulação, execução e fiscalização de políticas públicas”.

<sup>18</sup> “Os interesses ou direitos difusos [...] caracterizam-se por uma pluralidade de titulares indeterminados, bem como pela indivisibilidade do objeto de interesse, que necessariamente aproveita em conjunto” (ROCHA, 2011, p.19).

22 de julho, Lei de Defesa do Consumidor]. Por isso, deve gozar de proteção especial do Estado e, numa perspectiva curativa, impõe que os bens e serviços de saúde sejam fornecidos e prestados com qualidade, assim como sejam prestadas informações necessárias aos cidadãos para a promoção e proteção da sua saúde<sup>19</sup> e da comunidade.

O direito à saúde é concebido igualmente como um direito dos administrados/particulares, uma vez que recebe guarida da Lei n.12/11, de 16 de fevereiro (Lei das Transgressões Administrativas). Nos termos desta Lei, todas as ações e omissões que ponham em perigo, de forma direta ou indireta, a higiene e saúde públicas consideram-se transgressões administrativas, e são passíveis de multas.

Este entendimento também encontra sustentação na correlação que existe entre o Direito Sanitário e o Direito Administrativo, tal como esboça Julio da Rocha. Segundo este autor (2011, p.28), há intensa proximidade entre ambos, na medida em que a problemática da saúde depende de uma infraestrutura de órgãos estatais no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>20</sup> (SUS), que é regulada pelo regime administrativo.

Por ser um direito dos particulares, o direito à saúde enseja a intervenção destes na Administração Pública, precisamente no que concerne à estruturação, funcionamento, avaliação e gestão dos seus serviços de saúde.

O direito à saúde é ainda um direito coletivo, Dallari menciona:

[...] enquanto direito coletivo, a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. Apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo (DALLARI, 2012, p.85).

Nesta perspectiva, entende-se que a efetivação do direito à saúde está conexionada também ao estágio de desenvolvimento que o Estado apresenta. Assim, Estados com um desenvolvimento mais avançado tendem a assegurar a efetivação do direito à saúde dos cidadãos. O contrário também tende a ser verdadeiro.

Isto se verifica porque a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois sofre influência de fatores políticos, sociais, econômicos, culturais e depende da época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, filosóficas, religiosas dos

---

<sup>19</sup> Suênia Vasconcelos e Robson de Medeiros (2012, p.1080) denunciam que em pleno século XXI ainda se vê a sonegação de informações aos pacientes, tanto por parte dos médicos, como dos hospitais, situações que podem despoletar a responsabilidade civil destes.

<sup>20</sup> Nome do sistema de saúde brasileiro, abreviadamente designado por SUS.

indivíduos (SCLiar, 2007, p.30). E, por outra, como se referiu acima, estar totalmente ligado à vida política do Estado.

Destaca-se ainda que o direito à saúde é um valor fundamental do Estado. Com efeito, é digno de resguardo penal<sup>21</sup>, uma vez que, segundo Vasco Grandão Ramos (2009, p.15), o fim último do direito penal é a proteção e defesa dos valores fundamentais da ordem jurídico-política, econômica e social do Estado.

Nota-se, diante de tudo exposto, que a caracterização jurídica do direito à saúde demonstra várias características deste direito, enfatizando as razões para sua promoção, proteção e recuperação. Por outro lado, revela ainda possíveis alternativas de efetivação do direito em comento, suscitando para isso a atuação do MP, a implementação de políticas públicas, a intervenção do Poder Judiciário, a cooperação entre os Estados, bem como a participação dos cidadãos, individual ou coletivamente.

## 2.3 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS QUE GARANTEM A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA SAÚDE

Essa participação é ainda acentuada, garantida e demandada pelos princípios constitucionais angolanos. Esses princípios são muitos. Contudo, há uns que se destacam nesta temática e, por isso, serão abordados. Tratam-se dos princípios da dignidade da pessoa humana, do Estado Democrático de Direito, da cidadania e da participação dos particulares na Administração Pública.

### 2.3.1 Princípio da dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana é um dos princípios jurídicos mais importantes dos Estados contemporâneos. A CRA reconhece este princípio no seu art. 1.º como sendo um dos fundamentos do Estado republicano de Angola<sup>22</sup>. Como tal, incide sobre toda a estrutura

---

<sup>21</sup> O Código Penal angolano prevê diversos fatos que constituem crimes contra a saúde pública (art.s 248 a 252), *e.g.* a venda ou exposição de substâncias venenosas ou abortivas, a violação dos regulamentos sanitários, substituição ou alteração do receituário. Segundo Julio Rocha (2011, p.32), o sujeito passivo desses crimes é a coletividade, uma vez que ostenta o direito à saúde.

<sup>22</sup> Reza o art. que “Angola é uma República soberana e independente, baseada na **dignidade da pessoa humana** e na vontade do povo angolano, que tem como objectivo fundamental a construção de uma sociedade livre, justa, democrática, solidária, de paz, igualdade e progresso social” [grifo nosso].

política, jurídica, econômica, social, administrativa do Estado, impondo vários deveres e obrigações a este e a terceiros.

De acordo com o magistério de Luís Roberto Barroso (2013), a dignidade da pessoa humana é um princípio jurídico que impõe um dever geral de respeito, honra e deferência ao indivíduo; uma obrigação cujo desrespeito pode ser sancionado com medidas civis e penais. Ela funciona tanto como justificação moral quanto como fundamento jurídico-normativo dos direitos fundamentais.

Esteves Hilário<sup>23</sup> (2013, p.190-1) leciona que este princípio “coloca ao poder público, a obrigação de tudo fazer, na medida das condições fácticas e jurídicas, para que ao cidadão seja dada a possibilidade de uma vida com dignidade”. Ele também impõe que o poder público crie as condições reais que proporcionam ao cidadão o mínimo de dignidade que a sua condição humana recomenda para a sobrevida.

Neste sentido, percebe-se que a dignidade da pessoa humana comina que se respeite a condição humana do cidadão. E isso verifica-se quando o Estado cria, garante e forneça os meios mínimos que ele precisa para viver, tais como moradia adequada, saúde, alimentação segura, água potável, energia elétrica, emprego, educação etc.

Para Magno Brandão (2009, p.23), o princípio da dignidade da pessoa humana constitui um verdadeiro pressuposto da democracia, na medida em que ele é o fundamento essencial que rege os demais princípios, e que o exercício do poder e a ordem estatal só serão legítimos se observarem o respeito e a proteção dessa dignidade.

Nessa ordem de ideias, entende-se que o desrespeito à participação do cidadão na saúde por parte do Poder Público, através de condicionalismos jurídicos e ou políticos, consubstancia uma agressão ao desenvolvimento da democracia, e também uma violação dos direitos fundamentais dos mesmos na medida em que apoquentam a sua dignidade.

Gisela Ramos (2012, p.179) entende que a dignidade da pessoa humana está presente em todas as normas jurídicas e, por conseguinte, deve ser considerada na interpretação das mesmas. Para Ramos (2012, p.179):

[...] a dignidade da pessoa humana orienta todo o ordenamento jurídico, e portanto, se encontra indelevelmente marcada no espírito de cada norma legal, de modo que não apenas requer, mas acima de tudo exige interpretações que a considerem em sua devida importância. Assim, toda interpretação, neste aspecto, deve ser

---

<sup>23</sup> O autor (2013, p.182) refere que em Angola o tema da dignidade da pessoa humana é ainda muito mais tratado como um *slogan* político do que propriamente um princípio jurídico-constitucional. Porém, o autor entende ser uma situação normal num País que se encontra em um processo democrático em franco crescimento.

generosa, de modo a construir uma realidade em que os direitos essenciais não possam ser colocados fora do ambiente de proteção jurídica que no caso é ainda mais especial, dada a sua positivação constitucional.

Desse modo, a dignidade da pessoa humana deve ser considerada por todos, mormente pelos operadores do Direito, na interpretação e aplicação das normas jurídicas de modo a não deixar o cidadão sem amparo jurídico diante de determinadas situações, que podem colocar essa dignidade em xeque.

O princípio da dignidade da pessoa humana exige que a pessoa humana seja colocada e considerada como o centro das atenções do Estado e de terceiros, uma vez que ela (a pessoa humana) é um fim em si mesma. Impõe também que o poder público proporcione condições reais que permitam o cidadão desenvolver o seu potencial, bem como viver uma vida digna.

Isto implica a criação de espaços públicos onde o cidadão seja, de fato, centro das atenções, e suas opiniões ou proposições profícias realmente consideradas como contributo positivo para o desenvolvimento sustentável do Estado e resolução dos problemas nacionais.

### 2.3.2 Princípio do Estado Democrático de Direito

O princípio do Estado Democrático de Direito tem conexão fundamental com o direito à saúde, uma vez que influencia na hermenêutica do referido direito (SCHWARTZ, 2001, p.48).

O Estado Democrático de Direito, reconhecido no art. 2.º da CRA, estabelece um modelo estatal onde o poder político<sup>24</sup> é exercido em conformidade com os princípios e regras jurídicos, e legitimado pelo povo. O Poder Público além de agir de acordo com esses princípios e regras jurídicos, submetendo-se a eles, também tem o dever de considerar a vontade popular sobre determinados assuntos da vida pública, uma vez que o povo é o detentor do poder.

O exercício do poder político tem em vista prosseguir os fins ou interesses do povo, tal como comina o princípio da soberania popular (art. 3.º da CRA), porquanto a vontade do povo constitui também um dos fundamentos do Estado angolano (art. 1.º da CRA). Concomitantemente,

---

<sup>24</sup> Raul Araújo e Elisa Nunes (2014, p.190) definem poder político como sendo “a autoridade de domínio que impõe obediência a todos quantos pertençam à sociedade política, ou seja, é a capacidade que o Estado detém para obrigar os cidadãos a fazer ou não fazer alguma coisa, tendo como objectivo a defesa do bem público”.

[...] sob a ótica democrática, verifica-se o empenho no resgate da legitimidade do Direito e na superação do mito da autoridade, mediante o fomento da participação pública no processo decisório e na instrução dos atos de governo (RAMOS, 2012, p.348).

Isto quer significar que, por força do princípio em comento, deve-se assegurar a participação cidadã no processo decisório e na instrução dos atos do governo e demais assuntos da vida pública do Estado. As instituições, justificações e condicionamentos que mitigam esta participação devem ser considerados como violações a este princípio, derivando disso as devidas consequências jurídicas e políticas para o Estado.

O princípio democrático comina a transformação da sociedade estatal. Segundo José Afonso da Silva (2005, p.122), a tarefa fundamental do Estado Democrático de Direito consiste em superar as desigualdades sociais e regionais e instaurar um regime democrático que realize a justiça social.

Nesse passo, o Estado Democrático de Direito determina que se atue de modo a superar as desigualdades sociais (pobreza, analfabetismo, iniquidades em saúde etc.), e realizar a justiça social. Para isso é necessário que se proceda a uma justa repartição dos rendimentos e da riqueza nacional, se removam todos os obstáculos de natureza econômica, social, política, jurídica e cultural que impedem a real igualdade de oportunidade entre os cidadãos.

A lei, considerada em todos os seus sentidos, deve cooperar para essa transformação. Germano Schwartz (2001, p.49) enfatiza que no Estado Democrático de Direito a lei passa a ser um instrumento fundamental de mudança do *statu quo*, fundamentada e baseada em vetores axiológicos, tais como os direitos fundamentais do homem.

A lei, portanto, deve assegurar e contribuir para a mudança da realidade negativa existente, e não exercer papel contrário; deve beneficiar e defender os interesses do povo, e não de particulares ou de uma minoria; deve ser permeada por valores jurídicos, nomeadamente pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

No que tange ao direito à saúde, este princípio impõe a todos os membros da sociedade estatal o dever de procurarem transformar a realidade sanitária do País, sempre que esta contrarie muito de seus princípios (SCHWARTZ, 2001, p.50).

Isso remete à questão da democratização que deve ocorrer no setor da saúde, no sentido de que a comunidade deve ser e estar envolvida diretamente na elaboração e planejamento das ações e serviços de saúde, legitimando este processo e compatibilizando-o às reais necessidades sanitárias locais.

Na reflexão sobre o princípio em comento, é imperioso analisar a sua dimensão participativa, ou seja, a democracia participativa, por causa das suas implicações no direito sanitário.

Assim, embora a expressão seja pleonástica (Miranda, 2007; Bonavides, 2008), a democracia participativa quer significar que para o desenvolvimento da democracia e, consequentemente, da sociedade a democracia representativa é insuficiente. Não basta o povo ter representantes no parlamento; ele também precisa intervir diretamente em diversos assuntos públicos.

A democracia participativa é uma dimensão do Estado Democrático de Direito que postula, complementarmente ao aspecto representativo desta, “a possibilidade de os cidadãos participarem das decisões políticas do Estado, do debate público que define o destino do País” (PIVETTA, 2014, p.138).

Paulo Bonavides (2008, p.2, 345) entende que a democracia participativa é a versão moderna e contemporânea da democracia direta e pressupõe a suprema voz e presença do povo soberano em todas as questões vitais da ação governativa; ela imprime um grau superior de legitimidade às decisões fundamentais do governo.

Bonavides (2008, p.348) considera ainda a democracia participativa como um direito da quarta geração e como “um impulso de cidadania, uma ideia, um princípio, um valor ou uma iniciativa político-pedagógica superlativa e civilizadora” com o potencial de converter os cidadãos em “povo, tirando-a do esquecimento, da exclusão, do anonimato, da submissão”.

Jorge Miranda (2007, p.11, 33) defende que a democracia participativa não substitui a democracia representativa; mas, sim, complementa-a e pode vivificá-la. Ela não é versão da democracia direta, tal como Bonavides entende, pois através dela os cidadãos não assumem diretamente o governo do Estado ou a condução da sua política e administração.

Não obstante essas discordâncias, algo natural entre os estudiosos do Direito, o certo é que a democracia participativa demanda maior e eficiente intervenção dos cidadãos nos processos decisórios dos assuntos da vida pública. Neste sentido, é incisiva a defesa de Paulo Bonavides (2008, p.283) de que:

O substantivo da democracia é [...] a participação. Quem diz democracia diz, do mesmo passo, máxima presença do povo no governo, porque, sem participação popular, democracia é quimera, é utopia, é ilusão, é retórica, é promessa sem arrimo na realidade, sem raiz na história, sem sentido na doutrina, sem conteúdo nas leis.

De acordo com este pensamento, o simples reconhecimento formal da democracia na Constituição ou os constantes discursos de existência de uma democracia firme e forte, com potencial de promover o desenvolvimento jurídico, político, econômico e social da Nação, sem a verificação *in concretu* e livre da participação do povo na vida pública, concordando ou repugnando as políticas de quem governa, não se está diante de uma democracia, mas sim, de qualquer um dos adjetivos expressados por Bonavides.

De acordo com Jorge Miranda (2007, p.33), a democracia participativa pode ser vista em três sentidos, enquanto forma de participação de grau mais intenso ou mais frequente do que o voto de tantos em tantos anos ou participação mais próxima dos problemas concretos das pessoas:

- a) Como reforço da participação ou animação cívica em geral, através de um mais atento e empenhado aproveitamento dos direitos políticos constitucionalmente garantidos, de uma integração activa nos partidos e em diferentes grupos de cidadãos eletores e de uma maior disponibilidade para o desempenho de cargos públicos;
- b) Como atribuição aos cidadãos, enquanto administrados, de específicos direitos de intervenção no exercício da função administrativa do Estado;
- c) Como específica relevância de grupos de interesses, de associações e de instituições existentes na sociedade civil, através da sua interferência em procedimentos de decisão ou em órgãos do Estado e de entidades descentralizadas.

Miranda (2007, p.33-5) explica que o primeiro sentido envolve um espírito de maior exigência e responsabilidade democrática, de mais e melhor democracia – realidade que se defende no presente trabalho, mormente no setor da saúde.

O segundo refere-se à relação existente entre a Administração Pública e os administrados, provocando a transformação da Administração tradicional autoritária e burocrática para uma Administração aberta e tendencialmente desconcentrada e descentralizada.

Esta transformação se desenvolve em duas situações: a primeira, nos processos ou procedimentos administrativos que afetam os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos; e a segunda, na gestão dos serviços ou nas estruturas organizatórias da Administração. Aqui se fala em democracia administrativa – “a democracia estendida da função legislativa e da governativa à função administrativa”.

O terceiro sentido aponta para a democracia associativa ou democracia corporativa, aquela onde grupos de interesses, associações e organizações da sociedade civil procuram levar os seus interesses para dentro dos processos políticos de modo, por um lado, a tornar

patentes as suas posições e, por outro, a inseri-los na ponderação do interesse geral pelos órgãos do poder.

Vê-se, então, que a democracia participativa se apresenta como um forte instrumento para a efetivação dos direitos, na medida em que possibilita uma maior e eficiente intervenção direta do povo nesse processo. Aliás, advoga Paulo Bonavides (2008, p.40) que a democracia participativa é, para o povo, o seu mais acabado instrumento de realização dos direitos que tem, revelando e concretizando a sua dignidade.

Para o efeito, Gomes Canotilho (2003, p.288) sugere:

[...] a estruturação de processos que ofereçam aos cidadãos efectivas possibilidades de aprender a democracia, participar nos processos de decisão, exercer controlo crítico na divergência de opiniões, produzir *inputs* políticos democráticos (grifo do autor).

Nesta senda, têm sido criados e institucionalizados vários instrumentos que ajudam a materializar o princípio da democracia participativa. Esses variam de ordenamento jurídico para ordenamento jurídico, e são aplicáveis, *mutatis mutandis*, ao setor da saúde.

No Brasil, por exemplo, os instrumentos mais comuns são o plebiscito<sup>25</sup>, o referendo<sup>26</sup>, a iniciativa popular<sup>27</sup>, as consultas públicas, as audiências públicas.

Em Portugal, Jorge Miranda (2007, p.35, 59) menciona o direito de petição coletiva, qualificada ou não, as audições ou pareceres possíveis ou legal ou constitucionalmente necessários – podendo ter caráter vinculativo para certos efeitos, a participação em órgãos consultivos, em órgãos de planejamento ou concertação, em acordos ou convenções obrigatórias para os “parceiros sociais” na gestão de serviços, os conselhos diretivos<sup>28</sup> e os senados universitários (órgãos de natureza representativa existentes no interior das pessoas coletivas públicas) como instrumentos da democracia participativa.

No ordenamento jurídico angolano, consta o referendo nacional, a iniciativa pública, as consultas públicas, o direito de petição, o direito de ação popular, os órgãos de concertação

---

<sup>25</sup> É a votação popular antes de decisão de órgão competente (MIRANDA, 2007, p.28).

<sup>26</sup> Votação popular confirmativa de decisão de órgão competente (MIRANDA, 2007, p.28).

<sup>27</sup> A iniciativa legislativa dos cidadãos perante o Parlamento é uma espécie de iniciativa pública. Esta se traduz em uma faculdade de impulsão que uma parte do povo pretende levar os seus representantes (ou o próprio povo, como acontece em certos Países) a deliberar sobre determinada matéria (MIRANDA, 2007, p.119-20).

<sup>28</sup> São órgãos colegiais de direção existentes no interior das pessoas coletivas públicas, que deliberam sobre aspectos da sua gestão permanente, tais como aprovar os instrumentos de gestão previsional e os documentos de prestação de contas, bem como a organização técnica e administrativa da respectiva pessoa coletiva pública.

social, as audiências na administração pública, os conselhos gerais dos hospitais como sendo instrumentos de democracia participativa.

Todos estes instrumentos, independentemente da sua estruturação e funcionamento, visam assegurar a materialização da democracia participativa. Eles são “portas abertas” a participação dos cidadãos na vida da comunidade estatal. Por isso, devem ser conhecidos e usados efetivamente pelos mesmos para o seu próprio desenvolvimento (suas potencialidades) e da comunidade onde estão inseridos.

Percebe-se, então, que a democracia participativa enseja uma participação cidadã de grau mais intenso ou mais frequente do que o voto de tantos em tantos anos ou em participação mais próxima dos problemas concretos das pessoas. O povo é seu ator principal, não sou opina como também participa diretamente na decisão de um dado assunto da vida pública.

Assim, de acordo com o princípio em comento é imperioso que sejam fortalecidas e expandidas as instâncias que asseguram maior e efetiva participação dos cidadãos na gestão dos serviços de saúde, na decisão de todas as questões relativas à saúde pública, garantindo-se, desse modo, a plena efetivação do direito à saúde, na medida em que essa participação auxilia a precisar as ações e serviços compatíveis com as reais demandas da população.

### 2.3.3 Princípio da cidadania

O princípio da cidadania concretiza o Estado Democrático de Direito. Nas palavras de Jaime Pinsky (2013, p.10), a “cidadania é a expressão concreta do exercício da democracia”. Gisela Ramos (2012, p.357) menciona que “Jamais existirá uma democracia sólida sem uma cidadania plena. São dois conceitos inseparáveis”.

Reconhecida em diversas disposições da CRA [por exemplo, al. d) do n.5 do art. 58], cidadania designa “o conjunto de direitos e deveres que um indivíduo é titular perante certa comunidade política, cujo fundamento é a liberdade e que lhe possibilita participar da vida pública em condições de igualdade com todos” (MIGUEL, 2015, p.86).

Gisela Ramos (2012, p.357) ensina que, enquanto princípio, a cidadania pressupõe que cada um dos membros integrantes da comunidade seja encarado como um elemento ativo e capaz de intervir de forma responsável nos interesses comuns, e promover o desenvolvimento de valores sociais tais como a liberdade, a solidariedade, a justiça etc.

Igualmente, o princípio da cidadania de acordo com Ramos:

[...] um lado, legitima o cidadão a exigir a implementação de políticas públicas que atendam satisfatoriamente às suas necessidades, e a reclamar perante a administração pública contra qualquer ato de ilegalidade ou abuso de poder, consubstanciando uma perene garantia de questionamento da ação ou omissão estatal. De outro, envolve deveres que devem ser assumidos pelo indivíduo, em especial a obrigação de agir social e politicamente de forma a difundir e assegurar aos demais cidadãos o pleno exercício dos mesmos direitos, assumindo em face destes as suas responsabilidades (RAMOS, 2012, p.358).

Isto quer dizer que, no âmbito do princípio da cidadania, o cidadão tem, por um lado, legitimidade social, jurídica e política para exigir o Poder Público a agir de forma a satisfazer eficaz e eficientemente às suas necessidades, de questionar as ações e omissões destes, bem como reclamar contra qualquer ato de ilegalidade ou abuso de poder no e do Estado. Por outro, tem o dever e obrigação de tudo fazer para assegurar e possibilitar que os demais cidadãos exerçam plenamente os seus direitos na comunidade onde residem.

Assim, nota-se que a cidadania não outorga apenas direitos, mas também deveres<sup>29</sup>. Por isso, deve haver correspondência no seu exercício. A cidadania, neste senso, é uma balança equilibrada de direitos e deveres dos cidadãos e seu exercício também é<sup>30</sup>.

A cidadania pressupõe um sentimento de pertença do indivíduo a uma comunidade política estatal. Este sentimento se traduz em ele identificar-se com os valores políticos da mesma, e isto o impulsiona a participar ativamente nela, a ser leal a ela.

Guarinello (2013, p.46) assevera que o sentimento comunitário, o sentimento de pertencimento que é fonte de obrigações do cidadão para com a comunidade, “permite-lhe também reivindicar direitos, buscar alterar as relações no interior da comunidade, tentar redefinir seus princípios, sua identidade simbólica, redistribuir os bens comunitários”.

A respeito disso, Robson de Medeiros lembra que cidadão é um indivíduo que tem capacidade de conhecer, entender os seus direitos e reivindicá-los, dentro de uma cidadania democrática<sup>31</sup>.

Decorre do pensamento destes autores, o argumento de que o sentimento de pertencimento do indivíduo a uma comunidade política estatal funciona como motivação de sua participação nela.

<sup>29</sup> Esteves Hilário e Mihaela Webba (2011, p.34-5) apontam alguns desses deveres existentes no ordenamento jurídico angolano: o dever de respeitar a lei, o dever de respeitar a integridade física dos outros, o dever de participar na vida pública, o dever de trabalhar, o dever de pagar impostos e taxas devidos etc.

<sup>30</sup> Neste sentido, é interessante o magistério de Thomas H. Marshall (1967, p.104) quando afirma que “se se invoca a cidadania em defesa dos direitos, as obrigações correspondentes da cidadania não podem ser ignoradas. Estas não exigem que um indivíduo sacrifique sua liberdade individual ou se submeta, sem motivo, a qualquer exigência feita pelo Governo. Mas exigem que seus atos sejam inspirados por um senso real de responsabilidade para com o bem-estar da comunidade”.

<sup>31</sup> MEDEIROS, Robson Antão de. **Direitos Humanos, Ética e Legislação**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/w3/cdhpb/projetos/etica.html>>. Acesso em: 18 set. 2015.

Importa sublinhar que este sentimento de pertença não resulta somente da nacionalidade - pois esta, embora dela possam decorrer os direitos de cidadania, não se confunde com a ela<sup>32</sup> -, mas também do reconhecimento e possibilidades reais do exercício da cidadania na comunidade, da probabilidade do gozo do património comum. Por isso é imperioso que se assegure este sentimento de pertença aos cidadãos para o bem-estar da comunidade.

A liberdade é outro elemento fundamental subjacente à cidadania. A liberdade transmite a ideia de não submissão ou sujeição à outra pessoa. Porém, ela “não pode ser absoluta ao ponto de inviabilizar a existência da sociedade organizada sob o comando de certa autoridade” (SORTO, 2011, p. 118). Permite o pleno exercício da cidadania, razão pela qual se afirma que sem liberdade não existe cidadania.

A cidadania sugere o respeito ao direito de liberdade - liberdade de expressão, liberdade religiosa, liberdade de opção política, liberdade de locomoção, liberdade econômica etc. É com a liberdade que nasce o pluralismo na comunidade política estatal, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da mesma.

A cidadania implica participação ativa dos cidadãos nos destinos da comunidade [al. 1) do art. 21 e art. 52 CRA]. O espaço público<sup>33</sup> é o espaço privilegiado para a ação coletiva e para a construção de projetos para o futuro (GUARINELLO, 2013, p.46).

Para Leca Jean (2012, p.36), participar da vida pública é uma expressão de uma devoção generalizada e estável pelos símbolos da comunidade. Exercer a cidadania é participar ativamente na vida da comunidade, participar da herança social e da riqueza econômica dela.

Em suma, a cidadania se apresenta como um princípio jurídico essencial para o desenvolvimento do Estado e, consequentemente, do setor da saúde, quando devidamente exercida e não violada<sup>34</sup>. Ela chama o cidadão para o centro das decisões da vida pública, e

---

<sup>32</sup> Fredys Sorto (2009, p.42) distingue assim os dois institutos: “A nacionalidade refere-se ao vínculo que a pessoa tem com determinada comunidade política organizada soberana e estatalmente num dado território. A cidadania refere-se, por sua parte, ao exercício de determinados direitos e deveres, dentro e fora do espaço estatal”.

<sup>33</sup> “O espaço público [...] é conceito contemporâneo de extrema importância, enquanto auxiliar poderoso na construção dos sistemas participativos da democracia direta, onde é possível, ainda, conviver, sem incompatibilidade absoluta, com formas remanescentes de representação [...]”, afirma Paulo Bonavides (2008, p.278). Neste sentido, a existência do espaço público no setor saúde é fundamental para a sua democratização.

<sup>34</sup> Sobre alguns impactos que a violação da cidadania pode ter sobre uma comunidade política estatal, *vide* MIGUEL, Walter Van-Trier. Impactos da violação da cidadania sobre a comunidade política estatal. In: SANTOS, Rodrigo Lucas Carneiro; ABRANTES, Laís Marcelle Nicolau (orgs.). **Os pilares do Direito:** estudos de teoria crítica da cidadania. – João Pessoa: Ideia, 2015. p.85-106

legitima-o a intervir diretamente nestes processos. Por isso, deve-se assegurar o seu exercício, em conformidade com a Constituição e com a lei.

### 2.3.4 Princípio da participação dos particulares na Administração Pública

Jaime Muñoz (2012, p.37-8) refere que a boa administração e bom governo não devem prescindir da participação cidadã, pois:

[...] uma atuação pública que não persiga, que não procure um grau alto de participação cidadã, não contribui com o enriquecimento da vida democrática e se opera, portanto, em detrimento dos mesmos cidadãos aos quais se pretende servir.

Se prescindir, pode-se afirmar que não é boa administração nem bom governo. No demais, sua atuação resultará sempre em prejuízos para os próprios cidadãos, aos quais se propõe servir, uma vez que não ouve as suas preocupações nem sugestões para a adequada formulação das políticas públicas e prática de outros atos de governação.

Por outro lado, é preciso considerar que o incremento da participação popular na gestão da Administração Pública representa uma via de efetivação da legalidade, imparcialidade, moralidade, publicidade e eficiência na mesma (RAMOS, 2012, p.490).

Destarte, percebe-se que este princípio se traduz numa das mais importantes conquistas dos Estados modernos no âmbito da atividade pública administrativa e a correlativa relação com os administrados. Manifesta-se através do poder reconhecido aos particulares de participarem, de diversos modos, no exercício da atividade administrativa (FEIJÓ; PACA, 2008, p.117-8).

O princípio em abordagem constitui, no ordenamento jurídico angolano, um princípio estruturante da Administração Pública, constitucionalmente reconhecido no n.º 2 do art. 199, quando prevê que lei infraconstitucional estabelecerá as “formas e graus de participação dos particulares” na mesma.

Este princípio significa que:

[...] os cidadãos não devem intervir na vida da Administração apenas através da eleição dos respectivos órgãos, ficando depois alheios a todo o funcionamento do aparelho e só podendo pronunciar-se de novo quando voltar a haver eleições para a escolha dos dirigentes, antes devem ser chamados a intervir no próprio funcionamento quotidiano da Administração Pública e, nomeadamente, devem poder participar na tomada das decisões administrativas (AMARAL, 2011, p.908-9).

Este princípio apregoa maior participação dos cidadãos na Administração Pública, de modo a influenciar e ser parte das decisões administrativas. Isto, como se viu acima, ajuda na desburocratização, eliminação do autoritarismo da Administração Pública, na concretização da sua moralidade, imparcialidade, legalidade, responsabilização etc., e aproxima-a as reais necessidades dos cidadãos, preparando-os para acatar/aceitar com mais facilidades as decisões administrativas.

Neste senso, a CRA estabelece que os cidadãos sejam ouvidos pela Administração Pública nos processos administrativos susceptíveis de afetarem os seus direitos e interesses legalmente protegidos (direito de audição - n.1, art. 200); sejam informados pela Administração acerca do andamento dos processos em que sejam diretamente interessados, bem como conhecer as decisões que sobre eles forem tomadas (direito à informação – n.2, art. 200).

Carlos Feijó e Cremildo Paca (2008, p.120) afirmam que o conteúdo da participação dos particulares na administração pública pode assumir diversas formas. Primeiro, a forma consultiva como caráter accidental e pontual ou um modo regular e permanente no processo de tomada de decisões administrativas. Segundo, possibilitar aos interessados o exercício autônomo, tomando decisões e executando funções administrativas, como é o caso das ordens profissionais. Igualmente, possibilitar ao particular participar no processo de decisão que lhe diz respeito.

Nessa ordem de ideias, pode-se afirmar que a participação dos cidadãos na saúde possibilita compatibilizar a atuação estatal com as demandas populares e é determinante para a identificação do interesse público no setor (PIVETTA, 2014, p.140). Ou seja, a participação dos cidadãos na saúde coopera na efetivação do direito à saúde na medida em que persegue a máxima “sabe melhor indicar o lugar da dor aquele que a sofre”.

Isso corrobora com a tese de Suely Dallari (2012, p.86), segundo a qual o direito à saúde deve ser definido em nível local. Por exemplo: “Apenas a comunidade pode decidir quanto deve privilegiar a liberdade em detrimento da igualdade ou qual a limitação da liberdade justificada pelo imperativo da igualdade” (DALLARI, 2012, p.86). Do mesmo modo:

Apenas essas pessoas têm legitimidade para decidir o ponto de equilíbrio entre, por exemplo, a proteção contra as infecções respiratórias e a limitação da circulação de veículos. Somente a comunidade pode, por exemplo, determinar o tratamento obrigatório de todo tuberculoso, anulando sua liberdade de escolha do tratamento em nome do igual direito de não serem contaminados que têm todos os membros da sociedade [...] (DALLARI, 2012, p.86).

Diogo Freitas do Amaral (2011, p.909) ao analisar este princípio, também presente no ordenamento jurídico-constitucional português, ensina que o mesmo estabelece o dever de existirem esquemas estruturais e funcionais de participação dos cidadãos no funcionamento da Administração. O princípio determina que, em princípio, todas as pessoas coletivas públicas devem dispor de órgãos que possibilitem o cidadão participar no seu funcionamento, para poder ser consultado acerca das orientações a seguir ou mesmo para tomar parte nas decisões a adotar.

Sumamente, o princípio em comento determina, por um lado, maior e direta intervenção dos cidadãos na Administração Pública, no geral, e nos serviços de saúde, em particular, devendo-se criar órgãos que ensejam essa intervenção de modo cada vez mais ativa, eficiente, eficaz e livre. Por outro, exige, conforme advoga Jaime Muñoz (2012, p.38), que a Administração Pública esteja receptiva, tenha a sensibilidade suficiente para captar as preocupações e interesses da sociedade em seus diversos setores e grupos.

Das implicações sociais, políticas e jurídicas dos princípios ora estudados decorre o entendimento que os mesmos demandam maior abertura dos órgãos decisórios do Estado à participação cidadã, individual ou coletivamente considerada, assim como o dever de se remover tudo que obstrui ou mitiga essa participação nos processos de decisão e governação da *res publica*. Por outro, determinam a inclusão do povo na governação do País, exigem que se dê e ouça-se a sua voz nos assuntos da vida pública, incluindo na saúde.

No setor da saúde, pode-se asseverar que esses princípios constitucionais cominam que tanto à criação de normas jurídicas quanto a interpretação e aplicação das existentes ocorram no sentido de assegurarem o maior número possível de cidadãos, opiniões, opções, perspectivas etc., não aceitando ou desistindo facilmente da não participação de nenhum deles nos processos de formulação das políticas públicas do setor e na organização, funcionamento e gestão dos seus serviços.

Quanto mais cidadãos, atores políticos e sociais intervierem nas questões de saúde pública melhor para se encontrar soluções consensuais, buscando-se sua efetivação, cujos efeitos sejam reais na vida das pessoas.

## 2.4 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ SANITÁRIA E AS RAZÕES PARA SUA PRÁTICA

Por este fato, a participação cidadã sanitária é amplamente defendida e reivindicada nos dias de hoje. Tanto os instrumentos jurídicos internacionais sobre a saúde quanto à

doutrina jus sanitária contemplam esta questão, destacando a sua importância para a efetivação do direito à saúde.

A Constituição da OMS de 1946 reconhece a participação individual e coletiva no melhoramento da saúde pública como um princípio basilar para a felicidade, as relações harmoniosas e segurança mundiais. Defende que esta participação deve ser esclarecida e ativa (OMS, 1948).

A Declaração de Alma Ata de 1978 defende e requer a participação individual e coletiva dos cidadãos no planejamento, organização, controle, operação e execução dos seus cuidados de saúde. Essa participação é um direito e dever dos povos. Recomenda, ainda, a plena participação do indivíduo e da comunidade na realização dos cuidados primários de saúde (OMS, 1978).

A Carta de Ottawa de 1986 considera as pessoas como o principal recurso para a saúde, defende a comunidade como sua porta-voz principal em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar, e incentiva a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade na reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986).

A Observação Geral n.14 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, datada de 11 de maio de 2000, relativa ao direito de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física, mental e social previsto no art. 12 do PIDESC, reafirma a necessidade e importância da participação dos cidadãos na saúde (ECOSOC, 2000).

Esta Observação também incentiva e recomenda a participação da população em todo o processo de adoção de decisões políticas sobre as questões relacionadas com a saúde nos planos comunitários, nacionais e internacionais, assim como a participação dos adolescentes e jovens nas decisões de saúde que lhes dizem respeito (ECOSOC, 2000).

Determina, ainda, que é obrigação do Estado se abster de impedir a participação dos cidadãos nos assuntos sanitários, seja por qual via for (jurídica, política, administrativa etc.), e reconhece que os cidadãos e a sociedade civil têm responsabilidades na realização do direito à saúde, sendo essa participação um dos princípios que deve ser observado na formulação e execução das estratégias nacionais de saúde (ECOSOC, 2000).

No plano regional africano, também se observa esse fato. A Declaração de Addis Abeba sobre a Saúde Comunitária de 2006 considera o envolvimento da comunidade na saúde como uma estratégia para o melhoramento da saúde. Através dela, os altos mandatários da saúde africana se comprometeram a, de forma consciente, promover o aumento do envolvimento e a participação comunitária no desenvolvimento da saúde, por

forma a facilitar a consecução dos objetivos estabelecidos nas Metas de Desenvolvimento do Milénio e melhorar o bem-estar das populações (OMS/A, 2006).

A Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África de 2008 reafirma a pertinência do envolvimento, participação e reforço do poder das comunidades no desenvolvimento sanitário para melhorar o seu bem-estar, bem como na garantia de melhor utilização dos serviços de saúde e atuação de modo apropriado relativamente aos determinantes económicos, sociais, demográficos, nutricionais, culturais e ambientais da saúde, incluindo as alterações climáticas (OMS/A, 2008).

Esta Declaração orienta também que as comunidades, incluindo a sociedade civil, devem procurar obter reconhecimento relativamente ao seu papel na governação dos serviços de saúde, em especial no que diz respeito a intervenções de saúde pública e demais intervenções de base comunitária relacionadas com a saúde, assim como explorar com os governos a possibilidade de empreender campanhas de advocacia junto dos membros das diásporas africanas para facilitar a sua participação efetiva em atividades de desenvolvimento (OMS/A, 2008).

O que se infere destes documentos internacionais sobre a participação cidadã sanitária é que esta é fundamental para a efetivação do direito à saúde, na medida em que coloca o indivíduo e a sociedade cientes dos perigos de saúde que (eventualmente) atravessam/sofrem, da necessidade imperiosa de cuidar-se e cuidar da saúde dos outros, da necessidade de fazer o uso adequado e correto dos serviços e outros bens de saúde etc. Em suma, avoca o cidadão à responsabilidade de cuidar adequadamente de sua saúde e a da comunidade, uma vez que o estado da saúde desta afeta diretamente a dele e vice-versa.

Igualmente, relevam que essa participação precisa ser esclarecida – todos têm que estar conscientes de como podem e devem contribuir positivamente para a efetivação do direito à saúde dentro e fora de sua localidade – e ativa, significando que deve ocorrer continuamente e contar com estruturas adequadas para o efeito. Os Estados têm grandes responsabilidades e deveres em assegurar que estes processos decorram nestes termos.

No plano da doutrina jus sanitária, essa importância também é ressaltada e esculpida em termos práticos. Para Suely Dallari (2012, p.85-6), ela é fundamental para precisar as ações e serviços de saúde que o Estado deve garantir ao seu povo.

Atente-se que muitas vezes, o Poder Público tende a disponibilizar ao povo serviços e bens sanitários que não correspondem às suas reais e prementes necessidades. Isto acontece, como se viu, porque ele não ouve diretamente destes quais são suas necessidades,

porquanto os espaços para essa comunicação ou não existem ou são insuficientes e não usados pelos cidadãos ou são apenas fictícios porque não funcionam.

Contudo, quando estas mazelas são superadas, o povo, conhecedor de suas demandas em saúde, fornece as diretrizes e elementos que podem nortear a atuação do Poder Público no que tange a disponibilização de serviços e ações concretas e sustentáveis que efetivam o seu direito à saúde.

Acresce-se a isto, o fato dos serviços de saúde muitas vezes se mostrarem ineficientes e ineficazes no desempenho de suas funções. É comum, por exemplo, ouvirem-se reclamações de mau atendimento médico, da existência de longas e demoradas listas de espera de atendimento, da falta de respostas adequadas das instituições sanitárias às demandas de saúde da população – isto muitas vezes por desconhecimento das autoridades ou, tendo conhecimento, por falta de vontade política para o efeito. Porém, a participação dos cidadãos na saúde ajuda na correção destas falhas.

Ajuda na medida em que dela pode resultar certa pressão que impulsiona os órgãos estatais competentes a saírem da letargia ou omissão e atuarem no sentido de darem a devida resposta à preocupação da população.

Mauro Serapioni e Ana Raquel Matos (2014, p.3) defendem que a participação dos utentes na saúde ajuda a melhorar a qualidade das decisões dos profissionais e da prestação dos serviços de saúde, a aprimorar a responsabilidade e transparência desses serviços.

Relativamente ao melhoramento da qualidade das decisões dos profissionais e da prestação dos serviços de saúde, já se abordou implicitamente acima, razão pela qual dispensa mais comentários.

No que tange a responsabilidade e transparência dos serviços de saúde, sublinha-se que a participação cidadã atua como um grande instrumento de luta contra a corrupção no setor, na medida em que fomenta denúncias deste mal às autoridades competentes.

Perante estas denúncias, espera-se que as autoridades as considerem e, como mandam as regras jurídicas processuais, havendo indícios, as mesmas sejam investigadas. Apurados os fatos, os eventuais trabalhadores envolvidos devem ser exemplarmente disciplinados administrativa, civil e ou criminalmente.

Igualmente, é um instrumento de luta contra a impunidade dos profissionais e das próprias instituições sanitárias quando, por violarem os direitos dos utentes e pacientes, são participadas aos órgãos competentes da justiça para a devida responsabilização e reparação destes direitos. Isto coopera para se garantir a existência de serviços sanitários sustentáveis,

humanizados e de profissionais acolhedores, respeitosos e promotores dos direitos de saúde de todos.

A participação cidadã sanitária não somente concorre para garantir serviços e ações de saúde adequadas às necessidades dos cidadãos e promover a boa gestão e prestação desses serviços. Ela também enseja a democratização da sociedade e dos próprios cidadãos. Por isso, Gomes Canotilho (2003, p.289) ensina que “[...] o homem só se transforma em homem através da autodeterminação e a autodeterminação reside primariamente na participação [...]”.

Percebe-se, assim, que a participação cidadã sanitária é uma forma de se democratizar o setor saúde, o Estado e os próprios cidadãos, impulsionando e contribuindo positivamente na construção de uma sociedade livre, justa, solidária, igual e democrática. Por consequência, não se pode separar a participação dos cidadãos na saúde das lutas políticas de democratização do País.

Vale ressaltar que a participação cidadã sanitária serve para o exercício do controle social da saúde. “Controle social em saúde significa a participação da sociedade civil no processo de fiscalização das ações e políticas de saúde” (ASENSI, 2013, p.142). Para Leonardo Rolim, Rachel Cruz e Karla Sampaio (2013, p.141), este controle se traduz nas ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir na gestão estatal.

De acordo com estes últimos autores (2013, p.142), o controle social tem dois sentidos. O primeiro, é de vigilância e responsabilização, que se traduz na implementação de “mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos”. O segundo, é o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública, significando que se busca “assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde”.

Desse modo, entende-se que a participação dos cidadãos na saúde, exercendo o devido controle social, almeja a eficiência do sistema de saúde no desempenho de suas funções e cumprimento de seus objetivos, além de salvaguardar os direitos fundamentais dos cidadãos.

Com base no que se discutiu, ressaltam as ideias de que a omissão ou fraca participação cidadã sanitária é nociva à efetivação do direito à saúde, uma vez que esta pode não ocorrer ou ocorrer de maneira inadequada à satisfação das reais e atuais demandas sanitárias do povo. Por outro lado, o Estado ao não promover efetivamente esta participação

assume, quase que exclusivamente, o grande peso e custos (financeiros, econômicos, jurídicos, humanos etc.) de tudo fazer para efetivar o direito em análise, tendo que carregar assim uma grande cruz, com todas as consequências possíveis daí derivadas.

Nessa ordem de ideias, pode-se afirmar que sem a participação cidadã sanitária a promoção e proteção da saúde se efetua “*sobre e para o povo*” e não “*pelo e com o povo*”, decorrendo disso muitos custos e prejuízos financeiros, técnicos e humanos para o próprio Estado e seus cidadãos.

Por isso, é necessário que as instituições estatais – sejam jurídicas, políticas, sociais etc. – estejam devidamente estruturadas e concebidas para possibilitarem e permitirem uma maior, inclusiva, democrática e efetiva participação cidadã sanitária. De igual modo, os cidadãos devem se engajar na prática desta participação a fim de se assegurar a efetivação do direito à saúde no País.

Diante de tudo que foi exposto, pode-se concluir que o direito à saúde é direito de todos e direito com todos. Por esta razão, ele não está dissociado da realidade jurídica, política, social, econômica, cultural e fática do Estado que o prevê e deve concretizá-lo, nem dispensa a participação cidadã na sua efetivação.

Analizado o direito à saúde num contexto geral, no qual se firmaram as bases conceituais necessárias para ponderar o direito à saúde em Angola, o capítulo que se segue se ocupará desta análise, com o foco virado para a participação dos cidadãos na saúde e os procedimentos participativos sanitários do País, assim como nos desafios/problemas com que se defrontam.

### **3 O DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA**

No presente capítulo, a abordagem foca-se no direito à saúde no contexto angolano. Com efeito, se discorrerá sobre a situação geográfica, política, econômica, sociodemográfica, administrativa e sanitária do País, por isto ter incidência direta na saúde dos cidadãos, o regime jurídico-constitucional da saúde, o SNS como meio estatal de efetivação do direito à saúde e, principalmente, a participação dos cidadãos neste Serviço.

#### **2.1 SITUAÇÃO GEOGRÁFICA, POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIODEMOGRÁFICA, ADMINISTRATIVA E SANITÁRIA ANGOLANA**

Angola é um País que faz parte do continente africano. Situa-se na região Austral da África Subsaariana, e está limitado geograficamente a oeste pelo Oceano Atlântico, a norte e nordeste pela República do Congo e República Democrática do Congo, a leste pela República da Zâmbia, a sul pela República da Namíbia.

É o quinto maior País de África, sua superfície terrestre é de 1.246.700 quilômetros quadrados, e a sua costa marítima de 1.600 quilômetros de Norte ao Sul.

Seu clima é essencialmente tropical, a média de temperaturas situa-se em 27°C de máxima e 17°C de mínima, contando com duas estações ao ano. A primeira, denominada de Cacimbo, é o tempo frio e abrange os meses de maio a setembro. A segunda, época das Chuvas, é o tempo quente e vai de setembro a maio do ano seguinte (INE, 2012, p.18).

O período das chuvas predomina no País, e isto tem influenciado positiva e negativamente a saúde da população. Por ser um País fortemente agrícola, dispor de uma população camponesa e de solo fértil à agricultura, as chuvas têm ajudado na preparação do solo para o cultivo e no regar da plantação. Isto tem possibilitado a população, mormente a da zona rural, conseguir mais alimentos saudáveis para o seu sustento.

A influência negativa deve-se à falta de saneamento básico que ainda se verifica em muitas zonas do País e à falta de educação para a saúde e educação ambiental da maioria dos cidadãos, fatores que criam um ambiente favorável ao surgimento de diversas doenças que têm ceifado muitas vidas humanas no País, tais como a cólera, a malária, a febre amarela e outras enfermidades típicas deste período.

Antes de se tornar soberana e independente em 1975, Angola foi colônia portuguesa. A colonização durou aproximadamente 500 anos, e começou em 1484, quando os portugueses, sob o comando de Diogo Cão, chegaram à foz do rio Zaire e estabeleceram os primeiros contatos (e aliança) com o rei do então Reino do Congo, que dominava toda a região naquela altura.

De acordo com Florita Telo (2012, p.13 et seq.), a ocupação para a colonização foi sangrenta e sempre resistida pelos autóctones. As principais armas usadas pelos invasores foram a força bélica e a “religião”, promovida pela Igreja Católica Romana, sendo esta aplicada onde a força bélica não era eficaz.

Ao explicitar algumas razões que estiveram na base do não desenvolvimento do País, António Ventura (2014, p.160-62) apresenta o processo de colonização e tráfico de escravos transatlântico como uma delas<sup>35</sup>. Segundo o autor, a colonização destruiu todos os fundamentos econômicos, políticos, administrativos, religiosos e de valores tradicionais do então reino, já existentes antes da presença dos colonos, excluiu os negros de comparticiparem da gestão, destruiu a sua autoestima e diminuiu sua mão de obra, por causa do tráfico negreiro.

Na senda do magistério de Ventura, pode-se inferir que a exclusão dos negros da comparticipação da gestão e a destruição de sua autoestima são uns dos fatores que podem estar na base da cultura não participativa dos cidadãos angolanos na vida da comunidade de modo mais intenso. Porventura se trata de uma herança negativa do colonialismo no que tange ao exercício da plena cidadania no País, que hoje precisa ser renunciada.

Durante o período colonial, apenas uma minoria tinha direito à saúde. O sistema de saúde era acessível a esta, e estava orientado para a resolução dos seus problemas de saúde e dos que afetavam a produtividade econômica da colônia (ANGOLA, 2010).

As atrocidades verificadas durante o período colonial (e.g. o trabalho forçado, a escravatura etc.), a exclusão dos negros da sociedade e a tomada de consciência patriótica dos autóctones estiveram na base e estímulos para a intensificação das lutas de resistências verificadas desde a ocupação do País.

Essas lutas foram lideradas pelos os movimentos de libertação nacional, nomeadamente a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA/UPA), o Movimento

---

<sup>35</sup> Outras razões apontadas pelo Autor são: a guerra civil, que durou cerca de 27 anos; a corrupção, que atinge níveis profundos da Administração Pública e áreas muito sensíveis do Estado (por exemplo, nos organismos de ordem e segurança do Estado); o modo de organização e divisão e intercâmbio no comércio internacional (VENTURA, 2014, p.160-67).

Popular de Libertação de Angola (MPLA), e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA).

O preâmbulo da CRA revela que a longa e persistente luta do povo angolano visou (e visa) “resistir à ocupação colonizadora”, “conquistar a independência e a dignidade de um Estado soberano” e “edificar, em Angola, um Estado democrático de direito e uma sociedade justa”.

Como resultado dessa luta de resistência, a madrugada do dia 11 de novembro de 1975 proclama-se a independência de Angola. Cada um dos movimentos de libertação nacional fez esta proclamação em zonas diferentes do País: em Luanda, o então presidente do MPLA na altura, António Agostinho Neto, proclama a República Popular de Angola (RPA); no Huambo e no Uíge, a UNITA e a FNLA proclamam, respectivamente, a República Democrática de Angola (RDA).

Este fato levou (e bem, diga-se!) António Ventura (2014, p.149) a concluir que “no mesmo dia e na mesma hora, nasceram duas Angolas”, não obstante a proclamação da RDA não ter o impacto esperado nem reconhecimento internacional, vincando a da RPA.

Diante disto, é caso para dizer que a Angola independente nasceu na divisão, e esta tem, infelizmente, ainda se refletido até aos dias de hoje. Com efeito, é muito urgente que se encontre um “ideário”, um “sonho angolano” suficientemente capaz de unir, reconciliar os angolanos em todos os sentidos, rumo ao desenvolvimento sadio e sustentável do País.

Parece ser esse o pensamento político atual, uma vez que os 40 anos da independência nacional se comemoraram sob o lema “*ANGOLA 40 Anos: Independência, Paz, Unidade Nacional e Desenvolvimento*” [grifo nosso]. Augura-se que assim seja!

Proclamada a independência em 1975, o País, sob o governo do MPLA, adotou, até 1992, o socialismo<sup>36</sup> como ideologia e prática de governação. O regime político era monopartidário (Partido Único), de base marxista-leninista, sistema econômico centralizado e planificado.

Esta opção pelo socialismo comprehende-se facilmente. O partido “vencedor” e no poder tinha como forte aliado a ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). E como se vivia o período da Guerra Fria, os protagonistas desta guerra (Estados Unidos da

---

<sup>36</sup> O socialismo, ideologicamente considerado, consiste num sistema de valores que defende a sobreposição das relações coletivas e a justiça social sobre as ações e os interesses individuais. Considera os bens e serviços como produtos sociais, e acentua mais a igualdade do que a liberdade, assim como os valores de cooperação e da fraternidade entre os homens (HERMET *et. al.*, 2014, p. 283-4).

América<sup>37</sup> e ex-URSS) procuravam sempre estender a sua influência ideológica aos Países que eles ajudavam. Com Angola não foi diferente.

Segundo Rui Seamba (2012, p.54), a opção foi também entendida como sendo o “caminho [certo] para a persecução dos objetivos traçados” pela direção do MPLA, partido no poder.

A Lei Constitucional da República Popular de Angola de 1975 (LCRPA), que entrou em vigor na mesma data da independência nacional, sugere que esses objetivos gravitavam à volta da “construção de um País próspero e democrático, completamente livre de qualquer forma de exploração do homem pelo homem, materializando as inspirações das massas populares” (art. 1.º), do combate enérgico do “analfabetismo e o obscurantismo e promove [r] o desenvolvimento de uma educação ao serviço do Povo e de uma verdadeira cultura nacional” (art. 13).

Na vigência deste regime, o acesso aos cuidados de saúde era gratuito e universal. O SNS era “totalmente socializado”, todos tinham “direito ao mesmo tratamento gratuito” de saúde. Estava instalado um sistema de atenção médica preventiva e curativa, regulado e controlado pelo Estado, em que o governo assumia a responsabilidade de prover as necessidades médicas e os serviços hospitalares para toda a população, sem custo direto, mediante uso dos recursos tributários da nação.

Nota-se, com senso de tristeza, que com a proclamação da independência, eclodiu a guerra civil no País. Esta guerra foi protagonizada pelo Governo, dirigido pelo MPLA, e a UNITA, conhecendo o término no dia 04 de abril de 2002<sup>38</sup>, com a assinatura do Memorando de Entendimento do Luena.

Durante 27 anos, Angola esteve submersa nessa guerra. Esta terminara, pelo menos era o que se esperava, em 1992, ano em que se realizaram as primeiras eleições multipartidárias no País. Contudo, após as eleições democráticas de 1992, o conflito político-militar reemergiu em Angola, causando significativo impacto negativo sobre o País.

O reacender da guerra ocorreu porque a UNITA não reconhecia os resultados das eleições, alegando fraudes no processo eleitoral. O MPLA venceu com cerca de 54% dos votos, e a UNITA saiu em segundo lugar, com 10% dos votos. O candidato do MPLA a presidência da república, José Eduardo dos Santos, venceu com 49,57% dos votos, e o candidato da UNITA, Jonas Savimbi, conseguiu 40,07% (VENTURA, 2014, p. 155).

---

<sup>37</sup> Este apoiava inicialmente a FNLA/UPA, e mais tarde, a UNITA.

<sup>38</sup> Esta data é considerada como Feriado Nacional, e nela se comemora o Dia da Paz e Reconciliação Nacional.

A guerra destruiu muito e quase tudo. A maioria das infraestruturas necessárias ao desenvolvimento do País (por exemplo: escolas, unidades de saúde, indústrias, estradas, caminhos-de-ferro, pontes) foi arruinada; houve inúmeras perdas humanas; provocou o êxodo rural para as cidades mais seguras do País, bem como a fuga de muitos “cérebros” nacionais ao exterior do País; separou e devastou famílias etc.

Depois de sucessivos acordos de cessar-fogo verificados ao longo do conflito, finalmente a paz chegou ao País - e como se diz “veio para ficar! ”. Com a morte do líder da UNITA, Jonas Savimbi, no dia 22 de fevereiro de 2002, o Governo e a UNITA assinaram no dia 4 de abril do mesmo ano o Memorando de Entendimento do Luena, que pôs fim definitivo a guerra civil.

A pacificação de todo o território nacional concluiu-se com a Assinatura do Acordo de Paz para a província de Cabinda, a 1 de agosto de 2006, na cidade do Namibe, entre o Governo e o Fórum Cabindês para o Diálogo, onde se verificavam também situações de guerrilha para o desmembramento desta parcela do território nacional, fato não permitido pela CRA (nº 6 do art. 5º)<sup>39</sup>.

Com estes atos, abriu-se em Angola a era de reabilitação e reconstrução nacional, de reconciliação política, de recuperação da economia, de atualização do sistema jurídico, de aprofundamento da democracia.

É assim que em setembro de 2008, foram realizadas as segundas eleições legislativas (primeira do pós-guerra), das quais saíram os deputados que, reunidos nas vestes de Assembleia Constituinte, aprovaram a CRA, que reforçou e ampliou os direitos, liberdades e garantias fundamentais dos cidadãos, as responsabilidades do Estado relativamente à saúde etc.

Ainda na senda do desenvolvimento do processo democrático no País, em agosto de 2012 realizaram-se as eleições gerais<sup>40,41</sup> no âmbito na CRA, cujo vencedor foi o MPLA (conseguindo 175 deputados dos 220 previstos) e o seu candidato cabeça de lista, José Eduardo dos Santos. Os outros partidos que conseguiram assentos no parlamento foram a UNITA (32 deputados), Convergência Ampla de Salvação de Angola – Coligação Eleitoral/ (CASA/CE, 8 deputados), Partido da Renovação Social (PRS, 3 deputados), e FNL (2 deputados).

<sup>39</sup> Prevê: “O território angolano é indivisível, inviolável e inalienável, sendo energicamente combatida qualquer acção de desmembramento ou separação de suas parcelas [...]”.

<sup>40</sup> Nestas elegem-se simultaneamente os deputados à Assembleia Nacional e o Presidente da República por um único voto, sendo este o cabeça de lista da candidatura do partido vencedor (*cfr.* art. 109 da CRA).

<sup>41</sup> As próximas eleições gerais serão em 2017.

Importa salientar que em termos político-democrático, o País ainda está em transição e reconciliação dos angolanos entre si. Por outro lado, a democracia ainda é embrionária, não obstante os avanços e retrocessos que tem conhecido em diversos aspectos.

Por esta razão, ainda se verificam algumas situações de intolerância política, algo natural neste processo. Todavia, o Estado tem procurado solucionar positivamente estas questões, visando maior desenvolvimento da democracia e melhoria de vida do povo angolano<sup>42</sup>.

O Presidente da República, a Assembleia Nacional e os Tribunais são os órgãos de soberania do Estado angolano. Entre eles vigora o princípio da separação de poderes e interdependência de funções (art. 105 da CRA).

Os símbolos nacionais da República de Angola são o Hino Nacional, a Bandeira Nacional e a Insígnia Nacional (art. 18 da CRA).

A situação económica é caracterizada por altos níveis de crescimento económico<sup>43</sup> desde o fim do conflito armado. A economia é essencialmente dependente do setor petrolífero que representa 55% do PIB e 95% das exportações. O setor rural, que integra as atividades da agricultura, silvicultura e pecuária, é o segundo maior setor produtivo do País, cujo PIB é atualmente de cerca de 8% (ANGOLA, 2010).

Mais de 36% da população vive abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema (INE, 2012, p.51). O nível de pobreza da população deve-se ao deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento básico, educação, saúde, energia elétrica e outras comodidades sociais (ANGOLA, 2010).

De acordo com o Relatório Económico do Centro de Estudos e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (CEIC/UCAN) de 2013, 20% da população concentra 60% do rendimento nacional e cerca de 2/3 da população tem menos de 2 dólares por dia. O relatório refere ainda que embora o País tenha crescido economicamente, a “mancha de pobreza e exclusão social não diminui na mesma proporção” (CEIC/UCAN, 2013, p.11).

---

<sup>42</sup> Na Mensagem de Ano Novo de 2015, proferida no Palácio Presidencial, no dia 29 de dezembro de 2014, o Presidente da República, José Eduardo dos Santos, condenou veementemente a intolerância política registrada no País e apelou à tolerância, respeito, diálogo, respeito à Lei e unidade entre todos os angolanos. Também garantiu que “O Governo continuará a dar passos firmes nesse sentido, ao mesmo tempo que tudo fará para neutralizar as causas da intolerância política e em especial o recurso à violência”.

<sup>43</sup> Entre 2004 e 2008, a taxa média anual de crescimento do PIB foi de 12,5%, (uma das maiores de África e do mundo, em termos tendenciais), com picos em 2005 (15,0%) e em 2007 (14,0%) (CEIC/UCAN, 2013).

Dados do Banco Mundial (BM) apontam que a renda *per capita* angolana está fixada em 5,170 dólares norte-americanos<sup>44</sup>.

Esses dados sobre a economia angolana revelam que há um grande e contínuo crescimento econômico do País<sup>45</sup>, cujos reflexos ainda não são totalmente sentidos pelo cidadão comum e para o desenvolvimento sustentável da nação. Dois exemplos podem ser aqui apontados. Primeiro, é a taxa de dependência que é estimada em 92,3 em cada 100 pessoas em idade produtiva dos 15 aos 64 anos, o que traduz o elevado índice de desemprego que se registra no País (QUEZA, 2010, p.14). Segundo, é a classificação do País no relatório do Índice de Desenvolvimento Humano de 2014, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Neste, Angola ocupa a posição 149, que corresponde à classificação “Baixo Desenvolvimento Humano”.

Isto reflete os desafios que ainda precisam ser superados para se promover o desenvolvimento sustentável do País e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Contudo, as ações que são realizadas neste sentido (*e.g.* construção de escolas, de indústrias, de zonas econômicas exclusivas, de hospitais; promoção da agricultura familiar, da implementação de programas de apoio às pequenas e médias empresas nacionais etc.) devem continuar e ser encorajadas cada vez mais para a elevação do nível de qualidade de vida dos cidadãos e bem-estar da população, contando também com sua participação.

Do ponto de vista sociodemográfico, os resultados preliminares do Censo Populacional 2014, realizado de 16 a 31 de maio, indicam que residem no País cerca de 24.383.301 pessoas, sendo 11.803.488 do sexo masculino (48%) e 12.579.813 do sexo feminino (52%). Desse número de habitantes, 62% habitam na zona urbana e 38% na área rural. A densidade populacional é de aproximadamente 19 pessoas para cada quilômetro quadrado do País (INE, 2014, p.23).

A população angolana é maioritariamente jovem. Cerca de 47% da população tem menos de 15 anos de idade, 4% tem mais de 60 anos e a média da idade é de 16 anos. A taxa de crescimento médio da população é de 3,1%. A taxa de fecundidade é de 5,9 filhos por mulher. Segundo a OMS/A (2015), a esperança de vida à nascença é de 51 anos de idade.

---

<sup>44</sup> Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country/angola/portuguese>>. Acesso em: 29 maio. 2015.

<sup>45</sup> Não obstante nesse ano (2015), o crescimento abrandar um pouco devido à baixa do preço do petróleo no mercado internacional, resultando disso uma crise econômica e financeira desconfortável a todos que atualmente se registra no País.

O País é multilingüístico. Tem várias línguas nacionais (quimbundo, kikongo, umbundu, chokwe, nganguela, fiote, etc.), que nos termos da CRA (n.º 2, art. 19), devem ser promovidas e valorizadas. A língua oficial é o português.

No que tange a educação, verifica-se que cerca de 65,6% da população angolana com 15 anos ou mais de idade sabe ler e escrever. 81,8% se encontram nas zonas urbanas do País, e 44,8% nas áreas rurais (INE, 2012, p.33). A alfabetização tem como principal grupo-alvo as mulheres, uma vez que a taxa de analfabetismo nesse gênero é de mais de 50% (ANGOLA, 2010).

Considerando os cidadãos com 18 anos ou mais de idade por nível de ensino concluído, constatam-se que 55% concluíram o ensino primário, 24% o secundário de I Ciclo, 16% o secundário de II Ciclo, e 0,1% o superior (INE, 2012, p.31).

Observa-se assim que relativamente as determinantes sociais da saúde ainda existe muito a ser superado e aprimorado para se garantir uma eficaz e eficiente promoção e proteção da saúde no País.

Concernente à situação político-administrativo, a República de Angola caracteriza-se como um Estado unitário<sup>46</sup> desconcentrado e descentralizado administrativamente. Nele existe uma convivência entre os órgãos administrativos locais (*e.g.* o governador provincial) e os órgãos de poder local, eleitos pelas populações locais (*e.g.* as autarquias locais) (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.210).

Territorialmente está organizado em províncias, municípios, comunas e em entes territoriais equivalentes (por exemplo: os bairros). No que tange a forma organizativa do poder local, compreende as autarquias locais, as instituições do poder tradicional e outras modalidades específicas de participação dos cidadãos (*e.g.* as comissões de moradores).

Atualmente tem 18 províncias, 163 municípios e 532 comunas. Luanda é a capital do País. Ainda não foram institucionalizadas as autarquias locais por falta de condições humanas e materiais para o efeito – ações e tarefas, mormente legislativas, estão sendo executadas para essa materialização.

Apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde globais do País, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, uma persistência de surtos de Cólica, Raiva e Sarampo, e um aumento

---

<sup>46</sup> Estado unitário é aquele em que existe um único poder político, que se estende a todo o território e a que todos os cidadãos estão submetidos (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.208).

exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência (MS, 2014a, p.10).

Dados do Ministério da Saúde (2014a, p.25) revelam que a análise mais recente dos indicadores de saúde global mostra uma melhoria significativa relativamente ao *ratio* da mortalidade materna, que passou de 1 400 mortes maternas por 100.000 nados vivos em 2001, para 450 por 100.000 em 2010. A taxa de mortalidade neonatal em 2001 foi de 98 por 1000 nascidos vivos, reduziu para 42 por 1000 nascidos vivos em 2010. A mortalidade infantil evoluiu de 150 mortes por 1000 nascidos vivos em 2001 para 116 em 2010. A mortalidade em menores de cinco anos passou de 250 em 2001 para 194 em 2010. A mortalidade em adultos (15-60 anos) atualmente é de 314 por 1000 habitantes.

A Malária é ainda um grande problema de saúde pública. É a principal causa de mortes no País, e corresponde a 56,6 e 54,7% do total de casos e óbitos reportados em 2013 (MS, 2014b, p.14). Em termos de serviços de saúde, a malária representa ainda cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna (MS, 2014a, p.27).

Durante o período de 2013, e por ordem decrescente, as maiores taxas de letalidade específicas foram registradas em relação à Raiva Humana com 100%, seguindo-se o Tétano com 28.3%, a Meningite com 13.0%, a mal nutrição com 4.1%, a AIDS com 3.8%, Córula com 3.2%, a Hepatite com 2.7% e a Tuberculose com 2,6% (MS, 2014b, p.14).

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) são notificadas em todo o País, ocupando o segundo lugar depois da Malária. Em 2011, a prevalência foi de 537.575 casos, com 769 óbitos. A taxa de letalidade correspondente é de 0,1%. A taxa de incidência anual por DDA foi de 8.589/100.000 habitantes (MS, 2014a, p.27).

As Doenças Respiratórias Agudas foram em 2011, a terceira patologia e a segunda causa de óbitos registrados no País. Os dados disponíveis mostram que foram notificados 1.171.194 casos, dos quais 2.464 faleceram, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 0,2%. A proporção de casos registados em menores de 5 anos foi de 40,3% (472.735) e a de óbitos foi de 29,3%. Foram registrados em grávidas 17.926 casos, sem ocorrência de óbitos (MS, 2014a, p.27). Em 2011, a taxa de notificação foi de 311 por 100.000 habitantes.

A Tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e ocorre entre os 15 e 45 anos, na fase mais produtiva da vida das populações. A taxa de cura ainda se encontra fixada em 45%, contra uma taxa de cura desejada na ordem dos 85 %. A taxa de abandono do tratamento do período em referência é de 17%. A Tuberculose é, atualmente, um dos mais graves

problemas de saúde pública em Angola, assumindo proporções de uma autêntica emergência nacional (MS, 2014a, p.27).

O Sarampo é endémico, com surtos epidémicos cíclicos a cada 2 a 4 anos. Em 2011 foram notificados 13.115 casos, o que resultou numa taxa de incidência de 72/100.000 habitantes, 436 óbitos e uma taxa de letalidade de 3,3%. Destes casos, 2.382 foram confirmados laboratorialmente por Imunoglobulina M. O grupo etário mais atingido é de 1 aos 4 anos de idade, representando cerca de 67% de casos. No período em análise, com exceção da Província do Namibe, todas as restantes Províncias registraram surtos epidémicos de Sarampo (MS, 2014a, p.27-8).

A taxa de prevalência da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) está estimada em 1,98% na população sexualmente ativa. Embora tenha registrado uma diminuição em 5% no período compreendido entre 2000 a 2010, a ocorrência de novas infecções é de 0,2%, sendo maior na zona urbana, com 0,4%, do que nas zonas rurais, com 0,16%. A transmissão do VIH é predominantemente heterossexual, com 79,2% dos casos notificados. Em relação à transmissão vertical, a estimativa de grávidas positivas para 2012 é de 20.428 (MS, 2014a, p.28).

A prevalência mediana da sífilis em mulheres grávidas aumentou de 1,4%, em 2004, para 2,0%, em 2009. A prevalência é mais alta no grupo etário de 30-34 anos, com 4,2%, e a prevalência mais baixa está na faixa etária de 15 a 19 anos, com 1,86%. A área urbana continua a ser a mais afetada comparada com a área rural. Em relação à faixa etária de 15 a 24 anos, a prevalência mediana da sífilis em mulheres grávidas é ligeiramente inferior à da faixa etária de 15 a 49 anos (MS, 2014a, p.28).

A incidência de THA Tripanossomíase Africana (THA) por *Tripanosoma Brucei Gambiense* diminuiu consideravelmente de 8.275 casos registados em 1997, para 154 casos em 2011. Durante o ano 2011, foram notificados 2.291 casos, com 181 óbitos, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 8%, considerada alta, pois deveria situar-se abaixo de 1% (MS, 2014a, p.29).

As doenças tropicais negligenciadas são um grupo de doenças infecciosas e parasitárias que afetam principalmente as populações mais desfavorecidas. Aqui se destacam a oncocercose ou cegueira dos rios, que em 2011 foram registados 874 casos, sem ocorrência de óbitos, com uma taxa de incidência de 4.8 por 100.000 habitantes; aschistosomíase, que em 2011 foram reportados 19.879 casos com uma taxa de incidência de 110/100.000 habitantes, com 5 óbitos. A taxa de letalidade correspondente é de 0,03%; a filariose linfática, em que se estima que cerca de 12.000.000 pessoas estejam expostas ao risco de

transmissão. Importa salientar que a filaríase linfática não é uma doença de notificação obrigatória, pelo que não existe informação sobre o número de casos nos últimos cinco anos (MS, 2014a, p.30).

O perfil epidemiológico das doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, insuficiência renal crónica, tumores malignos, diabetes mellitus, doenças de nutrição, falciformação e doença mental) é insuficientemente conhecido em Angola, por não fazer parte do sistema de notificação de doenças obrigatórias e não existirem estudos sobre as mesmas. Todavia, existe entre os profissionais de saúde o sentimento do seu aumento progressivo e acelerado, ao lado das altas prevalências das principais doenças transmissíveis, constituindo assim um duplo fardo (MS, 2014a, p.30-1).

Paralelamente a estes dados, Armando Queza (2010, p.14-8) também apresenta uma visão global do estado epidemiológico da saúde angolana. Segundo ele, as doenças do fórum psiquiátrico (casos de perturbações mentais) têm vindo a aumentarem, apesar de não existir um registro de casos no sistema de informação de saúde.

Os cuidados de saúde mental estão pouco orientados para a prevenção, não estando integrados nos cuidados primários de saúde. Observa-se também uma grande carência de profissionais com formação orientada para a saúde mental e de psiquiatras.

O álcool ou bebidas alcoólicas é a maior causa de distúrbios sociais, levando igualmente a crescente violência. A sua utilização pelos adolescentes contribui para o aumento de casos de perturbações mentais e da delinquência juvenil (QUEZA, 2010, p.17).

Quanto ao álcool, João Kundongende (2013, p.41, 46) entende ser este um dos elementos que caracterizam a realidade social angolana atual. E afirma o autor que o mesmo provoca a delinquência juvenil, violência, agressões, pancadarias, podridão, inclusive divórcios nos lares.

Face ao exposto, verifica-se que Angola ainda se encontra numa fase não muito boa em matéria de desenvolvimento da saúde. Seguindo a lógica assumida por Germano Schwartz (2001, p.147-56), quando analisa o problema da efetivação do direito à saúde no Brasil por meio de dados estatísticos (negativos) da saúde conclui pela não efetivação deste direito naquele País, pode-se igualmente afirmar que em Angola este direito também não está ainda efetivado.

Ações foram e têm sido realizadas nessa direção. Ainda assim, há muitos desafios ainda a serem superados, indicadores a serem melhorados e mecanismos de proteção, promoção e recuperação da saúde a serem aprimorados. Mais uma vez reafirma-se que a participação cidadã é fundamental neste processo.

### 3.2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE ANGOLA DE 2010

O regime jurídico-constitucional do direito à saúde é denso. A CRA prevê vários preceitos relativos a este direito. Eles definem o conteúdo desse direito, suas garantias, bem como os deveres e obrigações jurídicas do Estado angolano neste domínio.

A efetivação do direito à saúde constitui uma das tarefas fundamentais do Estado. A al. *f*) do art. 21, que prevê estas tarefas, dispõe que os cuidados primários de saúde<sup>47</sup> são universais e gratuitos, devendo o Estado promover políticas públicas que os efetivem observando estes princípios.

Com efeito, todos os cidadãos angolanos e estrangeiros que se encontrem no País têm direito ao acesso gratuito aos cuidados primários de saúde. A prestação dos cuidados de saúde neste nível de assistência deve-se apresentar como totalmente gratuita.

Por conseguinte, qualquer legislação infraconstitucional que estabeleça o pagamento da prestação dos cuidados de saúde destes cuidados é inconstitucional e, concomitantemente, deve ser impugnada e expurgada do ordenamento jurídico pátrio. Igualmente, toda barreira ou burocracia financeira e ou econômica que se verificar no acesso a esses cuidados deve ser removida, pois viola um direito fundamental do cidadão, assim como a própria Constituição, colocando a estabilidade político-social do País em xeque.

O art. 77 é a norma constitucional por excelência do direito à saúde. Nos termos deste artigo:

1. O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da lei.
2. Para garantir o direito à assistência médica e sanitária incumbe ao Estado:
  - a)* desenvolver e assegurar a funcionalidade de um serviço de saúde em todo o território nacional;

---

<sup>47</sup> A CRA não define o que são “cuidados primários de saúde”. Todavia, pode-se recorrer à definição da Declaração de Alma Ata de 1978, que Angola observa. Assim, os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o País podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Esses cuidados fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do País, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

- b) regular a produção, distribuição, comércio e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
  - c) incentivar o desenvolvimento do ensino médico-cirúrgico e da investigação médica e de saúde.
3. A iniciativa particular e cooperativa nos domínios da saúde, previdência e segurança social é fiscalizada pelo Estado e exerce-se nas condições previstas por lei.

Observa-se que este artigo reconhece tanto o direito à saúde como o direito à proteção social. Essa reunião destes dois direitos em uma mesma norma sempre se verificou no ordenamento jurídico-constitucional angolano. A LCRPA dispunha no seu art. 27 que:

O Estado promoverá as medidas necessárias para assegurar aos cidadãos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho.

O art. 34 da Lei Constitucional de 1991 mencionava:

O Estado promove as medidas necessárias para assegurar aos cidadãos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho.

O n.1 do art. 47 da Lei Constitucional de 1992 (LC) também dispunha que:

O Estado promove as medidas necessárias para assegurar aos cidadãos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho.

Como se pode notar, todas essas normas constitucionais congregam, simultaneamente, o direito à saúde e o direito à proteção social. Essa reunião mostra-se inadequada, pelo menos por quatro motivos principais. Primeiro, porque se trata de direitos com objetos distintos, não obstantes serem afins. A saúde é do primeiro, a proteção social do segundo. O conceito de saúde já foi analisado no primeiro capítulo, por isso exime-se de repetir. A proteção social visa atenuar, compensar e ou assegurar os cidadãos em situações de doença, velhice, invalidez, viuvez, orfandade, desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Segundo, porque em termos de legislação infraconstitucional, formulada na vigência da LC, existe um regime jurídico específico para cada um desses direitos. A Lei n. 21-B/92, de 28 de agosto, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (LBSNS), regula o direito à saúde e quase nada refere à proteção social. Por sua vez, a Lei n.7/04, de 15 de outubro, Lei

de Bases da Proteção Social Obrigatória, normatiza o direito à proteção social e faz poucas referências à saúde.

Terceiro, é que a norma da CRA se refere mais ao direito à saúde do que o direito à proteção social. Inclusive a doutrina ao analisar esta norma foca-se também mais no primeiro direito do que no segundo<sup>48</sup>. Portanto, um direito acaba suplantando o outro.

Por último, é o fato da norma constitucional portuguesa que trata do direito à saúde (art. 64 da CRP), que serviu, em certa medida, de fonte de inspiração da presente norma, não congregar o direito à proteção social. Este recebe tutela em outra norma (art. 63 da CRP) sob a epígrafe de “segurança social e solidariedade”.

Por estas razões, entende-se que a reunião é inadequada, sobretudo para garantir melhor tutela aos mencionados direitos. Desta feita, a separação dos dois direitos em normas diferentes se apresenta como o melhor caminho para a devida garantia e tutela desses direitos fundamentais do cidadão.

Sem prejuízo a essas observações, atenta-se que o n.º 1 do art. 77 reconhece o direito à assistência médica e sanitária a todos os cidadãos nacionais e não nacionais. Nota-se que, nos termos deste artigo, o direito à saúde corresponde ao direito à assistência médica e sanitária.

A expressão “direito à assistência médica e sanitária” pode ser dividida em duas partes para efeitos de melhor análise, sem prejuízo de sua unicidade. Assim, a assistência médica compreende os atos médicos, isto é, busca recuperar a saúde, bem como promover a prevenção, diagnóstico, tratamento e readaptação do indivíduo à sociedade. Ou seja, ela envolve toda e qualquer atividade que promove, preserva ou ajuda a restaurar a integridade física e mental do indivíduo. Portanto, foca-se no aspecto curativo ou recuperativo da saúde.

A assistência sanitária, por sua vez, é mais abrangente. Compreende, principalmente, a promoção da saúde pública, o saneamento e a higiene pessoal e coletiva. Envolve as ações relacionadas com a proteção e aperfeiçoamento da saúde coletiva, a prevenção das doenças evitáveis, a melhoria da saúde física e mental de cada um, com o aumento do bem-estar e prolongamento da vida.

Abarca também as instituições e serviços que se ocupam do saneamento ambiental, dos cuidados primários de saúde, da coleta de dados epidemiológicos e sua análise para um

---

<sup>48</sup> Neste sentido, veja-se o comentário de Raul Araújo e Elisa Nunes sobre o art. em comentário, *in* Araújo, Raul Carlos Vasques; NUNES, Elisa Rangel. **Constituição da República de Angola anotada.** Tomo I; - Maia: Gráfica Maiadouro, 2014.

planejamento adequado da política de saúde e dos programas de ação a nível nacional, provincial, municipal e comunitário. Em suma, focaliza-se nos aspectos preventivos e promocionais da saúde.

Assim sendo, pode-se afirmar que a todos os cidadãos angolanos e estrangeiros presentes no território nacional é reconhecido o direito de receber ajuda que lhe proporciona a preservação, diagnóstico e cura de sua saúde, bem como de ter acesso às instituições e serviços de saúde, aos cuidados primários de saúde gratuitamente, e a um ambiente saudável e não poluído.

Do n.2 do art. 77 podem-se extraír outros elementos que compõe o conteúdo do direito à saúde - sem prejuízo daquele visto no primeiro capítulo e no n.1 do artigo em comento. Ao definir “as principais linhas de acção de Estado para que concretize os objectivos definidos no número anterior” (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.413), reconhece, implicitamente, o direito ao acesso a um serviço nacional de saúde que funcione, o direito de acesso aos insumos e demais bens de saúde, o direito a segurança dos tratamentos médicos, o direito ao acesso de novos conhecimentos científicos relativos à saúde, o direito à educação para a saúde.

O primeiro direito - direito de acesso a um serviço nacional de saúde funcional - resulta do dever constitucional imposto ao Estado de criar “infra-estruturas em todo o espaço territorial, devidamente equipado com meios técnicos e humanos capazes de darem resposta às necessidades das populações” (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.413).

O segundo e o terceiro direitos - direito de acesso aos insumos e demais bens de saúde e o direito a segurança dos tratamentos médicos - decorrem do dever constitucional do Estado de “regular e incentivar a produção de medicamentos, em Angola, assim como estabelecer regras para a aquisição, distribuição e uso de produtos farmacêuticos e outros produtos e meios de diagnóstico e de tratamento” (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.413).

O direito de acesso aos novos conhecimentos científicos relativos à saúde e o direito à educação para a saúde derivam do dever constitucional do Estado angolano “cuidar do ensino e da investigação científica na área da saúde, nos vários níveis de ensino” (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.413).

O n.3 do artigo em comento prevê a iniciativa particular e cooperativa nos domínios da saúde, da previdência e da segurança social que é fiscalizada pelo Estado e exerce-se nas condições previstas por lei. Reconhece-se assim o direito de liberdade de iniciativa privada na saúde, cujo exercício deve ser em conformidade com a lei e concorrendo para a promoção

do desenvolvimento social e justiça social do País, sendo o papel do Estado perante esta iniciativa de fiscalização, regulação e incentivo.

Uma apreciação crítica importa ser feita aqui. O legislador constituinte angolano deveria ser mais ousado em materializar o princípio da democracia participativa no setor saúde, tal como foram o legislador constituinte brasileiro<sup>49</sup> e português<sup>50</sup>. A participação dos cidadãos na gestão e funcionamento do SNS deveria ser um princípio constitucionalmente consagrado. Não sendo assim, augura-se que na próxima revisão constitucional esta questão seja observada.

Em conformidade com o art. 78 da CRA, o cidadão, enquanto consumidor e utente, tem direito a proteção do consumo de bens e serviços nocivos à sua saúde e vida, bem como de ser resarcido pelos danos que lhe sejam causados por esses bens e serviços quando mal fornecidos e ou fabricados.

Relativamente aos outros deveres constitucionais do Estado angolano ante ao direito à saúde, além dos supracitados, destacam-se os que se seguem.

No que tange a efetivação do direito à saúde, a CRA estabelece que todos os poderes do Estado estão incumbidos desta missão. Cada um desempenhando a sua função: o legislativo, aprovando os instrumentos jurídicos necessários, quando for de sua competência fazê-lo [al. *i*) do n.1 do art. 165]; o executivo, dando cumprimento às políticas de saúde [alíneas *b*), *i*) e *l* do art. 120]; e o judicial, defendendo esse direito sempre que violado pelo Poder Público e ou terceiros, quando se requerer o seu reparo (n.2 do art. 174 e n.1 do art.177).

Igualmente, os demais órgãos constitucionais, tais como o MP [al. *d*) do art. 186], o Provedor de Justiça (n.1 e 4 do art. 192), as Autarquias Locais (n.1 do art. 217 e art. 219), e todas as pessoas singulares e coletivas (n.2 do art.2) também estão incumbidos na efetivação do direito à saúde, assegurando sua promoção, proteção e recuperação.

O Estado também deve criar progressivamente as condições necessárias para tornar efetivos os direitos econômicos, sociais e culturais; efetuar investimentos estratégicos, massivos e permanentes no setor da saúde; promover a excelência, a qualidade, a inovação,

---

<sup>49</sup> O inciso III do art. 198 da CF/88 dispõe que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - ...

II - ...

III - **participação da comunidade**” [grifo nosso].

<sup>50</sup> O n. 4 do art. 64 da CRP estabelece que “O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e **participada**” [grifo nosso].

a eficiência e a modernidade no desempenho dos cidadãos, das instituições e dos serviços [al. *c*), *i*) e *p*) do art. 21].

Importa mencionar que este direito conta com diversas garantias/remédios constitucionais que os cidadãos e outros atores políticos e sociais podem-se socorrer para assegurar a sua efetivação. Estas garantias são também meios de participação cidadã sanitária. Dentre outros, há o direito a petição, o direito a ação popular e a responsabilidade civil do Estado.

O direito de petição, previsto no art. 73 da CRA, é um:

[...] Direito político e consiste no direito que qualquer pessoa tem de individual ou coletivamente apresentar aos órgãos de soberania ou a outros órgãos públicos, exposições escritas para a defesa dos seus direitos [...] ou sobre assuntos de interesse geral (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.399).

Este direito possibilita os cidadãos defenderem o seu direito à saúde, solicitando amparo aos órgãos de soberania ou autoridades públicas através de exposições escritas. Estas podem assumir a forma de propostas, denúncias, reclamações ou queixas. Ao peticionário está também garantido o direito a ser informado em prazo razoável sobre o resultado da respectiva apreciação.

O direito de ação popular está consagrado no art. 74 da CRA e consiste no:

[...] direito constitucional que dá possibilidade a qualquer pessoa, de forma individual ou através de associações de interesses específicos, de intentar acções judiciais com vista a anular determinados actos que são de interesse colectivo (ARAÚJO; NUNES, 2014, p.401).

Diferente do direito de petição, por ser um meio de defesa jurisdicional e aquele não, a ação popular é um instrumento de participação popular na sociedade, permitindo a reação dos cidadãos perante atos lesivos à saúde pública e demais interesses coletivos.

A responsabilidade civil do Estado e demais entes públicos é outra garantia constitucional de que goza o titular do direito à saúde. Consagrada no art. 75 da CRA, ocorrerá “toda vez que uma pessoa haja sofrido lesão ocasionada pelo Estado, devendo ser indenizada por ele” (ROCHA, 2011, p.43).

Assim, sempre que o Estado ou outra entidade pública lesar o direito à saúde de um cidadão, este pode lançar mão a uma ação de responsabilidade<sup>51</sup> contra ele a fim de ver reparado o seu direito.

Situações como não atendimento de paciente na espera de cuidados de saúde em estabelecimentos dos serviços públicos de saúde, a existência de atos praticados em desconformidade com a Constituição de que resulta danos à saúde do cidadão, as cobranças de pagamentos dos cuidados de saúde naqueles casos em que são gratuitos etc., dão origem à responsabilidade civil extracontratual do Estado em matéria de saúde.

Portanto, estas são algumas das garantias/remédios constitucionais do direito à saúde de que os cidadãos dispõem para sua efetivação. Eles precisam utilizá-los sempre que necessário, pois o “direito à saúde é uma conquista histórica que afirma a dignidade da vida humana” (ROCHA, 2011, p.64). E, como já mencionado, o seu uso é também uma forma de participação na saúde.

### 3.3 O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE COMO O INSTRUMENTO DO ESTADO PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Esta saúde é assegurada no País pelo SNS, instituição pública vocacionada para o efeito.

Recorrendo-se a certa legislação sanitária nacional, nomeadamente a CRA, a lei n.9/75, de 13 de dezembro (cria o Serviço Nacional de Saúde) - embora já revogada, faz-se menção a ela por razões históricas e de fundamentação da criação do SNS -, a lei n.21-B/92, de 28 de agosto (LBSNS), o Decreto n.36/02, de 19 de julho (Regulamento sobre o regime de participação da população nos custos de saúde), o Decreto n. 54/03, de 5 de agosto (Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do SNS), o Decreto Presidencial n.260/10, de 19 de novembro (Regime Jurídico da Gestão Hospitalar do SNS), pode-se inferir diversas notas acerca desse serviço, que mostram como procura efetivar o direito em referência.

O SNS foi criado pelo Conselho da Revolução<sup>52</sup> em 13 de dezembro de 1975 através da Lei n.9/75, de 13 de dezembro. Promulgada aos 10 de dezembro de 1975, pelo Presidente

---

<sup>51</sup> Segundo Jónatas Machado, Paulo da Costa e Esteves Hilário (2013, p.214), esta ação é o meio processual adequado para os particulares promoverem a efetivação da responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas.

<sup>52</sup> Era o órgão supremo do poder do Estado na altura, que exercia, dentre outras, competências legislativas (art.s 35 e 38 da LCRPA).

da RPA, António Agostinho Neto, esta lei espelha os motivos que estiveram (e estão) na base da sua criação.

A sua criação visou (e visa) garantir a todos, sem discriminação, o direito à saúde, indo de encontro às necessidades e anseios mais legítimos do povo angolano, assim como ser um instrumento na luta contra o obscurantismo e a doença. Ele integrava toda a atividade sanitária nacional e constituía um instrumento ao serviço das massas populares.

Igualmente, esteve na base da sua criação a necessidade extrema de melhorar o estado sanitário do País estigmatizado com as sequelas de um longo passado colonial. Sob esta perspectiva, o SNS foi considerado um instrumento de “luta pela saúde e contra a doença”, bem como de resistência e de reconstrução do País.

O SNS é, portanto, um instrumento que o Estado angolano dispõe para assegurar o direito à saúde a todos, sem discriminação, satisfazer as necessidades e anseios sanitários legítimos dos cidadãos, promover a saúde da população e combater a doença, o obscurantismo e a opressão, assim como contribuir na reconstrução do País.

Assim, após 13 anos da instauração da paz no País, o SNS é chamado a desempenhar um papel preponderante na reconstrução do mesmo, proporcionando cuidados de saúde com qualidade e humanizados a todos, sem discriminação de raça, cor, etnia, opção político-partidária, religião, condição econômica e social, lugar de nascimento, sexo etc. Ou seja, deve ser também um instrumento de reconciliação, unidade nacional e de desenvolvimento sustentável da Nação.

Quanto a isto, importa referir que o SNS ainda não tem desempenhado este papel com o brio que se almeja. Porquanto debate-se com grandes problemas que o tornam quase ineficaz e ineficiente na realização do seu devido papel.

Esses problemas consistem essencialmente na cobertura sanitária ainda insuficiente (atualmente conta com um total de 2.356 unidades de saúde) e fraca manutenção das Unidades Sanitárias; o fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do SNS; os recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e a má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas; as fraquezas no Sistema de Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação; a insuficiência de recursos financeiros e a inadequação do modelo de financiamento; e o reduzido acesso à água potável, saneamento e energia elétrica (MS, 2014a, p.10).

As consequências destes problemas na saúde do povo já foram apresentadas acima relativamente ao estado sanitário do País, por isso escusa-se de voltar a repetir o mesmo aqui.

De 1975 a 1992, o SNS abrangia todas as atividades de saúde do País. Não conhecia concorrência do setor privado lucrativo, uma vez que este, praticamente, não existia. Além do mais, toda atividade privada de assistência de saúde tinha sido completamente abolida no dia 30 de abril de 1977, através do Decreto n.º29/77, de 17 de março.

Com a aprovação da LBSNS, verificaram-se mudanças significativas no setor saúde. Surgiu o Sistema Nacional de Saúde que abrange o SNS, as instituições sanitárias do setor privado, com fins lucrativos ou não lucrativos, os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA) e do Ministério do Interior (SSMININT). Desse modo, o SNS passou a ser um dos prestadores de cuidados de saúde, embora o principal, tendo agora a concorrência do setor privado lucrativo – reintroduzido a partir de 1992.

A razão principal desta mudança foi a transição do regime político que a partir de 1991 começou-se a desenhar no País. A partir deste ano, Angola transita do monopartidarismo para o multipartidarismo, da economia centralizada e planificada para a economia de mercado. Assim, estavam criadas as condições jurídicas para a reintrodução do setor privado lucrativo na saúde angolana.

Como consequência dessa mudança, atualmente os cuidados de saúde em Angola são prestados pelo setor público (inclui o SNS, os SSFAA e os SSMININT), o setor privado, lucrativo e não lucrativo, e o setor da medicina tradicional. Os três fazem parte da rede nacional dos cuidados de saúde do País, ou seja, do Sistema Nacional de Saúde angolano.

O SNS é regulamentado, orientado, planejado, avaliado e inspecionado pelos serviços centrais do MS, e abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do referido Ministério.

A tutela e superintendência administrativa dos hospitais centrais e dos estabelecimentos ou serviços especiais, de âmbito nacional, localizados em qualquer ponto do território nacional, compete ao MS. A dos hospitais gerais, dos hospitais municipais e dos estabelecimentos ou serviços especializados de âmbito local, compete aos Governos Provinciais. A superintendência metodológica dos hospitais localizados em qualquer ponto do território nacional, pertencentes ao SNS, é da competência do MS.

O SNS tem três níveis de prestação de cuidados de saúde. O primeiro é o nível primário de saúde, cujos serviços devem situar-se junto das comunidades. Aqui se encontram

os postos de saúde, os centros médicos e os hospitais municipais, que constituem a ponte dos primeiros contatos dos utentes com os serviços públicos de saúde.

O segundo é o nível intermédio ou secundário de saúde, constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidades menos diferenciadas. Estão aqui os hospitais provinciais, os hospitais gerais etc.

O último é o nível terciário de saúde, que compreende todas as unidades hospitalares de assistência diferenciadas polivalente ou de especialidade. São exemplos, os hospitais nacionais ou centrais.

Quanto ao atendimento, o SNS tem dois níveis: o de atenção primária e o de atenção especializada. Na atenção primária, enquadram-se todas as instituições sanitárias do nível primário de saúde; na atenção especializada, os níveis secundários e terciários de saúde.

Entre esses níveis existe (deve existir) intensa articulação de funcionamento, mormente no fluxo e circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes. Essa articulação deve verificar-se para ensejar que casos de maiores complexidades sejam tratados no nível imediatamente superior àquele primeiramente contatado<sup>53</sup>.

Importa sublinhar que no sistema de referência e contra-referência está também um dos grandes problemas do SNS, como já aludido. Por exemplo: é comum em Luanda os utentes com doenças que poderiam ser tratadas nos postos de saúde ou centros médicos (por exemplo: malária ou dengue) recorrerem logo aos hospitais nacionais para receber os carecidos cuidados. Isto acaba entupindo desnecessariamente estes hospitais, impossibilitando-os, muitas vezes, de prosseguirem as suas devidas atribuições adequadamente.

Algumas causas apontadas para essa fuga direta e imediata aos hospitais nacionais são a ausência de pessoal especializado e suficiente nos estabelecimentos da atenção primária (por exemplo: dificilmente há médicos neles), a falta de fármacos necessários ao combate das patologias apresentadas, a falta de confiança dos utentes nesses estabelecimentos devido ao fraco atendimento que eles prestam etc.

Nota-se, porém, que ações governamentais estão sendo realizadas no sentido de mudar esse quadro. Um deles é a implementação desde 2011 do Programa Nacional de Municipalização da Saúde, que responsabiliza e incumbe as administrações municipais a cuidarem da atenção primária da saúde nas respectivas circunscrições administrativas.

---

<sup>53</sup> Nisto consiste o chamado sistema de referência e contra-referência no Sistema Nacional de Saúde.

Isto observa a LBSNS (art. 17) que prevê a organização do SNS atendendo a divisão do território nacional em províncias, municípios, comunas, bairros e povoações, e, em dadas situações, tendo em conta as condições demográficas e sanitárias de dada parcela do território nacional, em regiões sanitárias. Esta organização busca materializar o princípio da proximidade dos serviços de saúde a população.

São características do SNS: 1) ser universal; 2) prestar cuidados de modo integral; 3) ser tendencialmente gratuito; 4) garantir a equidade no acesso dos utentes; e 5) ter gestão descentralizada e participativa (art. 23 LBSNS).

Por ter sido anteriormente discutida, apenas refere-se que a *universalidade* significa que o SNS deve assegurar a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos sem discriminação (negativa) de nenhum tipo.

A *integralidade* denota que os cuidados devem ser prestados na sua totalidade. Implica, segundo Roseni Pinheiro (2012, p.71-7), o reconhecimento de práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia-força de considerar o utente como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Felipe Asensi (2013, p.143-4) acrescenta que ele também significa:

[...] a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos para todos os níveis de complexidade de assistência [...] engloba ações de promoção, proteção e assistência na saúde.

A característica do *tendencialmente gratuito* refere-se à possibilidade de pagamento dos cuidados de saúde prestados pelo SNS. No tange a isto, há muito a ser dito. Porém, por não ser o tema e escapar as finalidades do presente trabalho, serão aduzidas somente algumas notas a respeito.

Sérgio Deodato (2012, p.13), ao analisar esta característica do SNS português, entende que o seu significado consiste em “por princípio os cuidados de saúde prestados pelo Estado no âmbito das instituições do serviço, não são pagos, podendo existir uma forma mínima de pagamento”.

Ou seja, essa característica determina que a prestação dos cuidados de saúde do SNS seja gratuita sempre que os utentes não tenham possibilidades financeiras para pagarem a prestação (DEODATO, 2012, p.63). Se a tiverem, devem pagar.

Infere-se, então, que na ótica desse autor, a regra é o não pagamento dos cuidados de saúde; o pagamento é exceção, e ocorre mediante as chamadas “taxas moderadas” existentes para o efeito.

Este entendimento não pode ser automaticamente aplicado à realidade angolana, embora o seu sistema de saúde inspire-se muito no sistema português. Duas razões principais estão na base disso. Primeiro, porque, ressalta-se mais uma vez, durante o período de 1975 a 1992 os cuidados de saúde em Angola eram prestados gratuitamente. Com a LBSNS, a situação mudou. Essa lei introduziu no SNS o princípio da comparticipação dos utentes no pagamento dos cuidados prestados (art. 27).

Este princípio está regulamentado pelo Decreto n.22/98 de 24 de julho (aprova o princípio da comparticipação da população nos custos de saúde) e Decreto n.32/02 de 19 de julho (Regulamento sobre o regime do princípio da comparticipação da população nos custos de saúde). Nos termos destes diplomas jurídicos, percebe-se que:

1. A comparticipação consiste na contribuição das comunidades e utentes no pagamento dos custos de saúde, com valores pecuniários ou em espécie, correspondentes ao custo total da assistência médico-sanitária, medicamentosa e preventiva prestada pelo SNS (art. 1.º do Dec. n.22/98 de 24 de julho e art. 2.º do Dec. n.32/02 de 19 de julho);
2. É um mecanismo de gestão introduzido com a finalidade de minimizar as dificuldades financeiras que o setor da saúde enfrenta e por outro, terminar com as cobranças supérfluas e anárquicas que se verificam em algumas unidades sanitárias públicas. Portanto, é uma fonte direta de financiamento do SNS;
3. Todos os utentes que ocorram ao SNS estão obrigados a comparticipar (art.s 4.º e 7.º do Dec. n.32/02 de 19 de julho);
4. Há um regime especial, que compreende isenção e redução do pagamento de atos clínicos. Assim, estão isentos de pagamento, por exemplo, crianças com idade inferior a 10 anos, grávidas, adultos com idade adulta ou superior a 60 anos, os desempregados, os abandonados, os deslocados, os pacientes portadores de patologias crónicas e degenerativas (art. 11 do Dec. n.32/02 de 19 de julho). Beneficiam de redução de 50% no pagamento, por exemplo, as pessoas com deficiências, os reformados (art. 12 do Dec. n.32/02 de 19 de julho);
5. A assistência em situação de urgência não deve ser negada aos utentes que dela precisam e ocorram ao SNS por falta de recursos financeiros para o devido pagamento. Posteriormente, eles podem fazer esse pagamento, caso tenham recursos para tal (art.s 5.º e 6.º do Dec. n.32/02 de 19 de julho).

No fundo, o que se apreende e conclui destes diplomas e regime jurídico sucintamente analisado é que a regra em Angola, do ponto de vista formal, é o pagamento dos cuidados de saúde; o não pagamento constitui exceção.

Essa assertiva é reconfirmada pela Política Nacional de Saúde de 2010, quando prevê a necessidade de se encontrarem melhores mecanismos que asseguram maior eficácia e eficiência a participação nos custos de saúde de modo a evitar os desfalques que tem se notado até então (ANGOLA, 2010).

A CRA também fundamenta, embora *a contrario sensu*, aquela afirmação. Ao prever na al. f) do art. 21 [grifo nosso], que uma das tarefas fundamentais do Estado angolano consiste na promoção de “políticas que permitam tornar universais e **gratuitos** os cuidados primários de saúde”, revela, assim, que esses cuidados ainda não são gratuitos.

Outro fundamento pode-se extrair do n.3 do art. 78 do Decreto Presidencial n.260/10, de 19 de novembro (Regime Jurídico da Gestão Hospitalar do SNS), que estabelece que “Os hospitais devem garantir à colectividade prestação de serviço ao **mínimo custo**” [grifo nosso].

A segunda razão e, intrinsecamente ligada à primeira, é a prática generalizada do pagamento. Por exemplo, quando se recorre aos serviços do nível primário do SNS ou mesmo de outros níveis, é comum houver cobrança, mormente para a marcação de consultas externas – aliás, o n.3 do art. 6.º do Decreto n.32/02 de 19 de julho estabelece que estas devem ser pagas.

Por isso, é grande e constante a confusão na mente dos cidadãos acerca de saber se os cuidados prestados pelo SNS são gratuitos ou não, pois quando pensam que não deviam pagar são cobrados, quando pensam em pagar são informados que os serviços são gratuitos<sup>54</sup>!

É preciso esclarecer que não se trata de pagamento da famosa “gasosa” ou “propina”, mas sim de uma cobrança legitimada pela própria lei e direção das unidades sanitárias públicas, pois muitas delas emitem recibos dos pagamentos efetuados.

Por estas razões, entende-se que, em Angola, a regra é o pagamento dos cuidados de saúde prestados pelas unidades do SNS; o não pagamento constitui a exceção.

---

<sup>54</sup> Esta confusão atinge inclusive organizações angolanas ligadas aos direitos humanos. Por exemplo, a Associação Justiça Paz e Democracia (AJPD) produziu em 2014 um folheto denominado “*Kambas da Saúde*” onde, numa estória de quadradinhos que retrata precisamente essa confusão, menciona que os serviços prestados pelas unidades sanitárias públicas são grátis e, por conseguinte, todas as vezes que um utente for cobrado, ele deve denunciar no Gabinete do Utente do Hospital ou do Centro de Saúde.

Verifica-se, assim, que há uma necessidade urgente de legislativa, administrativa e politicamente se definir claramente esta situação do SNS: é ou não é gratuito? Se sim, até que ponto e nível? Que ações e serviços são gratuitos? Quais não são? Qual é o alcance do “tendencialmente gratuito”? Etc. São perguntas que precisam de respostas para o adequado funcionamento e desenvolvimento do SNS.

A *equidade* no acesso dos utentes ao SNS visa diminuir as outras assimetrias no acesso. Segundo Felipe Asensi (2013, p.144), ela expressa a ideia de justiça social, uma vez que busca reduzir as desigualdades entre os titulares do direito à saúde.

Assim, o SNS deve encontrar formas de garantir o acesso para todos, independentemente da zona onde habitem ou das suas dificuldades económicas (DEODATO, 2012, p.63). Nesse sentido, por um lado, todo tipo de obstáculo ao acesso aos serviços do SNS deve ser removido e, por outro, deve-se investir mais recursos públicos naquelas unidades sanitárias em que a carência e as deficiências são maiores.

A última característica diz respeito à organização e gestão do SNS. Quanto à organização, o SNS é *descentralizado*, isto é, deve estar distribuído em todo o território nacional de modo a permitir uma maior proximidade com as pessoas, contando com diversas entidades públicas para uma cobertura adequada do País (DEODATO, 2012, p.63).

A gestão *participativa* diz respeito às formas que os cidadãos devem ter de participar nas opções políticas do SNS. Ou seja, impõe o dever do SNS ter estruturas ou órgãos que possibilitem a participação ativa dos mesmos na sua gestão, ensejando a democratização do Serviço. Essas estruturas serão analisadas no próximo tópico.

Quanto ao seu financiamento, o SNS tem como principal fonte o Orçamento Geral do Estado (OGE). Outras fontes são o pagamento efetuado pelos não beneficiários do SNS; a comparticipação do utente; as taxas pela utilização de suas instalações e equipamentos; o produto de benemerências e doações; e o produto das sanções e multas aplicadas (art. 27 LBSNS).

Uma breve digressão sobre a parcela do Orçamento Geral do Estado (OGE) para a saúde precisa ser feita aqui. Angola é signatária da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África de 2008 que recomenda aos Países africanos a, progressivamente, disponibilizarem dos seus OGEs um orçamento de 15% ao setor da saúde. O País está longe dessa cifra. Desde o alcance da paz até 2015, a média do orçamento situa-se nos 5% do OGE, excetuando-se o ano de 2009 cuja parcela foi de mais de 8%. Verifica-se assim uma desconformidade entre a recomendação da Declaração e a prática orçamental sanitária do País.

De modo a corrigir esta desconformidade, entende-se o Estado precisa perseguir a recomendação daquela Declaração para o adequado desenvolvimento do setor.

Os beneficiários do SNS são todos os cidadãos angolanos, estrangeiros residentes em Angola, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes no País. Esses podem receber cuidados de saúde prestados por entidades privadas contratadas pelo MS para o efeito, assim como o SNS pode, em circunstâncias excepcionais, suportar as despesas do seu tratamento no estrangeiro.

O SNS, em suma, é o instrumento jurídico-institucional, constitucionalmente consagrado, através do qual o Estado angolano assegura a todos cidadãos nacionais e estrangeiros a efetivação do direito à saúde. Com efeito, o SNS deve ter infraestruturas em todo o território angolano e, além de bem organizado, deve funcionar adequada e satisfatoriamente respondendo as necessidades sanitárias dos cidadãos. Os desafios atuais devem ser superados, contando com a efetiva participação cidadã.

### 3.4 A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A participação dos cidadãos no SNS (e essencialmente na saúde angolana) é assegurada principalmente pelo Gabinete do Utente (GU), Conselho Geral do Hospital (CGH) e a Comissão Nacional de Saúde (CNS). Os dois primeiros órgãos são intra-hospitalares (existem e funcionam somente dentro das unidades hospitalares), e o último é extra-hospitalar.

Para melhor entendimento e apreensão das potencialidades e limitações destes procedimentos participativos sanitários, segue-se uma análise fundamentalmente descritiva dos mesmos de acordo com a legislação vigente no País a respeito. Começar-se-á pelo GU, seguido do CGH e, finalmente, a CNS.

O GU é um órgão criado e introduzido no SNS em 2010<sup>55</sup>, pelo Decreto Presidencial n.260/10, de 19 de novembro, que compõe a estrutura orgânica dos hospitais (entendido em seu sentido legal, abrange todas as unidades sanitárias do SNS), cujas atribuições, nos termos do art. 42 do mencionado diploma legal, são:

- i) Informar os utentes sobre os seus direitos e deveres relativos ao serviço de saúde;
- ii) Receber as reclamações e sugestões sobre o funcionamento dos serviços e o comportamento dos profissionais;

---

<sup>55</sup> Não obstantes as experiências de sua implementação começarem em 2008, no Hospital Josina Machel.

- iii) Redigir as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, quando os utentes não o possam fazer;
- iv) Receber as sugestões dos utentes;
- v) Encaminhar para as entidades competentes as reclamações e sugestões dos utentes com vista ao melhoramento da prestação de serviços;
- vi) Efetuar a avaliação e tratamento estatístico das exposições apresentadas.

O GU constitui um dos instrumentos de transparência, qualidade e valorização dos direitos do utente na medida em que ouve as suas dificuldades e faz a ponte entre os cuidados técnicos e científicos com o cuidado humano, a atenção sincera e o respeito mútuo (MS, 2014c, p.2288), buscando-se o melhoramento dos serviços do hospital.

O GU é auxiliado pelas “urnas” que são colocadas nos hospitais. Estas servem de lugar de depósito das reclamações, sugestões, elogios e ou denúncias dos utentes que, geralmente, no fim do dia são recolhidas e dadas o devido tratamento. É da competência do Conselho Diretivo do hospital controlar e dar respostas às reclamações e queixas apresentadas pelos utentes.

A sua composição e o modo de funcionamento são desconhecidos, pelo menos no plano formal, uma vez que essas matérias são objetos de regulamentação própria a aprovar por decreto executivo do Ministro da Saúde. Até o presente ano (2016), sublinha-se, isto ainda não aconteceu.

Diante desse quadro jurídico panorâmico do GU, algumas considerações podem ser tecidas. Essas considerações revelam as potencialidades e limitações desse órgão.

Como qualquer procedimento participativo na saúde, o GU proporciona ao utente um espaço onde possa abordar os modos de prestação dos serviços do hospital (um lugar de interação utente/hospital), expor suas preocupações, reclamações, denúncias e elogios acerca da organização e atendimento hospitalares, assim como, indiretamente, fiscalizar a gestão e funcionamento do mesmo. Nesse sentido, é, portanto, um meio de controle social do hospital.

O GU conhece muitas limitações. Uma delas, que geralmente se verifica no cotidiano, é a falta da retro informação ao utente do resultado ou situação da sua reclamação e ou o tratamento que está a ser dado as suas sugestões. Esta falta não só viola a CRA e demais legislação a respeito (viola-se o direito de informação do cidadão), como também desmotiva os utentes de continuarem a participar no melhoramento dos serviços de saúde,

uma vez que não tomam conhecimento do estado de sua intervenção. Expor uma reclamação ou denúncia e não receber *feedback* é, no mínimo, desanimador!

Nota-se, inda, que a eficácia e eficiência do GU ainda não são conhecidas, mesmo depois de passados cinco anos da sua criação. Por um lado, parece não existirem estudos científicos ou pesquisas concentradas nessa temática (embora despontam algumas tendências neste sentido). Por outro, a maioria dos cidadãos desconhece a sua existência.

Um exemplo dessa última assertiva pode-se extrair da pesquisa feita pela a AJPD, associação angolana que milita na seara do respeito e promoção dos direitos humanos. Ela realizou um inquérito-piloto no ano de 2014 no bairro do Kilamba Kaxi, município de Belas, província de Luanda, a respeito do conhecimento que os cidadãos tinham acerca da existência do GU nas unidades sanitárias daquela comunidade. Uma das conclusões chegadas é que a grande maioria dos inquiridos desconhece esse órgão<sup>56</sup>.

A inexistência do decreto executivo que estabelece a sua composição e funcionamento também contribui negativamente no desenvolvimento e potencial do GU. Atualmente eles compõem-se e funcionam de acordo as orientações diretas dos diretores gerais dos hospitais e isto pode limitar a participação dos utentes, porquanto tais orientações, invocando-se razões de “interesse público” ou “conveniência de serviço”, podem ser desfavoráveis a essa participação.

Além do GU, existe o CGH como procedimento participativo sanitário angolano. O CGH é um órgão consultivo da unidade sanitária hospitalar ao qual compete:

- i) Emitir parecer sobre projetos de plano estratégico e planos anuais do hospital, bem como sobre os respectivos relatórios de execução;
- ii) Pronunciar-se sobre as estatísticas do movimento assistencial e outros documentos que permitam acompanhar a atividade global do hospital;
- iii) Dirigir ao Conselho Diretivo recomendações que julgar convenientes para melhor funcionamento da Instituição, tendo em conta os recursos disponíveis.

Concernente a composição, no CGH fazem parte o Diretor Geral do hospital, que o preside, 1 representante do MS, 1 representante da Administração do município ou do governo provincial onde se situa o hospital, 1 (um) representante de cada grupo profissional (Médico, Técnico Superior de Saúde, Enfermeiro, Técnico Diagnóstico e Terapêutica,

---

<sup>56</sup> Essas informações foram prestadas por Serra Bango, membro da referida associação, durante o programa televisivo **Debate Livre** da TV Zimbo, realizado no dia 16 de junho de 2015, cujo tema foi “**O estado da saúde em Angola**”. As conclusões do inquérito estão por se publicar.

Administrativo e Apoio Hospitalar), representantes dos utentes enviados, conforme o âmbito do hospital, por cada uma das comunas ou dos municípios da área do hospital, 1 representante da Liga dos Amigos do Hospital, assim como membros do Conselho de Direção do hospital (estes últimos sem direito ao voto).

Os representantes de cada grupo profissional que integram o CGH são eleitos nos respectivos grupos profissionais, com um mandato de três anos.

O CGH reúne-se ordinariamente duas vezes em cada ano e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu presidente.

A grande potencialidade do CGH é possibilitar os utentes, através dos seus representantes, interagirem diretamente com as altas autoridades públicas sanitárias do hospital e da comunidade nas questões relativas ao melhor funcionamento do hospital. Possibilita-lhes também conhecer a atividade global do mesmo, nomeadamente os projetos de plano estratégico e planos anuais do hospital, os respectivos relatórios de execução, as estatísticas do movimento assistencial, as dificuldades e insuficiências nos serviços, a situação financeira e humana do hospital etc.

Conhecendo essas realidades, há a possibilidade de emitirem, junto com os demais integrantes do CGH, recomendações ao Conselho Diretivo do hospital para o melhoramento da organização, funcionamento, gestão e atuação do hospital com vista à efetivação do direito à saúde.

Pelo CGH, portanto, os utentes, através dos seus representantes, participam de forma direta – embora meramente consultiva - no melhoramento da organização e funcionamento do hospital, uma vez que por meio dessa instância eles constatam *in concreto* e *in integrum* a realidade do hospital e, consequentemente, emitem recomendações ao Conselho Diretivo do mesmo.

Paralelamente a esta potencialidade, estão às limitações do CGH. A primeira, consiste na sua natureza meramente consultiva. Isso torna a participação dos cidadãos na saúde ineficiente e dependente da “boa vontade” das autoridades públicas sanitárias, mormente do Conselho Diretivo do hospital, na medida em que somente podem apresentar recomendações que podem ser ou não consideradas/atendidas.

A segunda, diz respeito ao número não determinado dos representantes dos utentes. Apenas se diz “representantes dos utentes”, o que revela, pelo menos, uma certeza: os utentes serão representados por mais de uma pessoa. Porém, pergunta-se: por quantas no total? Será um número adequado para garantir paridade de representação comparativamente as

autoridades governamentais? São questões abertas que precisam de respostas para se garantir o adequado e democrático funcionamento do CGH.

Outra limitação diz respeito a sua não realização. Até onde vai o conhecimento do autor, desde a sua consagração legal, os mesmos não funcionam, nunca foram realizados em nenhuma unidade hospitalar.

Fora do âmbito hospitalar e abrangendo todo o sistema nacional de saúde, existe a Comissão Nacional de Saúde (CNS). Foi criado aos 15 de fevereiro de 1982 pelo Conselho de Ministros, através do Decreto n.10/82, de 15 de fevereiro, apresentando-se como um órgão interministerial, que sob a orientação do MS, tinha como objetivo coordenar toda a ação intersetorial destinada à melhoria das condições da saúde da população. A sua composição apenas incluía representantes de alguns Ministérios e Secretarias de Estado, deixando de fora os utentes/cidadãos (art.s 1.º e 2.º do citado diploma).

Aos 17 de novembro de 1986, foi “recriado” pelo Conselho de Defesa e Segurança através do decreto n.22/86, de 17 de novembro. O seu objetivo e a composição mantiveram-se. Não houve alteração significativa, senão a sua recriação por outro órgão estatal.

Mudança substancial ocorreu em 1992, com a aprovação da LBSNS. No fundo, esta lei criou uma nova CNS. Assim, está previsto que ela é um órgão cuja missão é representar os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e de servir como órgão de consulta do governo (n.1 do art. 7.º LBSNS).

Nela fazem parte os representantes dos utentes de todos os subsistemas de saúde (público, privado e de medicina tradicional), dos trabalhadores da saúde, dos departamentos governamentais com áreas de atuação conexas e de outras entidades (n.2 do art. 7.º LBSNS).

Relativamente a sua concreta composição, competências e regras de funcionamento, a LBSNS remete para regulação por diploma próprio (n.3 do art. 7.º LBSNS). Até hoje (2016), sublinha-se, isto ainda não aconteceu.

Perante tudo isto, constata-se que a CNS é mais ampla que os dois primeiros procedimentos participativos sanitários analisados. Ela é um órgão extra-hospitalar e inclui representantes dos utentes de todos os setores da saúde, assim como possibilita a introdução de outras individualidades na sua atuação.

Esta última assertiva funda-se na interpretação resultante da existência da expressão “outras entidades”, que se segue aos representantes do governo, no n.2 do art. 7.º LBSNS. Nessa ponderação, está aberta a porta para especialistas em Direito Sanitário, representantes de associações de defesa de direitos humanos, no geral, e da saúde pública, em particular, entidades religiosas etc., participarem da CNS. Urge é saber se essas individualidades serão

nomeadas ou convidadas pelo governo ou serão eleitas pelos utentes ou Assembleia Nacional ou, ainda, outro órgão vocacionado para isto.

Em paralelo as suas virtudes, estão às limitações. Primeiro, é a sua natureza de órgão de consulta do governo. É mais um de muitos órgãos que têm essa função<sup>57</sup>. Não que isto seja necessariamente um “grande mal”, até porque todas as instituições existentes no Estado devem cooperar para o bem-estar dos cidadãos e do próprio Estado, colaborando, sempre que possível, com o governo. O problema verifica-se quando o órgão se torna “refém” do governo ou dependente da sua “boa vontade”, cooptado por aquele. Assim ocorrendo, o órgão torna-se impotente, não crítico das políticas públicas de saúde criadas e ou adotadas, nem apresentando soluções mais adequadas à efetivação do direito à saúde no País, na medida em que não atua de modo livre e autônomo.

No tange a isto, vale considerar a reflexão de Maria do Carmo Albuquerque (2004, p.41) quando medita sobre a participação cidadã nas políticas públicas no Brasil. Para a autora, analisando os fatores que enfraquecem os conselhos participativos, nomeadamente as assimetrias de saber, de acesso ao poder e às informações, conclui que esses fatores os enfraquecem e colocam-nos numa grande dependência das informações, dos recursos materiais e da “boa vontade” dos governos, decorrendo disso o perigo de que “os conselhos se limitem à discussão de assuntos periféricos”.

Por “assuntos periféricos” podem ser entendidos aqueles que são puramente da conveniência do governo ou que florescem a sua agenda política ou, ainda, que acabam tratando de situações que beneficiam a elite governamental, empresarial ou política em detrimento da população.

Verifica-se, assim, o quanto perigoso é um órgão da dimensão e competências do CNS servir meramente como um órgão de consulta do governo e apenas ter esta natureza.

Resta referir, por fim, que atualmente a CNS está inativa. Contudo, já está prevista a sua reformulação e entrada em funcionamento em breve (MS, 2014b, p.108).

Apresentadas as três formas principais de participação dos cidadãos na saúde angolana, precisamente no SNS, importa mostrar as principais limitações delas, ou seja, descrever os desafios e problemas que os enfermam de modo geral.

A primeira diz respeito à mera natureza consultiva desses órgãos participativos. Por um lado, como já se mencionou, isso torna a participação dos cidadãos na saúde ineficiente e dependente da “boa vontade” das autoridades públicas, na medida em que somente podem

---

<sup>57</sup> A título de exemplo, têm-se: Conselho Nacional da Criança, Conselho Nacional da População, Conselho Nacional da Comunicação Social, Conselho Nacional da Proteção Social etc.

apresentar reclamações, sugestões ou recomendações que podem ser ou não consideradas. Por outro, engendra o afastamento do cidadão do processo final de tomada de decisão.

O perigo para o desenvolvimento da democracia, da cidadania e da efetivação do direito à saúde é maior quando se sabe que sem vontade política os direitos tendem a não ser efetivados. Se politicamente convier, atende-se; se não, descarta-se. Igualmente, quando se tem ciência que o poder Executivo em qualquer parte do mundo é o maior violador dos direitos dos cidadãos (HILÁRIO; WEBBA, 2011, p.55).

A segunda está ligada ao ceticismo dos cidadãos em relação às respostas das autoridades públicas a essas reclamações ou recomendações. Este ceticismo, segundo vários autores angolanos, está entranhado na sociedade angolana e, por conseguinte, no setor saúde.

Esteves Hilário e Mihaela Webba (2011, p.22-7) ao analisarem o procedimento constituinte 2008-2010, cuja Comissão Constituinte recebeu contribuições dos partidos políticos, da sociedade civil e dos cidadãos para a nova Constituição da República de Angola, concluem que a participação dos cidadãos foi fraca e manipulada pelo partido no poder, pois este fixou “um modelo que não ai nem vai de encontro com as aspirações do povo e que em última análise põe em causa o efectivo cumprimento dos direitos fundamentais”.

Hilário e Webba (2011, p.24, 27) acabam dizendo que a maior parte das contribuições da sociedade civil e dos cidadãos não foi tida em conta na elaboração da atual constituição, situação que gerou muitos descontentamentos dos cidadãos. Isso só veio confirmar o ceticismo dos cidadãos e sociedade civil em relação à eficácia da sua contribuição relativamente ao processo constituinte.

Crítica semelhante foi feita por Rui Seamba (2012, p.74-6) quando analisa o debate constituinte para elaboração da atual constituição angolana, no qual:

Os partidos políticos foram os protagonistas do debate constituinte, sobretudo o MPLA, partido no poder, que quase domina o espaço público. A conquista, o exercício, a manutenção e a aumentação do poder político seriam as características essenciais do desempenho dos partidos políticos no processo, fato que levou outros atores sociais e políticos, ou seja, os cidadãos e as organizações da sociedade civil, a estarem numa posição de meros espectadores (2012, p.74).

Para Seamba (2012, p.74), os cidadãos e as organizações da sociedade civil foram transformados em “meros espectadores” durante a sua participação no debate constituinte. Isto ocorreu porque suas contribuições, na ótica deste autor, não foram praticamente consideradas.

Na senda deste pensamento, infere-se que os cidadãos são transformados em “meros espectadores” quando participam nos assuntos públicos do País, pois suas contribuições raras vezes são consideradas. Por isso, é comum ouvir-se expressões do tipo “não adianta falar porque eles não nos ouvem”, “participar para quê? É só perder tempo”. Todas estas expressões revelam bem este ceticismo, que deve ser urgentemente vencido por todos, tendo o Estado um forte papel nesta superação.

E isso não é estranho no setor da saúde. Os cidadãos também não participam na efetivação desse direito porque não acreditam ou acreditam pouco que sua intervenção possa mudar ou interferir em alguma coisa no setor. As razões invocadas são, *mutatis mutandis*, as referidas acima.

Outra limitação advém da inexistência dos competentes diplomas legais reguladores dos órgãos estudados. Como visto, esta falta condiciona fortemente o pleno e democrático funcionamento desses órgãos; gera dúvidas relativamente ao número de representantes dos utentes nos mesmos, assim como o modo de provimento deles. Esta falta também pode originar situações de exclusão social e política no SNS, porquanto, em certo sentido, fica na discricionariedade do titular das unidades sanitárias públicas estabelecer quem pode ou não fazer parte dos mesmos.

Finalmente, o desconhecimento desses órgãos pelos cidadãos/utentes devido a sua fraca divulgação se apresenta também como uma situação limitadora dos mesmos. É indubitável que a ignorância dos cidadãos sobre a existência de mecanismos de defesa dos seus direitos pode tornar estes vazios do seu real poder, eficácia e eficiência na medida em que não serão usados para o fim que foram criados. O mesmo se verifica com a limitação em comento.

Dessas limitações ou desafios da participação dos cidadãos na efetivação do direito à saúde resultam várias consequências negativas práticas. Uma é a falta de compatibilização da atuação estatal com as reais demandas sanitárias dos cidadãos, porquanto o Estado pode não considerar as legítimas proposições dos cidadãos/usuários.

Por exemplo: os utentes reclamam que o atendimento está a ser mal prestado; os profissionais de saúde estão a maltratar os doentes - batem neles, não os dão de comer etc.; os medicamentos que deviam ser distribuídos gratuitamente aos pacientes internados estão a ser vendidos; e as autoridades públicas de saúde competentes quase nada fazem. Ou seja, os utentes pedem mudanças na organização e funcionamento do setor e o poder público não atende devidamente.

Outra consequência refere-se ao fato disto constituir-se em um obstáculo na construção de uma sociedade livre, justa, igual, solidária, de paz, democrática no setor saúde e no País, tal como estabelece o art. 1.º da CRA, na medida em que desincentiva os cidadãos a participarem na resolução dos assuntos públicos, mormente na saúde.

Por outro lado, é a inviabilização da participação dos cidadãos na promoção e defesa da saúde pública, na definição da política de saúde e planejamento sanitário, na colaboração da criação de condições que permitam o exercício do direito à saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis, tal como prescreve a LBSNS, que se verifica.

Enfim, ensejam um afastamento do cidadão do cumprimento dos seus deveres para com a saúde pública, e de intervir ativamente na democratização e melhoria do estado sanitário do País.

Face ao exposto, é perceptível, então, que participação cidadã sanitária no País ainda se revele fraca, reduzida à esfera hospitalar e somente com natureza consultiva. Ela é pouco eficiente e eficaz na efetivação do direito à saúde, porquanto se afasta os cidadãos do processo final de tomada das decisões sanitárias.

Perante isto, entende-se que o cenário da participação cidadã na efetivação do direito à saúde no País depara-se com vários desafios que precisam ser superados; os procedimentos participativos sanitários precisam ser fortalecidos e expandidos, visando à efetivação do direito à saúde.

O capítulo seguinte se ocupará em apresentar instrumentos que podem cooperar para as mudanças necessárias nesta área, visando à efetivação do direito à saúde no País, bem como a democratização do setor e da Nação.

## **4 INSTRUMENTOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS**

Os desafios e problemas existentes em qualquer área da vida, seja pessoal ou comunitária, são para serem superados. Assim, identificados que estão alguns desafios e problemas que inviabilizam ou mitigam a efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos, importa, no presente capítulo, apresentar instrumentos que podem auxiliar na superação, não de modo acabado, exclusivo e fechado, dos mesmos.

Neste sentido, os instrumentos são algumas experiências da participação dos cidadãos na efetivação do direito à saúde ocorridas noutros Países, nomeadamente no Brasil, na Itália, em Portugal e no Reino Unido, a alteração do marco normativo da participação cidadã na saúde, o fortalecimento e a expansão dos procedimentos participativos sanitários do e no País, e a promoção da educação para a saúde e da Educação em Direitos Humanos (EDH).

### **4.1 EXPERIÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL, NA ITÁLIA, EM PORTUGAL E NO REINO UNIDO**

Esses Países têm consagrado diversas instâncias participativas sanitárias que podem ser consideradas para a coleta de elementos que, em certo sentido, podem ajudar no melhoramento da efetiva participação cidadã sanitária angolana. Com efeito, a título exemplificativo, com o intuito de extrair “lições” para alcançar o almejado objetivo, serão abordadas sucintamente algumas instâncias participativas dos referidos Países.

A escolha destes Países deveu-se a vários fatores, com destaque para as relações históricas e jurídicas muito próximas com Angola (casos de Brasil e Portugal), a consolidação já verificada dos procedimentos participativos sanitários (caso da Itália) e a novidade de instância que pode ensejar grande desenvolvimento democrático na saúde e no País de modo geral (caso do Reino Unido).

No Brasil, são as conferências e os conselhos de saúde. Estas instâncias colegiadas de participação popular no SUS abrangem os níveis federal, estadual e municipal. Elas são reguladas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que materializa a diretriz constitucional da participação da comunidade na organização das ações e serviços de saúde

prevista no inciso III do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88)<sup>58</sup>.

Segundo Guizardi (2012, p.584):

A formalização dessas instâncias consistiu em um esforço em assegurar a existência de espaços de representação dos segmentos que compõem o SUS, com caráter permanente e deliberativo, dotados de prerrogativas de formulação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas de saúde.

Nota-se que essas instâncias, legalmente constituídas e formalizadas, são espaços democráticos da participação cidadã na saúde brasileira, tendo natureza permanente e deliberativa na formulação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas de saúde daquele País.

Felipe Dutra (2013, p.136-7) refere que estes espaços participativos na saúde brasileira se apresentam como relevantes oportunidades políticas para a continuidade do processo de garantia e efetivação do direito à saúde, sobretudo porque pressupõem uma horizontalização da relação entre Estado e sociedade numa perspectiva política e pluralista. Eles consolidam a proposição de que “A participação na esfera da saúde indica que a democracia não se esgota no voto e no procedimento eleitoral, tampouco na mera representação política”.

Deste ponto visto, fica claro que nem votos, eleições democráticas, justas e transparentemente realizadas, nem mesmo a representação parlamentar são suficientes para garantir e assegurar a efetivação do direito à saúde. Este processo precisa contar, necessariamente, com a participação dos cidadãos por serem aqueles que diretamente e cotidianamente têm contato com as unidades de saúde e sofrem os mais diversos problemas de saúde que clamam pela intervenção estatal.

A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (nacional, estadual ou municipal), convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

De acordo com Saulo Pivetta (2014, p.144):

---

<sup>58</sup> O inciso III do art. 198 da CF/88 dispõe que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - ...

II - ...

III - **participação da comunidade**” [grifo nosso].

Trata-se de órgão que viabiliza a participação de amplos setores da sociedade, constituindo um fórum que viabiliza a constante reflexão acerca das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelo Estado. Além de avaliar criticamente as condutas estatais, funciona a Conferência como importante espaço do qual são extraídos elementos que estruturarão o planejamento das políticas públicas.

A Conferência de Saúde constitui, assim, o órgão máximo de participação dos cidadãos brasileiros na saúde, viabilizando a apresentação de elementos que servirão para ajudar na organização, gestão, funcionamento e avaliação do sistema de saúde, bem como do planejamento das políticas públicas do setor<sup>59</sup>.

Por sua vez, o Conselho de Saúde é o órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões são vinculativas, estando sujeitas a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho de Saúde se difere da Conferência de Saúde por esta ser de natureza consultiva - não obstante suas recomendações exercerem forte influência nas políticas públicas de saúde -, enquanto que aquele é de natureza deliberativa vinculativa<sup>60</sup>.

Os Conselhos de Saúde têm se deparado com inúmeros desafios e obstáculos à concretização da sua finalidade. Estes desafios prendem-se, por exemplo, com a desigualdade na representatividade nas instâncias deliberativas, isto é, verifica-se um maior número de entidades do Executivo do que da sociedade civil ou dos representantes dos cidadãos (não obstante a representação ser paritária); a assimetria de poder, predominando este nas autoridades públicas; a falta de acesso a informações; o uso de linguagem técnica; práticas de manipulação política e atitudes ambíguas dos setores governamentais em relação à participação etc.

---

<sup>59</sup> A título de exemplo, observa-se a influência da VIII Conferência Nacional de Saúde na saúde brasileira. Realizada de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, contando com mais de 4 mil participantes, no seu Relatório Final constaram as grandes diretrizes que moldaram o direito à saúde na CF 88, nomeadamente “cinco princípios básicos que devem orientar o ordenamento jurídico brasileiro em relação ao SUS, os quais devem ser também observados pelos Estados e Municípios, quais sejam: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular” (ASENSI, 2013, p.143). Ou seja, o reconhecimento constitucional da participação popular na saúde, bem como a universalização deste direito são frutos desta Conferência e, em certo sentido, da participação cidadã, porquanto muitos dos seus participantes foram representantes da sociedade civil e de vários segmentos sociais.

<sup>60</sup> Rosalba Gonzaga (2011, p.139) ao analisar a atuação, em termos de efetividade deliberativa, do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, conclui que a sua influência é mais propositiva do que deliberativa, isto é, “a participação [...] ainda não resulta em maior influência decisória no ‘jogo democrático’ e direcionamento de recursos da saúde nesse município”. Com efeito, desta análise observa-se, embora de modo ainda insatisfatório, certa influência efetiva dessa instância na efetivação do direito à saúde, não obstante ser majoritariamente propositiva.

Para a superação dessas limitações têm sido apresentadas várias soluções. No escorço da ponderação de Francini Guizardi (2012, p.591-94), pode-se perceber que estas apontam para a reconstrução da arquitetura institucional da participação na saúde, o resgate do papel político dos conselhos e o caráter de mobilização social das conferências, o respeito e a expressão da multiplicidade dos sujeitos políticos, o reconhecimento de outras formas de organização, a criação de mecanismos de escutas, a introdução das redes sociais (*orkut, facebook, twitter*), a existência de base de dados sobre a avaliação dos serviços de saúde pelos cidadãos etc.

Observa-se, enfim, que os procedimentos participativos sanitários brasileiros têm grandes potencialidades democráticas, políticas e pluralistas em assegurar a participação cidadã na efetivação do direito à saúde, na medida em que dispõem de previsão constitucional, são grandes espaços interativos entre Poder Público e sociedade civil nas questões de concretização do direito à saúde, originando, mesmo, uma horizontalização desta relação, têm caráter político-deliberativo-vinculativo (os conselhos) e social-consultivo (as conferências), assim como impulsionam o desenvolvimento político, democrático e pluralista daquele País.

Por outro lado, eles (principalmente os conselhos) também enfrentam vários desafios, que têm originado diversos estudos e propostas para a superação dos mesmos e, assegurar-se, então, a efetiva participação dos cidadãos na saúde brasileira. As soluções apresentadas servem, igualmente, para o caso angolano, como se procurará demonstrar no presente capítulo.

Na Itália, são várias as instâncias participativas na saúde (e.g. as Organizações de Autoajuda/Ajuda Mútua, os *Consulitori Familiari*, o Centro para os Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde, o Tribunal da Saúde, as Sociedades de Saúde etc.), destacando-se, apenas para citar um, os Comitês Consultivos Mistos (CCM), cujo exemplo mais avançado encontra-se na região *Emilia-Romagna* (Nordeste de Itália).

O CCM - considerando a região da *Emilia-Romagna* - é uma abordagem participativo-deliberativa instituída legalmente através da lei regional n.19, de 1994, no âmbito do sistema regional de saúde, capaz de dar voz às associações de doentes e aos grupos organizados da sociedade (SERAPIONI, 2014a, p.3).

De acordo com Mauro Serapioni (2014a, p.7), os “CCM têm como objetivo controlar a qualidade dos serviços prestados a partir da perspetiva dos utentes”. Com efeito, por meio destas instâncias o centro do controle e avaliação da qualidade dos serviços de saúde

prestados pelas instituições estatais deixa de ser o Estado e passar a ser o utente. Este último é quem afirma ou rejeita haver qualidade nas prestações dos serviços públicos de saúde.

Concernente à composição, os CCM compreendem representantes das associações de doentes e das organizações de voluntariado e de defesa dos direitos dos utentes e dos pensionistas, além de um corpo de representantes (minoritário), designado pelas autoridades de saúde e, que envolve administradores, gestores e profissionais – eis a razão por que são designados de *mistas* (SERAPIONI, 2014a, p.7-8).

Esses Comités são *consultivos*, significando isto que expressam os seus próprios pareceres, efetuam visitas e controle das estruturas sanitárias, sugerindo propostas às autoridades de saúde que, no final das coisas, mantêm toda a responsabilidade e autonomia da decisão (SERAPIONI, 2014a, p.8).

Os CCM reúnem uma vez por mês e são coordenados por um representante das associações de voluntariado ou de defesa dos direitos dos utentes, que é eleito democraticamente por todos os membros das associações que o compõem (SERAPIONI, 2014a, p.8-9).

Os CCM integram diferentes culturas, experiências de trabalho e perfis profissionais, que se traduzem em pontos de vista e contribuições valiosas para a resolução dos problemas de saúde da região (SERAPIONI, 2014a, p.9).

Segundo Mauro Serapioni (2014a, p.10-1), os CCM desenvolvem várias atividades tendentes a promover a defesa dos direitos dos cidadãos. Essas atividades consistem na:

- i) identificação das situações críticas e piores serviços de acordo com os doentes;
- ii) visitas às unidades de saúde; iii) elaboração de propostas para a resolução dos problemas identificados; iv) colaboração em atividades de formação destinadas aos utentes; v) promoção de reuniões com os/as cidadãos/ãs para discutir os projetos dos CCM e os resultados alcançados; vi) participação na definição das necessidades de saúde da população e no planeamento dos serviços; vii) participação de levantamento da satisfação dos/as cidadãos/ãs; apresentação de propostas para melhorar os serviços.

Todas estas atividades são possíveis devido à estratégia adotada pelos CCM. Esta os qualifica como um grande método de participação coletiva (e não necessariamente redutora e individualista), possibilitando o envolvimento quer dos utentes dos serviços, quer dos cidadãos, através da valorização da participação das associações de ajuda mútua e de voluntariado, das associações de advocacia e dos direitos dos doentes, bem como das organizações sindicais (SERAPIONI, 2014a, p.11).

Outros aspectos que revelam a potencialidade dos CCM prendem-se com a sua natureza de ser um espaço de informação e de formação dos atores envolvidos nele, uma vez

que nas suas sessões de trabalho são convidados administradores e especialistas para apresentar os planos de reforma da saúde, aprofundar questões estruturais e organizacionais, responder as preocupações e opiniões críticas dos porta-vozes dos cidadãos. Estes atos promovem a compreensão dos aspectos mais críticos e complexos do sistema de saúde e o crescimento pessoal dos atores envolvidos (SERAPIONI, 2014a, p.11-2).

Os CCM gozam de grande reconhecimento social e nível de institucionalização no sistema de saúde, fatores que garantem e motivam a efetiva participação dos cidadãos na saúde. Os CCM operam em cada unidade de saúde local e em cada Centro Hospitalar Universitário da Região de *Emilia-Romagna* (SERAPIONI, 2014a, p.12,6).

Revela-se aqui, a importância de se educar o mais cedo possível, os profissionais e futuros gestores e administradores de saúde a darem lugar e aprender a ouvir a voz do utente no exercício das suas atividades profissionais, ou seja, necessitam aprender e serem sensíveis e flexíveis à participação dos cidadãos na saúde.

Como qualquer procedimento participativo sanitário, esses comitês também se deparam com certas limitações, que consistem basicamente na redução dos níveis de participação dos representantes das associações nas atividades do fórum (depois de uma primeira fase caracterizada por uma ampla participação), causada por diversos fatores, como por exemplo, a responsabilidade das autoridades sanitárias que não informam adequadamente a opinião pública acerca do relevante papel desenvolvido pelos CCM, o despreparo dos voluntários envolvidos nos CCM, assim como na escassa influência dos CCM nas decisões tomadas pelas administrações de saúde (SERAPIONI, 2014a, p.13-7).

Para a superação destes desafios têm sido apresentadas como propostas a necessidade de existência de maior autonomia dos CCM, o fortalecimento da representação dos cidadãos e a necessidade de conquistar um papel mais reivindicativo e de controle (além das funções propositivas e consultivas que já desempenham) por parte dos porta-vozes das associações representadas nos mesmos (SERAPIONI, 2014a, p.17).

Em Portugal, são também diversos os procedimentos participativos sanitários. De acordo com o previsto na Lei de Base da Saúde de 1990 e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993, a nível central, existe o Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta do Governo, que inclui representantes dos utentes eleitos pela Assembleia da República; a nível regional, os Conselhos Regionais de Saúde, órgãos consultivos das respectivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), do qual fazem parte representantes dos municípios; a nível sub-regional (concelhio), a existência de uma Comissão Concelhia de Saúde, cuja composição integra um representante do município e um representante dos

interesses dos utentes, eleito pela Assembleia Municipal; a nível dos hospitais, os Conselhos Gerais, órgãos de participação e de consulta que incluía, entre outros, um representante da associação ou liga de utentes ou amigos do hospital; a nível de cuidados primários foram também criados os Conselhos Consultivos para assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais, públicas e privadas (SERAPIONI; SESMA, 2011, p.618).

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, instituiu, no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que preveem a constituição do Conselho da Comunidade que envolve, entre outros, um representante da associação de utentes do ACES (SERAPIONI; SESMA, 2011, p.618).

Segundo Mauro Serapioni e Dolores Sesma (2011, p.618), existem outros procedimentos que visam incrementar a participação e a confiança dos cidadãos no sistema de saúde português. Por exemplo, em cada uma das 5 administrações regionais (responsáveis pelo desenvolvimento de mecanismos de participação) foi instituído um observatório para promover um melhor uso dos serviços, oferecer um maior nível de satisfação e garantir um efetivo envolvimento dos cidadãos; foram ativadas linhas eletrônicas diretas entre utentes e respetivos médicos de família. Existem também procedimentos formalizados para apresentar queixas e reclamações, bem como conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) para apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais.

Segundo Serapioni e Sesma (2011, p.619-20), há uma grande discrepância entre o estabelecido normativamente e a prática participativa na saúde. Esta é caracterizada como não “efetiva” e, várias razões concorrem para isto, tais como a falta de informação e conhecimento sobre os projetos e as atividades realizadas pelos Centros de Saúde, a inadequada estrutura organizacional existente no âmbito dos cuidados primários de saúde etc.

As soluções apontadas vão no sentido de se reforçar as iniciativas para a promoção dos direitos dos doentes, fornecendo-lhes informações relevantes para o efeito, reativar o Conselho Nacional de Saúde, reforçar o papel dos conselhos consultivos dos Hospitais etc. (SERAPIONI; SESMA, 2011, p.620).

No Reino Unido, merecem destaque, pela sua natureza e potencialidade, os Júris de Cidadãos (JC). De acordo com as lições de Mauro Serapioni<sup>61</sup> (2014b, p.4) a respeito desta

---

<sup>61</sup> Todo o conteúdo sobre os JC é extraído das lições de Mauro Serapioni constantes no seu artigo intitulado “**Saúde, participação e abordagens deliberativas**: potencialidades e limites dos júris de cidadãos”, de 2014, que aqui são seguidas de perto. Neste sentido, a digressão que se segue é essencialmente descriptiva, tendo como base o referido artigo científico.

instância participativa, eles foram introduzidos no sistema de saúde britânico em 1994 pela Universidade de Birmingham e foram testados pelos investigadores do Instituto de Investigação em Políticas Públicas e da fundação *King's Fund* em Londres.

Os JC foram (e são) utilizados para ouvir as opiniões dos utentes de serviços de saúde mental, para atribuir financiamento aos serviços de saúde locais, para prevenir possíveis tensões resultantes de problemas de acesso às estruturas de saúde, para abordagem de questões associadas ao racionamento dos cuidados de saúde, a definição de prioridades e a avaliação das tecnologias de saúde.

No que tange a sua constituição, os JC compreendem cerca de 12 a 20 membros do público selecionado por um painel de especialistas em amostragem, em representação da população local. A amostra tem de ser representativa da população local e das diversas opiniões sobre o tópico em discussão.

O grupo reúne durante quatro ou cinco dias para discutir, analisar e deliberar sobre assuntos relacionados com a saúde da comunidade local. Antes da reunião, os jurados são informados sobre os assuntos específicos sobre os quais lhes é pedido que emitam uma opinião. Durante a sessão de trabalho, são providenciadas aos jurados informações e análises adicionais por parte de testemunhas previamente identificadas. As testemunhas são, normalmente, administradores, médicos especialistas, médicos de família, enfermeiros e até doentes com uma experiência relevante para o tema abordado.

O trabalho do júri é “gerido” por dois moderadores. O júri analisa o material, faz perguntas às testemunhas e discute os vários aspectos do problema em pequenos grupos. Seguidamente, as suas conclusões são compiladas num relatório elaborado pelos dois moderadores, que é enviado a todos os jurados para aprovação antes de ser entregue à entidade de saúde. Os resultados, que podem obter ou não o consentimento unânime dos jurados, incluem recomendações operacionais que, apesar de não terem um caráter vinculativo, o administrador do distrito de saúde poderá ter em conta.

Várias são as potencialidades do JC na formulação de políticas sociais e de saúde pública ao nível local. Eles possibilitam descobrir valores e preferências da comunidade sobre questões de saúde. Servem de plataforma adequada para os participantes expressarem os seus problemas e as suas prioridades, influenciando, assim, os serviços que lhes são prestados. É uma forma de introduzir uma maior democracia na tomada de decisões relativas ao sistema de saúde. Oferecem perspectivas importantes sobre o modo como a deliberação democrática pode ser institucionalizada nos processos contemporâneos de tomada de decisões políticas. São “superiores” a outros métodos utilizados na área da saúde (inquéritos,

grupos de discussão, conferências etc.), devido à sua capacidade de estimular a reflexão dos jurados sobre os problemas em avaliação e por terem o objetivo de elaborar recomendações para serem submetidas à administração (SERAPIONI, 2014b, p.4-5).

Assim como as demais instâncias participativas até aqui analisadas, os JC também apresentam limitações. Segundo Mauro Serapioni (2014b, p.5-8), elas prendem-se com a influência limitada sobre os decisores; o problema da representatividade; o nível de institucionalização; a questão do poder e da qualidade das informações; e o custo excessivo de realizar um JC.

A influência limitada decorre da falta de garantias de que as recomendações do JC serão consideradas pelas autoridades de saúde. Na verdade, os jurados apresentam um relatório final às autoridades de saúde, mas não participam nas discussões subsequentes e nos processos de tomada de decisão. Isto significa que o modelo do JC, assim como outros modelos de participação, transforma os utentes em espectadores, externos à arena política, enquanto aguardam que as suas sugestões sejam incorporadas em processos de tomada de decisão (SERAPIONI, 2014b, p.5-6).

O problema de representatividade deriva do fato da decisão de uma minoria representar os interesses da maioria, na medida em que as opiniões e perspectivas individuais expressadas nos júris de cidadãos serem representativas das visões do público em geral. Neste sentido, os JCs podem contribuir para o aumento das desigualdades na saúde pois, normalmente, os grupos sociais vulneráveis (migrantes, idosos, pessoas com problemas de saúde mental etc.) participam em menor grau do que os grupos com um maior nível de instrução e socialmente integrados (SERAPIONI, 2014b, p.6).

O problema do nível de institucionalização dimana do não reconhecimento dos JCs nas regulamentações regionais ou nacionais e por não atuarem, rotineiramente, em todas as entidades de saúde. Além disso, representam uma experiência isolada num contexto com poucas oportunidades de participação. Como saída, apresenta-se a abordagem participativa institucionalizada como sendo uma estratégia promissora para envolver cidadãos e promover uma relação mais sustentável com os doentes e as associações de utentes (SERAPIONI, 2014b, p.7).

O desequilíbrio do poder e qualidade da informação referem-se à disparidade que se verifica nas relações de poder. Estas desigualdades derivam tanto de diferenças materiais e sociais entre os participantes que estão, aparentemente, em pé de igualdade, como de disparidades no nível de informação e conhecimento entre peritos e leigos. A questão da qualidade da informação disponibilizada aos jurados está estreitamente relacionada com o

desequilíbrio de poder, pois estes podem ser influenciados pelos patrocinadores, organizadores e testemunhas (SERAPIONI, 2014b, p.7).

O custo de um JC é alto e dispendioso. Eles perfazem cerca de EUR 30.000 (equivalente aproximadamente a REAL 132.960,00), incluindo custos de recrutamento e a remuneração de jurados, testemunhas, moderadores, honorários do mediador, despesas de transporte, alojamento e refeições, e o custo do relatório final. O custo total é extremamente elevado, o que é, claramente, um desincentivo. Face aos elevados recursos financeiros necessários e ao longo tempo de preparação (cerca de 5-6 meses), os estudiosos têm recomendado a adoção meramente ocasional deste método para serem discutidas questões complexas (SERAPIONI, 2014b, p.8).

Tudo aqui exposto, evidencia o quanto os procedimentos participativos sanitários analisados são importantes para o desenvolvimento sanitário, as virtudes e limitações que comportam, assim como variam de Estado para Estado e estão condicionados pelas opções políticas, econômicas e socioculturais dos mesmos.

Demonstra também que a maneira como estão estruturados e funcionam determina o modo de eficiência, eficácia, inclusão e democratização gozada pela participação cidadã sanitária.

De igual modo, fica claro que a maioria das limitações ou desafios que essas instâncias participativas apresentam são similares as enfrentadas pelos procedimentos participativos sanitários angolanos. Sendo assim, é compreensível que as soluções ora propostas sirvam também, *mutatis mutandi*, às instâncias de participação na saúde angolana. Com efeito, tais soluções podem ser acolhidas (criticamente) no País a fim de se assegurar uma efetiva participação cidadã sanitária.

#### 4.2 ALTERAÇÃO DO MARCO NORMATIVO DA PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA SAÚDE

Assim, o primeiro aspecto a considerar nessa direção tem que ver com a alteração do atual marco normativo da participação dos cidadãos na saúde, constituído pela legislação vista nos capítulos anteriores, porquanto está desajustado à realidade jurídico-constitucional do País.

Isto é revelado pelo fato de atualmente, esse marco normativo, consagrar um modelo de participação muito “refém” e dependente do poder Executivo e, subsequentemente, desestimulante à intervenção dos cidadãos na saúde. A natureza exclusivamente consultiva

dos órgãos que viabilizam esta participação confirma isso. E esse *status* mitiga, assim, o alcance da democracia participativa e demais princípios fundamentais incidentes nesta área, como visto no primeiro capítulo do presente estudo.

O desajuste mencionado foi também constatado pelo MS. Por isso é que na reforma sanitária em curso no País desde 2008 tal questão foi contemplada, reconhecendo-se mesmo que a reforma e a modernização do Sistema de Saúde passam pela implementação de ações e intervenções do tipo organizativas, legislativas e regulamentares para adequar o Sistema Nacional de Saúde aos desafios atuais e vindouros no quadro da prestação de cuidados de saúde contínuos e integrados de promoção, prevenção, tratamento e de reabilitação (MS, 2014b, p.338).

Verifica-se, assim, nas palavras de Assis et al. (2010), quando analisam a lógica organizativa do SUS, uns “descompassos entre o marco legal e a legitimidade social”. Destarte, urge a necessidade de se “articular o normativo com o pensar e fazer criativo e autoral [...] no cotidiano dos serviços de saúde” (ASSIS et al., 2010, p.239).

Nesse senso, para se assegurar uma efetiva participação dos cidadãos na efetivação do direito à saúde em Angola é preciso que se proceda a alteração/atualização do marco normativo atual a nova realidade jurídico-constitucional do País.

Neste sentido, importa lembrar que a CRA muito inovou (e noutros casos, retrocedeu<sup>62</sup>) na consagração de uma nova realidade jurídica, política, econômica, sociocultural do País. A doutrina tem apontado várias novidades do atual texto constitucional que, considerando a natureza e características do direito à saúde, acabam se refletindo nele e, consequentemente, não devem ser ignorados pelo hodierno quadro jurídico do setor.

Observa-se, por exemplo, que o jurista angolano Raul Araújo (2014, p.932), ao abordar “As garantias fundamentais na Constituição de 2010”, defende que a CRA está na “esteira das constituições modernas dos Estados Democráticos de Direito” ao consagrarr a dignidade da pessoa humana como um princípio basilar do Estado angolano. Devido a esta consagração, a lei magna angolana “consagrhou uma extensa carta de direitos, liberdades e garantias que visam assegurar a defesa dos cidadãos e o aprofundamento do Estado Constitucional”.

---

<sup>62</sup> Para análises críticas da CRA, apontando-se seus avanços e retrocessos, vejam-se, por exemplos, HILÁRIO, Esteves Carlos; WEBBA, Mihaela Neto. **A Constituição da República de Angola: Direitos fundamentais, a sua promoção e proteção: avanços e retrocessos.** Open Society, 2011; MIRANDA, Jorge. A Constituição de Angola de 2010. In: *Iustitia “democracia e Estado de Direito” – Revista da Faculdade de Direito da Universidade Independente de Angola, n.1.* – Editora: UnIA, 2013, p.9-41

Nessa direção, o jurista angolano apresenta, dentre outras garantias fundamentais, o direito de petição, o direito de ação popular, a responsabilidade do Estado, o princípio da reserva da Constituição, no que tange as restrições dos direitos e liberdades fundamentais dos cidadãos, como mecanismos de defesa dos cidadãos presentes na referida carta (ARAUJO, 2014, p.933-47).

Estes mecanismos já foram estudados acima. Entretanto, importa referir que na esteira do pensamento deste autor angolano, a CRA disponibiliza aos seus destinatários, mormente os cidadãos nacionais, certos instrumentos de defesa dos seus direitos e liberdades fundamentais, que eles devem usar para fazer valerem os mesmos ou evitar a sua violação.

Igualmente, ao consagrar estes instrumentos, a CRA também impõe que toda legislação infraconstitucional observe os mesmos, sob pena de inconstitucionalidade. Além do mais, em obediência ao princípio do primado da Constituição e da lei - que postula a subordinação do Estado à Constituição e à legalidade, devendo respeitar e fazer respeitar as leis, assim como a conformação, para efeitos de validade, das leis, tratados e os demais atos do Estado, dos órgãos do poder local e dos entes públicos em geral à Constituição (n.1 do art. 2.º e art. 6.º ambos da CRA) - isto deve ocorrer.

Assim sendo, decorre dessa assertiva a combinação do quadro normativo da saúde prever esses mecanismos, os modos de seu exercício etc. Esta previsão assegurará a defesa dos direitos sanitários dos cidadãos e o aprofundamento da democracia sanitária no País, desideratos almejados e determinados pelo artigo 1.º da CRA.

Atenta-se ainda que, a CRA é permeada por diversos valores, que expressam a base da cristalização dos bens e finalidades fundamentais do Estado angolano, e sobre os quais é edificada a Constituição: a dignidade da pessoa humana; a igualdade; a liberdade; a justiça; a democracia; a solidariedade; o progresso social; e a paz. São ideais onde a República de Angola, como Estado Constitucional, assenta (MACHADO; COSTA; HILÁRIO, 2013, p.71).

Por serem ideais, e considerando que esses devem ser perseguidos por todas as pessoas singulares e coletivas e instituições públicas e privadas existentes no território angolano, eles devem entranhar todo o ordenamento jurídico nacional, no geral, e da saúde, em particular.

No campo da saúde, eles sugerem (e impõem) que a pessoa humana seja colocada no centro das atenções, haja igualdade (paridade) de representação dos cidadãos e autoridades governamentais nos órgãos participativos de gestão e funcionamento do sistema de saúde, exista participação direta, justa e solidária no processo de tomada das decisões sanitárias,

que afetam direta ou indiretamente a coletividade, haja paz e sua preservação no setor, na medida em que sejam garantidas oportunidades políticas de participação efetiva no assunto etc.

Embora o presente marco legal preveja timidamente algumas dessas realidades, é necessário, para se assegurar a plena participação cidadã na efetivação do direito à saúde no País, que as outras sejam também incorporadas no marco normativo da saúde. Aqui aponta-se principalmente para a consagração da paridade de representação dos cidadãos e autoridades governamentais nos órgãos participativos de gestão do sistema de saúde, assim como a participação direta, justa e solidária no processo de tomada das decisões sanitárias, que afetam direta ou indiretamente a coletividade.

Essa necessidade de incorporação é mais compreensível e exigível quando se considera que o atual modelo de participação transforma os utentes em “espectadores”, externos à arena política, enquanto aguardam que as suas sugestões/recomendações sejam incorporadas em processos de tomada de decisão, e a diretriz constitucional [al. *I*], art. 21 da CRA] prever o dever de se “defender a democracia, assegurar e incentivar a participação democrática dos cidadãos e da sociedade civil na resolução dos problemas nacionais”.

Precisa-se, então, de um marco normativo que transforme as cidadãs e cidadãos em verdadeiros atores sociais e ativos participantes, internos à arena política, que acompanham todo o processo da vida pública e sanitária do Estado; um marco que retira os utentes das bancadas de apoio e os torna verdadeiros futebolistas em campo, em pleno jogo, defendendo, atacando e marcando gols para a concretização do direito à saúde no País.

Nesse sentido, entende-se necessária a existência de um marco normativo que consagre um modelo de participação cidadã sanitária *híbrido*. Com isto quer se dizer que, em certa esfera do sistema de saúde, a participação deve ter natureza meramente *consultiva*, embora com recomendações operacionais que precisam ser consideradas; noutras, deve ter caráter *deliberativo vinculativo*, cabendo simplesmente às autoridades públicas sanitárias competentes submeterem-se e cumprirem-nas. Enfim, um modelo participativo similar ao brasileiro, como visto acima.

Assim, a título exemplificativo, na esfera de âmbito nacional e provincial, a participação pode ser *consultiva*. *Consultiva*, não apenas no sentido de assessorar com opinião ou pareceres sobre dada temática de saúde ou conhecer e apreciar os assuntos submetidos; mas também no sentido de avaliar criticamente a situação de saúde no País ou na respectiva província, propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, acompanhar e fiscalizar a execução das mesmas.

Por outro lado, essa natureza *consultiva* também implica a participação dos cidadãos no processo final de tomada de decisão dos assuntos analisados. Ou seja, para a elaboração das necessárias recomendações operacionais para o setor, que as autoridades públicas competentes podem ter em consideração, as cidadãs e cidadãos devem participar diretamente nesse processo, na sua deliberação.

No âmbito local (por exemplo, municipal, comunal ou, na existência das autarquias locais, e hospitalar), a participação pode revestir um caráter *deliberativo vinculativo*. Neste sentido, os órgãos funcionariam como os Conselhos de Saúde brasileiros. Suas deliberações, que em nenhum momento devem ser em sentido contrário a CRA, demais leis e diretrizes nacional ou provincialmente definidas, devem ser simplesmente homologadas pelas autoridades públicas sanitárias competentes, acabando por submeter-se a elas e cumprirem-nas.

Outra questão premente a ser considerada consiste na necessidade da aprovação dos regulamentos e ou diplomas dos procedimentos participativos sanitários estudados. Esta lacuna que o atual marco legal comporta enfraquece e periga a participação democrática dos cidadãos na resolução dos problemas sanitários do País. Assim, é imperioso que os mesmos sejam já aprovados pelo órgão governamental competente.

Vale sublinhar que, esses diplomas regulamentares devem observar as diretrizes constitucionais aqui expostas, considerarem, na sua estruturação, as luzes do princípio *nenhum a menos* – isto é, precisam ser criados para assegurar maior, eficiente e efetiva participação de todos os cidadãos, sem exceção de ninguém, na materialização do direito à saúde –, assim como o modelo de participação ora proposto.

Portanto, a alteração/atualização do marco normativo da participação cidadã na saúde à realidade jurídico-constitucional atual deve possibilitar e ensejar o fortalecimento dos hodiernos procedimentos participativos sanitários, criar outros de natureza mais interventiva, reivindicativa e de controle, isto é, com natureza *deliberativa vinculativa*, e assegurar uma participação mais eficiente, eficaz, inclusiva e democrática dos cidadãos na saúde angolana.

#### 4.3 FORTALECIMENTO E EXPANSÃO DOS PROCEDIMENTOS PARTICIPATIVOS SANITÁRIOS NACIONAIS

Outro instrumento a atender para se assegurar a efetivação do direito à saúde por meio da participação cidadã diz respeito ao fortalecimento das instâncias participativas hodiernas e a necessidade de expansão de outras no País.

O fortalecimento dos procedimentos participativos sanitários atuais ocorre com a realização de ações propensas nesta direção, nomeadamente a criação dos respectivos diplomas regulamentares das instâncias estudadas, a maior e adequada divulgação quantitativa e qualitativa das mesmas, assim como o incremento da confiança dos cidadãos nos efeitos de sua participação no setor.

Acresce-se a estas atividades os caminhos apontados por Maria do Carmo Albuquerque (2004, p.58), quando analisa os instrumentos para o fortalecimento e ampliação da participação cidadã na vida pública do Brasil: a) investir fortemente na qualificação técnica e política dos movimentos sociais e de outros atores da sociedade civil para uma ação propositiva e capaz de participar eficazmente de negociações; b) qualificar agentes governamentais, contribuindo para fortalecer neles uma cultura democrática e participativa e a capacidade de implementar políticas inovadoras quanto à melhoria das condições de vida de toda a população e à democratização dos processos de gestão; c) potencializar as ações instituintes da sociedade, suas práticas democráticas e ampliadoras da cidadania.

As instâncias participativas existem para serem utilizadas pelas cidadãs e cidadãos. Porém, estes o farão se os conhecerem, entenderem adequadamente a sua organização e funcionamento, assim como se estiverem capacitados técnica, política e socialmente para esse fim. E isto demanda ampla e adequada divulgação quantitativa e qualitativa destas realidades (e instâncias participativas) a eles.

Neste senso, são chamadas, principalmente, as autoridades sanitárias a desempenhar esta função, porquanto lhes cabe o dever de informar (e formar), divulgar aos cidadãos os seus direitos e deveres, os mecanismos existentes para participarem efetivamente no sistema de saúde do País e exercerem plenamente a sua cidadania.

Com efeito, todos os meios de comunicação existentes têm de ser usados para a realização desta ação. Aqui ganha destaque a proposta apresentada por Francini Guizardi (2012, p.593), no que tange a introdução das redes sociais no sistema de saúde. Para isto, precisam ser criadas as condições técnicas e humanas que ensejam, embora virtualmente, a cidadãs e cidadãos participarem (indiretamente) na efetivação do direito à saúde no País.

A sociedade civil, as Organizações Não Governamentais (ONGs), as fundações e demais entidades civis nacionais e internacionais atuantes em Angola são também

chamados a realizar esta ação, por meio dos seus diversos programas e estratégias de atuação.

Nota-se, ainda, que a divulgação quantitativa e qualitativa destas instâncias tem de ser acompanhada com a adequada capacitação técnica e política dos cidadãos e das pessoas que diretamente nelas participam (ou podem vir a participar). Isto possibilitará que eles “possam argumentar, fundamentar as demandas sociais em critérios de racionalidade pública e explicitar interesses e conflitos [...] buscar acordos, mesmo que limitados ou provisórios, que interessem [...] as partes.” (ALBUQUERQUE, 2004, p.40).

Discorrendo sobre a necessidade da participação da sociedade civil na divulgação dos direitos fundamentais em Angola, assim como na defesa dos mesmos, Esteves Hilário e Mihaela Webba (2011, p.60) recomendam que esta ação “deve ser desapaixonada e não pode ser feita longe do previsto na Constituição sob pena de ser [...] descontextualizados da realidade angolana”.

Desse modo, a divulgação tanto feita pelas autoridades estatais como pela sociedade civil deve ser desapaixonada (política, partidária e ou ideologicamente) e conforme os ditames da CRA e demais leis pátrias, uma vez que isto contribuirá para a estabilidade sócio-política do País, para a construção da democracia e de uma cultura jurídica e política dos cidadãos contextualizada com a realidade angolana, fatores fundamentais para o desenvolvimento sustentável da Nação.

O incremento da confiança dos cidadãos nos efeitos de sua participação na saúde também coopera para o fortalecimento das instâncias participativas sanitárias, na medida em que serve de impulso, estímulo, motivação para eles participarem, porquanto poderão experimentar direta ou indiretamente os resultados da sua intervenção.

A al. *l*) do art. 21 da CRA prevê que o incentivo da participação democrática dos cidadãos e da sociedade civil na resolução dos problemas nacionais é uma das tarefas fundamentais do Estado angolano. Consequentemente, Estado e demais entidades públicas devem incentivar direta e indiretamente o cidadão a participar na resolução dos problemas da saúde no País, assim como na sua efetivação.

Para isto, o cidadão deve, primeiramente, identificar-se com os valores políticos, democráticos, sociais, estruturais do sistema de saúde e do País, pois este fator o impulsiona a participar ativamente nele, a ser leal a ele, como se analisou acima.

Com efeito, o cidadão pode ser diretamente incentivado a participar na efetivação do direito à saúde quando, por exemplo, é informado atempada, fundamentada e adequadamente sobre o tratamento que está a ser dado as suas recomendações, queixas,

reclamações ou sugestões a respeito de um dado fato ou situação sanitária prejudicial no País ou numa determinada unidade de saúde; se apercebe que suas intervenções foram incorporadas nas decisões tomadas pelas autoridades sanitárias.

Por outro lado, há incentivo de participação cidadã na saúde indiretamente quando, *exempli gratia*, se responsabilizem disciplinar, civil ou criminalmente trabalhadores públicos ou privados pela prática de atos ilícitos e ilegais no âmbito do sistema de saúde (e.g. corrupção; mau tratamento e assistência médica danosa ao paciente etc.), havendo a devida publicidade da responsabilização; quando são criadas novas instâncias participativas sanitárias e ou novos entes reguladores e fiscalizadores do adequado funcionamento das já existentes etc.

Outro aspecto que concorre no incremento da confiança do cidadão na participação na saúde diz respeito ao cumprimento da Constituição e demais leis do País, principalmente pelas autoridades estatais. Por esta razão, Jónatas Machado, Paulo da Costa e Esteves Hilário (2013, p.90-2) advertem, ao abordar o subprincípio concretizador do princípio da legalidade da Administração, a prevalência da lei, que a violação sistemática da lei contribui (negativamente) para “generalizar nos cidadãos o sentimento de que a mesma, não sendo levada a sério pelo próprio Estado, também não é para levar a sério pelos cidadãos”, pondo, assim, em causa a confiança dos cidadãos na lei e consequentemente, noutras instituições do Estado.

Enfim, é importante observar que os procedimentos participativos sanitários precisam gozar de amplo e profundo reconhecimento social. Isto só ocorre tendo a sociedade, no geral, e cada cidadão, em particular, confiança nos mesmos e na realização eficiente, eficaz, livre e democrática das suas funções.

Além do fortalecimento dos procedimentos participativos sanitários atuais, têm de surgir (expandir-se) outros no País. De acordo com Maria do Carmo Albuquerque (2004, p.20) isto pode ocorrer quer com a intervenção estatal quer pela sociedade civil.

Pelo Estado, manifesta-se como uma “oferta estatal”, que no fundo, busca “alguma legitimação e interlocução com setores sociais que os sustentem”. Apresenta-se sempre muito restrita, geralmente vinculada a grupos de conveniência política do governo no poder, com regras “excessivamente burocratizadas, geralmente mais adequadas a relações com grandes grupos econômicos do que com organizações populares pequenas e informais” (ALBUQUERQUE, 2004, p.29-33).

Assim, expurgando estes aspectos negativos, o Estado deve criar mais instâncias participativas na saúde angolana, incentivar o surgimento das mesmas ou criar relações de “parceria” com a sociedade civil sobre a efetivação do direito à saúde no País.

Por sua vez, a sociedade civil consegue a expansão das instâncias participativas através de lutas reivindicativas por mais espaços de ação participativa, que “recusam relações subordinadas, de tutela ou de cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições” (ALBUQUERQUE, 2004, p.20).

Neste sentido, a sociedade civil precisa fazer uso de todas as prerrogativas constitucionais, legais e internacionais para a expansão dos procedimentos participativos sanitários. Tem de criar associações de proteção e promoção dos direitos de saúde (e demais direitos a eles conexos), divulgar, ensinar e instruir, por meio de obras científicas, literárias ou de outro gênero, o direito à saúde etc.

De acordo com Maria do Carmo Albuquerque (2004, p.35-7), existem, pelo menos, quatro tipos de formas de participação cidadã no Brasil (que também podem ser exercidas em Angola): 1) formas de participação social *institucionalizadas* e voltadas para a cogestão dos assuntos públicos (por exemplo, os conselhos setoriais); 2) formas de participação não voltadas a cogestão, mas de relevantes incidências sobre formulação das políticas públicas, *não institucionalizadas* (por exemplo, a Pastoral da Criança); 3) as formas “*muito mais informais*” de participação (por exemplo, “militância virtual”, os movimentos de consumidores e usuários); e 4) a participação social *filantrópica*.

Na busca por uma maior, eficiente, eficaz, livre e democrática participação dos cidadãos na saúde angolana, estas formas não devem ser ignoradas. Concomitantemente, a participação pode-se verificar por órgãos e entidades institucionalizadas pelo Estado, por instâncias não institucionalizadas, pelos espaços essencialmente informais e pelas autoridades filantrópicas.

Esta assertiva funda-se no fato da solução da efetivação da saúde ser de todos. Germano Schwartz (2001, p.156) ensina que:

Dentro do caráter sistêmico da saúde, a procura pela sua efetivação/solução não é problema apenas do Judiciário ou de um único estamento social, mas de todos os componentes do Poder e da sociedade, de vez que o problema sanitário abrange a todos os integrantes de uma nação, possuindo característica interdisciplinar e holística.

Destarte, quer o fortalecimento das instâncias participativas sanitárias atuais quer o surgimento, nas diversas formas acima referenciadas, de novos procedimentos participativos

de saúde em Angola, exigem a intervenção do Estado, da sociedade civil e dos cidadãos. Embora cada um defenda seus interesses, o foco não pode ser ignorado: é preciso efetivar o direito à saúde de todos os cidadãos.

#### 4.4 PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

Um último instrumento que pode assegurar também a plena participação cidadã na saúde angolana, e consequentemente, a efetivação do direito à saúde no País, diz respeito à promoção da educação para a saúde e a EDH no País, na medida em que elas cooperam para a capacitação e habilitação das cidadãs e cidadãos para intervirem eficazmente na defesa, recuperação, proteção e promoção da sua saúde e a da comunidade.

Na generalidade, o papel da educação para o adequado exercício dos direitos e deveres de cidadania é sobejamente conhecido. Thomas Marshall (1967, p. 73-4) defendia que a educação é um pré-requisito necessário da cidadania, no sentido de que ela prepara o indivíduo para utilizar “inteligentemente e de bom senso” os direitos civis, políticos e sociais.

Por outro lado, é com a educação que se pode criar nas pessoas uma cultura jurídica, política, participativa, sanitária e de respeito e promoção dos direitos fundamentais e humanos de todos.

Atenta-se que, nos termos dos artigos 26 da DUDH, 13 do PIDESC, 17 da CADHP e 79 da CRA, a educação deverá orientar-se no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do sentido de sua dignidade, do fortalecimento e respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais, da promoção da compreensão, tolerância e amizade entre todos os povos, grupos étnicos, raciais ou religiosos, da capacitação de todas as pessoas para participarem efetivamente de uma sociedade livre, justa e democrática, da promoção e manutenção da paz.

Nesta perspectiva, a educação deve ser integral, crítico-reflexiva, vocacionada para transformação social, manutenção da paz e do respeito dos direitos humanos e fundamentais, formando sujeitos de direitos conscientes dos seus direitos e deveres. Um modelo de educação que se mostra necessário para o contexto de todos os Estados, mormente para aqueles saídos de conflitos político-militares onde se almeja a construção de uma cultura de paz, promoção dos direitos humanos e de desenvolvimento sustentável.

Restringindo a abordagem ao objeto do presente estudo, apresentam-se como fulcral na efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos a educação para a saúde e a EDH.

De acordo com Luís Rey (2006, p.72), a educação para a saúde é o processo pelo qual pessoas ou grupos de pessoas aprendem a promover, manter ou restaurar a saúde. Juan Mosquera e Claus Stobäns (1983, p.12) entendem que ela visa um nível de pessoa sadia, tanto física como psicológica e socialmente, propiciando uma responsabilidade para cada ser humano como ator do seu próprio desempenho, no sentido de que seja responsável pela sua própria saúde e a dos que o rodeiam.

O primeiro aspecto que decorre destas definições é que a educação é um processo. Por ser um processo, está sujeita a realização ao longo do tempo, isto é, é algo contínuo, e deve incorporar as diretrizes gerais, não obstantes as especificidades a si inerentes, acima mencionada sobre a educação em conformidade com os instrumentos jurídicos nacional e internacionais.

De igual modo, a educação para a saúde não deve ignorar:

[...] as maneiras pelas quais as pessoas moldam sua conduta, os fatores que as induzem a conservar ou modificar os hábitos adquiridos e os modos pelos quais elas aprendem e utilizam seus conhecimentos, dentro do quadro sócio-cultural em que se encontram. (REY, 2006, p.72).

Desse modo, a educação para a saúde embora procure mudar para o alcance de boa saúde os hábitos e costumes nocivos à saúde das pessoas, ela deve considerar a realidade vivencial das mesmas, ou seja, deve estar contextualizada a realidade sociocultural delas, sob pena de ser ineficiente nos seus resultados.

Outro aspecto a considerar é que a educação para a saúde busca desenvolver nas pessoas a cultura de promoção, proteção e recuperação da sua saúde e da dos demais. Esta é fundamental para a efetivação do direito à saúde no País, pois, tal como ensina Germano Schwartz (2001, p.152), “[...] um individuo com conhecimentos, escolarizado e esclarecido concerne os perigos que rondam sua saúde, bem como a dos demais”, podendo agir em sentido a solucionar ou evitar tais perigos.

Aliás, afirma-se que:

A falta ou insuficiência educacional figura quase sempre como um dos principais fatores predisponentes para a aquisição ou desenvolvimento das doenças

(transmissíveis ou não), dificultando a execução de medidas preventivas e a aplicação das medidas curativas oferecidas pela ciência médica moderna (REY, 2006, p.71).

Em outras palavras, quanto mais a pessoa for educada (no geral) e para a saúde (em particular), mais capacidade tem de evitar doenças para si e para os outros, assim como, em situações de enfermidade, saberá melhor aplicar as medidas e instruções médicas e medicamentosas que lhe forem administradas.

Neste sentido, a educação para a saúde concorre para a efetivação do direito à saúde, na medida em que desenvolve na cidadã e cidadão capacidades e habilidades para promover, proteger e recuperar a sua saúde e a da comunidade.

Esta afirmação é reforçada pelo fato da educação para a saúde nortear toda uma sociedade para a humanização, bem como desenvolver um ser humano auto-educado. A pessoa educada muda os seus próprios conceitos e estabelece um quadro de valores que tem como meta primeira a sua humanização e valorização de um ambiente plenamente humano (MOSQUERA; STOBÄUS, 1983, p.42, 45).

Outro aspecto a considerar, é que a educação para a saúde capacita a cidadã e cidadão para a autoeducação em saúde e, consequentemente, para uma vida de participação ativa na efetivação do seu direito à saúde e da dos outros. MOSQUERA e STOBÄUS (1983, p.44-5) ensinam que o indivíduo auto-educado para a saúde assume um papel social responsável em saúde e comunidade, assim como luta com problemas de saúde contemporâneos.

Ao assumir um papel social responsável em saúde e comunidade, o cidadão promove saúde comunitária, originando, assim, um ambiente comunitário saudável. Também pratica a conservação dos recursos humanos, aproveitando todos os elementos que podem ser retirados do ambiente ou comunidade, para auxiliarem nos procedimentos em desastres, nos primeiros socorros e na segurança (MOSQUERA; STOBÄUS, 1983, p.44-5).

Na luta contra os problemas de saúde, o indivíduo auto-educado em saúde analisa causas e procura soluções para problemas críticos de saúde. Com efeito, seus objetivos comportamentais abrangem: os problemas de saúde do consumidor; poluição ambiente; agências financeiras do cuidado com a saúde; reconhecimento de pessoas mal informadas sobre saúde; detectar toda uma gama de doenças venéreas e a dinâmica de ação sobre elas (MOSQUERA; STOBÄUS, 1983, p.45).

No mesmo sentido se posiciona Manuel Fernandes (2008, p.21-2), que ao escrever sobre “A saúde também se educa”, refere que a educação para a saúde tem em vista criar no ser humano uma mentalização, um culto pela dignidade da pessoa humana que a conduza a um futuro participativo e responsável capaz de gerar riqueza, trabalho, qualidade e excelência de vida, lutando por um mundo mais justo e mais pacífico.

Juntamente com a educação para saúde, as cidadãs e cidadãos (e agentes governamentais) também precisam de ser educados em Direitos Humanos.

*Ab initio*, importa referir que a EDH não é, esclarece Maria Candau<sup>63</sup>:

uma série de atividades esporádicas sobre temas relacionados com os DDHH, sem articulação entre eles. Uma mera realização de campanhas sobre temas específicos. Um conteúdo introduzido em algumas disciplinas e áreas curriculares. Toda e qualquer formação em valores. A mera aquisição de algumas noções sobre DDHH e outros documentos referenciais face o caso.

Atividades onde apenas se objetiva a mera transmissão de conhecimentos, instrução, informações e ou sensibilização sobre direitos humanos não refletem a EDH, em sentido restrito. Palestras, notícias de jornais, distribuição de folhetos informativos de direitos humanos, colagens de cartazes de direitos humanos, programas televisivos ou radiofónicos de sensibilização etc., com intenção de simples atualização dos conhecimentos em direitos humanos também não refletem o que é EDH *stricto sensu*.

Maria Candau<sup>63</sup> ensina que ela consiste no processo sistemático e multidimensional orientado a formação do sujeito de direito e a promoção de uma cidadania ativa e participante, em que se trabalha no nível pessoal e social, ético e político, cognitivo e celebrativo, o desenvolvimento da consciência da dignidade humana de cada pessoa, para a afirmação de uma cultura de direitos humanos na sociedade.

Nesta perspectiva, EDH é aquela que, de modo sistemático e multidimensional, se propõe a formar sujeitos de direitos, ativos, participantes na sociedade, transformadores sociais, respeitantes da dignidade da pessoa humana e promotores de uma cultura de direitos humanos, de paz, de democracia e de desenvolvimento sustentável.

Daí que, formar sujeitos de direito, favorecer processos de empoderamento e educar para o “nunca mais” constituírem atualmente o sentido da EDH (CANDAU, 2008, p. 290). Por esta razão, ela deve ser permanente, permear todos os setores da sociedade, dirigida a

---

<sup>63</sup> CANDAU, Vera Maria Ferrão. **O que é Educação em Direitos Humanos.** Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/educar/textos/candau\\_oqe\\_edh1.htm](http://www.dhnet.org.br/educar/textos/candau_oqe_edh1.htm)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

todos, promovendo mudança cultural. Ela deve estar presente nas escolas, nas instituições públicas administrativas, nas unidades prisionais, policiais, militares, nos hospitais, centros de saúde, clínicas privadas, nos órgãos políticos decisórios etc.

Maria Borges (2008, p.167), conceituando a EDH como prática social voltada para a socialização numa cultura de direitos humanos, afirma que ela “favorece a coesão social, contribui para o desenvolvimento social e emocional da pessoa humana como sujeito de direitos, fomenta valores democráticos, prevenindo, assim, a ocorrência de conflitos”.

Nesta direção também se posiciona Florita Telo (2012, p.140), ao referir que a EDH:

[...] é o meio através do qual se promovem valores como a paz, a democracia, o respeito ou tolerância, a promoção e o respeito aos direitos humanos fundamentais, gerando o fortalecimento ou a emancipação de todo ser humano, individualmente ou em grupo. Uma educação capaz de atuar em contextos de negação da dignidade, de auxiliar na prevenção de conflitos, através da informação, do saber, da compreensão e conhecimento. Apta a sanar violações, enfrentando-as, prevenindo-as, a divulgar uma cultura universal. Criar valores e enfrentar as violências.

Percebe-se que a EDH ao promover valores humanos como a paz, a liberdade, a justiça, a solidariedade, a igualdade, a tolerância, a democracia, o respeito aos direitos humanos mostra-se indispensável à boa convivência humana, ao desenvolvimento pleno da personalidade humana e da sociedade, à mudança cultural, à prevenção de conflitos etc.

Flávia Piovesan (2006, p.98), apontando o papel fulcral da EDH no exercício dos diversos valores humanos, defende que “A educação em direitos humanos é condição essencial para o exercício dos direitos humanos, da democracia e do desenvolvimento, vocacionada à liberdade e à expansão das potencialidades humanas”.

Decorre do pensamento destes autores mencionados o entendimento que a EDH é fundamental para o contexto angolano, em que findo o conflito político-militar, almeja-se a construção de uma cultura de paz e de direitos humanos no País, onde os direitos e deveres humanos sejam exercidos e cumpridos na sua plenitude, a democracia seja de “alta intensidade”, o desenvolvimento realmente sustentável, o setor saúde qualificado e humanizado, e a cultura de violência, intolerância, autoritarismo (resquícios do duro conflito armado, que ainda tendem a verificar-se em alguns momentos) desnaturalizada e extinta.

Decorre, igualmente, o entendimento de que ela é fulcral para promover a participação ativa dos cidadãos na saúde angolana, e consequentemente, na efetivação do direito à saúde, na medida em que os capacita para o exercício de uma cultura participativa, democrática e pacífica na sociedade.

Uma cultura participativa que reivindica uma cidadania ativa e contribui para criar os inúmeros canais de democracia participativa, para o devido e adequado exercício do controle social do Estado, que “admite, reivindica e valoriza a participação direta e o controle social por parte dos usuários e outros segmentos interessados nas políticas públicas” (ALBUQUERQUE, 2004, p.24-5, 53).

Observa-se que, a EDH propicia condições necessárias para este processo. Ela cria e reforça os valores essenciais demandados pela saúde e pelo direito a participação do cidadão na vida pública. A democracia, a tolerância, a não discriminação, a solidariedade, a justiça, a igualdade, a cidadania são criados, ampliados e reforçados pela EDH (BENEVIDES, 2007, p. 346; TELO, 2012, p.140).

A EDH obstaculiza e previne violações a dignidade da pessoa humana, a saúde e demais direitos dos cidadãos. Uma vez que ela reflete em torno das condições de possibilidades, reprodução e justificação das formas simbólicas, sociais e políticas permissivas, que tornam banal a violação da natureza e vulgarizam violações diversas e naturalizam relações humanas de submissão, exclusão, exploração, discriminação, da violência, preconceito, perseguição etc., se apresenta como uma arma para se enfrentar a violência (MANÉS; WEYL, 2007, p. 109; BORGES, 2008, p. 166; TELO, 2012, p.140).

A EDH empodera e capacita as cidadãs e cidadãos para melhor participarem no processo da democratização do sistema de saúde. Ela, como se viu, visa à formação de cidadã e cidadão participativo, crítico, responsável e comprometido com a mudança daquelas práticas e condições da sociedade que violam ou negam os direitos humanos; sujeito de direito e deveres capaz de julgar, escolher, tomar decisões, para exigir que, não apenas seus direitos, mas também os direitos dos outros sejam respeitados e cumpridos (BENEVIDES, 2007, p. 347). Portanto, ela favorece o exercício da cidadania no processo da democracia sanitária.

A EDH também fortalece a dimensão ética da atuação dos profissionais de saúde e dos utentes dos serviços de saúde, despertando neles a consciência de respeitar e proteger a dignidade humana de todos, promovendo sensibilidade à tolerância, ao diálogo, à solidariedade, respeito à diferença, reciprocidade e cultura de paz entre os intervenientes no processo.

A EDH ainda contribui para a mudança requerida pela democratização da saúde, pois a formação de uma cultura de respeito e valorização da vida humana requer “uma mudança cultural, que se dará através de um processo educativo”. (BENEVIDES, 2007, p. 346).

Perante o analisado, percebe-se que a EDH é fundamental para a construção de uma cultura participativa, democrática e pacífica das cidadãs e cidadãos na efetivação do direito à saúde no País. Todavia, é imperioso entender que ela deve ser pensada e promovida a “partir das peculiaridades angolanas, entre outras, as político-partidárias, raciais, etno-linguística, de gênero, de direito costumeiro, de regionalismos e meio ambiente”, tal como recomenda Telo (2012, p. 203).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho buscou-se analisar a efetivação do direito à saúde em Angola por meio da participação dos cidadãos, focando-se na necessidade do fortalecimento e expansão dos procedimentos participativos sanitários do País.

Adotando como marco teórico o princípio *nenhum a menos*, formulado por Narbal Marsillac, defendeu-se que essa participação deve ser maior, inclusiva, democrática e efetiva, contando com procedimentos participativos sanitários adequados para o efeito, uma vez que estes condicionam a ocorrência daquela.

Assim, num primeiro momento constatou-se que o direito à saúde é, indubitavelmente, um direito de todos e direito com todos. Direito de todos porque é um direito que deve ser desfrutado por todo ser humano, sem nenhum tipo de discriminação, impingindo ao Estado os deveres e obrigações de efetivá-lo plenamente. Direito com todos porquanto demanda a efetiva participação cidadã na sua concretização.

Neste sentido, ficou assente que ele não está dissociado da realidade jurídica, política, social, econômica, cultural e fática do Estado que o prevê e deve concretizá-lo, nem dispensa a participação cidadã na sua efetivação.

Viu-se que esta participação é fundamental, em termos práticos, para corrigir as falhas existentes no setor saúde, assegurar a compatibilização da atuação dos serviços e ações sanitários com as reais demandas de saúde da população, promover a democratização do setor, do Estado e dos próprios cidadãos, contribuindo positivamente na construção de uma sociedade livre, justa, solidária, igual e democrática e na garantia e proteção dos direitos humanos e fundamentais de todos.

Por esta razão, a participação deve ser continuamente preservada, respeitada, promovida e incentivada pelo Poder Público. Por outro lado, os cidadãos e a sociedade civil, devem se engajar desapaixonada e firmemente na sua realização.

Num segundo momento, refletiu-se sobre o direito à saúde no contexto angolano. Observou-se que o País se encontra numa fase ainda não muito boa em matéria de desenvolvimento da saúde, pois os grandes determinantes sociais da saúde (por exemplo, água potável, energia elétrica, moradia condigna, educação, emprego etc.) ainda não estão suficientemente assegurados à população. Ações foram e têm sido realizadas nessa direção. No entanto, ainda há muitos desafios a serem superados, indicadores a serem melhorados e mecanismos de proteção, promoção e recuperação da saúde a serem aprimorados.

Notou-se também que o regime jurídico-constitucional da saúde previsto na CRA é bastante inovador. Está consagrado um quadro normativo que demonstra as boas intenções do legislador constituinte angolano em assegurar uma saúde plena aos angolanos e aos estrangeiros presentes no território nacional, assim como promover o seu bem-estar e elevar a sua qualidade de vida.

Nessa direção, averiguou-se que todos os cidadãos nacionais e não nacionais têm direito ao acesso gratuito aos cuidados primários de saúde, direito de receber ajuda que lhe proporciona a preservação, diagnóstico e cura de sua saúde, bem como de ter acesso às instituições e serviços de saúde, aos cuidados primários de saúde gratuitamente, e a um ambiente saudável e não poluído, o direito ao acesso a um serviço nacional de saúde que funcione, o direito de acesso aos insumos e demais bens de saúde, o direito a segurança dos tratamentos médicos, o direito ao acesso de novos conhecimentos científicos relativos à saúde, o direito à educação para a saúde etc.

O artigo 77 da CRA reconhece tanto o direito à saúde como o direito à proteção social. Essa reunião de direitos em uma mesma norma é histórica no ordenamento jurídico-constitucional angolano, ocorrendo desde a primeira constituição nacional.

Porém, demonstrou-se que, por vários motivos, essa reunião é inadequada, sobretudo para garantir melhor tutela aos mencionados direitos. Desta feita, a separação dos dois direitos em normas diferentes se apresenta como o melhor caminho para a devida garantia e proteção desses direitos fundamentais do cidadão.

Outro aspecto notório constatado foi à timidez do legislador constituinte angolano em não ter consagrado a participação popular na saúde como um princípio constitucional. De certa forma, isto enfraquece essa participação. Por isso, sugere-se a consagração deste princípio na CRA.

Assinalou-se que as garantias/remédios constitucionais do direito à saúde são meios de participação cidadã sanitária que devem ser usados pelos cidadãos e outros atores políticos e sociais para assegurar a sua efetivação.

Verificou-se que o SNS é o instrumento jurídico-institucional, constitucionalmente consagrado, através do qual o Estado angolano assegura a todos cidadãos nacionais e estrangeiros o direito à saúde. Ele deve ter infraestruturas em todo o território angolano e, além de bem organizado, deve funcionar adequada e satisfatoriamente respondendo as necessidades sanitárias dos cidadãos. Tem um papel preponderante na promoção da reconciliação e unidade nacional, bem como no desenvolvimento sustentável do País.

No tange a participação cidadã sanitária, constatou-se que ela é assegurada, principalmente, pelo Gabinete de Utente (GU), Conselho Geral do hospital (CGH) e a Comissão Nacional de Saúde (CNS). Os dois primeiros órgãos são intra-hospitalares (existem e funcionam somente dentro das unidades hospitalares), e o último é extra-hospitalar.

Esses procedimentos participativos sanitários apresentam potencialidades e fraquezas. As potencialidades resumem-se em serem canais abertos de interação unidades sanitárias/utentes, permitindo-os, através dos seus representantes, participarem no melhoramento dos serviços prestados e na concretização do direito à saúde no País.

Como limitações, apontam-se a mera natureza consultiva desses órgãos participativos, o ceticismo dos cidadãos em relação às respostas das autoridades públicas sanitárias a suas reclamações, sugestões e ou recomendações, a inexistência dos competentes diplomas legais reguladores dos órgãos de participação cidadã, e o desconhecimento desses órgãos pelos cidadãos/utentes devido a sua fraca divulgação.

Por causa destes fatores, percebeu-se que a participação cidadã sanitária em Angola ainda se revela fraca, reducionista à esfera hospitalar e tem caráter somente consultivo, sendo, consequentemente, pouco eficiente e eficaz na efetivação do direito à saúde, porquanto se afasta os cidadãos do processo final de tomada de decisões sanitárias.

Face ao exposto, verificou-se que está estabelecido um modelo de participação cidadã sanitária muito “refém” do Poder Público e que pouco enseja a concretização desse direito na saúde angolana. Por esta razão, há necessidade de se fortalecer e expandir os procedimentos participativos sanitários, visando à efetivação do direito à saúde no País.

Para isso, apresentaram-se, num terceiro momento, instrumentos que podem superar os mesmos.

Das experiências abordadas, inferiu-se que os procedimentos participativos sanitários são importantes para o desenvolvimento sanitário, comportam virtudes e limitações, variam de Estado para Estado e estão condicionados pelas opções políticas, econômicas e socioculturais dos mesmos. Igualmente, ficou claro que o modo como eles estão estruturados e funcionam determina a eficiência, eficácia, inclusão e democratização que a participação cidadã sanitária gozará.

Assim, entendeu-se que há necessidade imperiosa de se consagrar um marco normativo que transforme os cidadãos em verdadeiros atores sociais e ativos participantes, internos à arena política, que acompanham todo o processo da vida pública e sanitária do Estado; um marco que retira os utentes das bancadas de apoio e os torna verdadeiros

futebolistas em campo, em pleno jogo, defendendo, atacando e marcando gols para a efetivação do direito à saúde no País, uma vez que o atual está desajustado com a realidade jurídico-constitucional do País.

Nesse sentido, entendeu-se que este marco normativo deve instituir um modelo de participação cidadã sanitária *híbrido*, querendo com isto defender-se que, em certa esfera do sistema de saúde, a participação deve ter natureza meramente *consultiva*, e noutra, deve ter caráter *deliberativo vinculativo*. Isto assegurará uma participação cidadã mais efetiva, democrática, acutilante, eficiente e eficaz na efetivação do direito à saúde no País.

Outro aspecto aflorado consistiu na necessidade de se fortalecer e expandir os procedimentos participativos sanitários nacionais, mediante a realização de ações tendentes nesta direção, protagonizadas tanto pelo Estado como pela sociedade civil e os cidadãos, não se devendo jamais perder o foco, que é a efetivação do direito à saúde.

Um último instrumento apresentado apontou à promoção da educação para a saúde e a educação em direitos humanos (EDH) no País, na medida em que elas cooperam para a capacitação e habilitação dos cidadãos para intervirem eficazmente na defesa, recuperação, proteção e promoção da sua saúde e a da comunidade, mantendo a paz e relações harmoniosas entre todos.

Face a tudo apresentado, têm-se as seguintes proposições, em gesto de considerações finais:

1. O direito à saúde é um direito cuja solução de efetivação é da responsabilidade de todos. Assim, por meio de leis, programas governamentais, políticas públicas, ações formativas e informativas, campanhas de sensibilização deve-se assegurar esta realidade. As instituições estatais, as fundações, as ONGs, as associações, os serviços de saúde, os cidadãos etc., todos devem agir nesta direção;
2. A participação cidadã sanitária será maior, inclusiva, democrática e efetiva se os procedimentos participativos sanitários também forem. Nesse sentido, devem ser estruturados adequadamente e observando-se estes pressupostos;
3. A maioria dos modelos de participação cidadã sanitária são muito “reféns” e dependentes do poder Executivo e, por outro lado, existe fraca capacidade crítica, reivindicativa e de uso dos procedimentos participativos sanitários por parte dos cidadãos. Assim, há necessidade da busca de melhores e adequados procedimentos que asseguram da participação cidadã na saúde;
4. O fortalecimento e expansão dos procedimentos participativos sanitários é uma necessidade premente dos mesmos em qualquer País onde existam, devendo ser

continuamente satisfeita. Assim, devem-se promover contínuas investigações científicas, debates públicos e académicos, colóquios, seminários, oficinas etc. para a concretização destes processos;

5. A participação dos cidadãos na saúde é um meio suficientemente capaz de assegurar a compatibilização das ações e serviços sanitários às reais demandas de saúde do povo, garantindo, assim, a efetivação do direito à saúde. Para isto, ela deve ocorrer ampla, livre, constante, inteligente, adequada, inclusiva, efetiva e pacificamente em todo o sistema de saúde.

Destarte, espera-se que as questões aqui levantadas e não respondidas ou respondidas insuficientemente sirvam de estímulos para outras pesquisas nesta área, que muito ainda precisa crescer no nosso País, na África e no mundo. Igualmente, que do presente trabalho haja contribuições académicas progressivas a esta temática.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Diogo Freitas do. **Curso de direito administrativo.** 3.ed. 6.reimp. – Coimbra: Almedina, 2011. vol. 1.
- ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976.** 4.ed. – Coimbra: Almedina, 2009.
- ANGOLA, República de. **Código Penal.** – Luanda: Escola Editora, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República de Angola, 2010.** Diário da República, Luanda, I Série, n.23, p.141. 5 fev. 2010.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 10/82, de 15 de fevereiro de 1982.** Cria a Comissão Nacional da Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.37, p.159. 15 fev. 1982.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 22/86, de 17 de novembro de 1986.** Cria a Comissão Nacional da Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.92, p.433. 17 nov. 1986.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 22/98, de 24 de julho de 1998.** Aprova o princípio da comparticipação da população nos custos de saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.32, p.417. 24 jul. 1998.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 29/77, de 28 de março de 1977.** Determina a abolição completa de toda a atividade privada assistencial, em todo território da República Popular de Angola. Diário da República, Luanda, I Série, n.72, p.163. 28 mar. 1977.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 36/02, de 19 de julho de 2002.** Aprova o Regulamento sobre o regime de comparticipação da população nos custos de saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.57, p.635. 19 jul. 2002.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 54/03, de 5 de agosto de 2003.** Aprova o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional da Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.61, p.1565. 5 ago. 2003.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Presidencial nº 260/10, de 19 de novembro de 2010.** Aprova o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. Diário da República, Luanda, I Série, n.219, p. 3553. 19 nov. 2010.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de novembro de 2010.** Aprova a Política Nacional de Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.222, p. 3633. 24 nov. 2010.
- \_\_\_\_\_. **Lei Constitucional da República Popular de Angola.** Diário da República, Luanda, I Série, n.1, p.1. 11 nov. 1975.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 12/91, de 6 de maio de 1991.** Aprova a Lei de Revisão Constitucional de 1991. Diário da República, Luanda, I Série, n.19, p.245. 6 maio 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto de 1992.** Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.34, p. 392(7). 28 ago. 1992.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9/75, de 13 de dezembro de 1975.** Cria o Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.28, p.63. 13 dez. 1975.

\_\_\_\_\_. **Lei nº12/11, de 16 de fevereiro de 2011.** Aprova a Lei de Transgressões Administrativas. Diário da República, Luanda, I Série, n.31, p.581. 16 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº15/03, de 22 de julho de 2003.** Aprova a Lei de Defesa do Consumidor. Diário da República, Luanda, I Série, n.57, p.1489. 22 jun. 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº23/92, de 16 de setembro de 1992.** Aprova a Lei de Revisão Constitucional de 1992. Diário da República, Luanda, I Série, n.38, p.485. 16 set. 1992.

\_\_\_\_\_. **Resolução 1/91, de 19 de janeiro de 1991.** Aprova a adesão de Angola à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. Diário da República, Luanda, I Série, n.3, p.17. 19 jan. 1991.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Assembleia do Povo 26-B/91 de 27 de dezembro de 1991.** Aprova a adesão de Angola ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1966. Diário da República, Luanda, I Série, n.53, p. 810(2). 27 dez. 1991.

ARAÚJO, Raul Carlos Vasques. As garantias fundamentais na Constituição de 2010. *In:* NUNES, Elisa Rangel. **Estudos jurídicos e econômicos em homenagem à professora Maria do Carmo Medina.** – Maia (Portugal): Gráfica Maiadouro, 2014. p.927-949.

\_\_\_\_\_. Nunes, Elisa Rangel. **Constituição da República de Angola anotada.** Tomo I; - Maia (Portugal): Gráfica Maiadouro, 2014.

ASENSI, Filipe Dutra. **Direito à saúde:** práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. - Curitiba: Juruá, 2013.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. A expressão saúde, organização da rede serviços e cuidado integral no SUS: descompassos entre o marco normativo e a legitimidade social. *In:* BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (org.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentários e judicial. – São Paulo: Atlas, 2010. p.237-254.

ASSOCIAÇÃO JUSTIÇA PAZ E DEMOCRACIA. **Kambas da Saúde.** – Angola: EAL, 2014.

BANGO, Serra. **O estado da saúde em Angola.** Luanda (Angola), TV Zimbo, 16 jun. 2016. Discurso proferido durante o programa televisivo Debate Livre.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo:** a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. trad. Humberto Laport de Mello. 2.reimpr. – Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BENEVIDES, Maria. V. Direitos humanos: desafios para o século XXI. In: SILVEIRA, R.M.G. et al (orgs.). **Educação em direitos humanos:** Fundamentos teórico-metodológicos. - João Pessoa: Editora Universitária, 2007, p. 335-350.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa.** – São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

BORGES, Maria. C. A. Princípios norteadores de uma educação em direitos na instituição universitária. **Verba juris:** Anuário da Pós-Graduação em Direito. - João Pessoa, ano 7, n.7, p. 133-176, jan/dez, 2008.

BRANDÃO, Magno Cardoso. **Direito à saúde:** necessidade de proteção e meios de efetivação. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 22 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 22 maio 2015.

CANDAU, Vera Maria Ferraz. Educação em direitos humanos: questões pedagógicas. In: BITTAR, Eduardo C. B. (Coord.). **Educação e metodologia para os direitos humanos.** - São Paulo: Quartier Latin, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é Educação em Direitos Humanos?** Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/educar/textos/candau\\_oqe\\_edh1.htm](http://www.dhnet.org.br/educar/textos/candau_oqe_edh1.htm)> Acesso em: 28 jul. 2014.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria Da Constituição.** – Coimbra: Almedina, 2003.

COMISSÃO AFRICANA DOS DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS. **Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.** Disponível em: <<http://www.achpr.org/pt/instruments/achpr/>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

DALLARI, Suely Gandolfi. **O direito à saúde.** *Rev. Saúde Públ.*, S. Paulo, 22 (1): 57-63, 1988.

\_\_\_\_\_. Direito constitucional à saúde. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (org.). **Direito sanitário.** – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p.80-98.

\_\_\_\_\_. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito sanitário e saúde pública.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.39-64.

\_\_\_\_\_. **A construção do direito à saúde no Brasil.** *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 9, n.3 p. 9-34 Nov. 2008 /Fev. 2009.

DEODATO, Sérgio. **Direito da Saúde.** – Coimbra: Almedina, 2012.

FEIJÓ, Carlos; PACA, Cremildo. **Direito administrativo:** Introdução e Organização administrativa. 2.ed. – Lisboa: Vislís Editores, 2008. vol. 1.

FERNANDES, Manuel Martins. **A saúde também se educa.** – Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

GONZAGA, Rosalba Maria Morais. **Desenho institucional e efetividade deliberativa dos Conselhos de Saúde:** dinâmicas de participação e processo decisório no município de João Pessoa – PB. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2011.

GUARINELLO, Norberto Luiz. Cidades-estado na Antiguidade Clássica. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (orgs.). **História da cidadania.** 6.ed. – São Paulo: Contexto, 2013. p.29-47.

GUIZARDI, Francini Lube. Direito à saúde e a participação política no SUS: cenários, dispositivos e obstáculos. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (org.). **Direito sanitário.** – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 583-596.

HERMET, Guy; BADIE, Bertrand; BIRNBAUM, Pierre; BRAUD, Philippe. **Dicionário de Ciência Política e das instituições políticas.** – Luanda (Angola): Escolar Editora, 2014.

HILÁRIO, Esteves Carlos. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana como fundamento axiológico e teleológico do Estado angolano. In: *Iustitia “democracia e Estado de Direito” – Revista da Faculdade de Direito da Universidade Independente de Angola, n.1.* – Editora (Angola): UnIA, 2013, p. 179-194.

\_\_\_\_\_; WEBBA, Mihaela Neto. **A Constituição da República de Angola:** Direitos fundamentais, a sua promoção e proteção: avanços e retrocessos. Open Society, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS. **Angola em números.** [S.l.: s.n.], 2012.

\_\_\_\_\_. **Resultados preliminares do recenseamento geral da população e habitação - 2014.** [S.l.: s.n.], 2014.

JEAN, Leca. Preguntas sobre ciudadanía. In: MOUFFE, Chantal (Ed.). **Dimensiones de la democracia radical:** pluralismo, ciudadanía, comunidad. Trad. Gabriel Merlino. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2012. p.31-48.

KUNDONGENDE, João da Cruz. **Crise e resgate dos valores morais, cívicos e culturais na sociedade angolana:** um contributo para a inversão dos valores éticos. – Ceretec – Huambo (Angola). – Serbia: Cicero, 2013.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingos. **Regulação estatal e assistência privada à saúde:** liberdade de iniciativa e responsabilidade social na saúde suplementar. – Belo Horizonte: Fórum, 2012.

MACHADO, Jónatas E. M.; COSTA, Paulo Nogueira da; HILÁRIO, Esteves Carlos. **Direito Constitucional angolano**. 2.ed. – Coimbra: Coimbra Editora, 2013.

MANÉS, A.; WEYL, P. Fundamentos e marcos jurídicos da educação em direitos humanos. In: SILVEIRA, R.M.G. et al. (orgs.). **Educação em direitos humanos: Fundamentos teórico-metodológicos**. - João Pessoa: Editora Universitária, 2007, p. 103-115.

MARSHALL, Thommas. H. **Cidadania, classe social e status**. - Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARSILLAC, Narbal de. Justiça, globalização e conhecimento retórico. In: CARVALHO, Marcelo; FIGUEIREDO, Vinicius (orgs.). **Filosofia contemporânea: ética e política contemporânea**. - São Paulo: ANPOF, 2013. p. 609-617. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/214129278/ANPOF-XV8-Filosofia-Contemporanea-Etica-e-Politica-Contemporanea>> Acesso em: 14 set. 2014.

MARTÍNEZ, Gregorio Peces-Barba. **Curso de derechos fundamentales: teoria general**. – Madrid: Universidad Carlos III de Madrid, 1995.

MEDEIROSS, Robson Antão de. **Direitos Humanos, Ética e Legislação**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/w3/cdhpb/projetos/etica.html>>. Acesso em: 18 set. 2015.

\_\_\_\_\_ e COSTA, A. P. C. A.. **Reflexões acerca da Reprodução Humana Assistida e da Fase Embrionária do Desenvolvimento Humano: do Embrião In Vivo, do Embrião In Vitro e do Nascituro**. Florianópolis,: CONPEDI, 2014.

MIGUEL, Walter Van-Trier. Impactos da violação da cidadania sobre a comunidade política estatal. In: SANTOS, Rodrigo Lucas Carneiro; ABRANTES, Laís Marcelle Nicolau (orgs.). **Os pilares do Direito: estudos de teoria crítica da cidadania**. – João Pessoa: Ideia, 2015. p.85-106.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 – 2025**. [S.l.: s.n.], v.1, 2014a, p.113.

\_\_\_\_\_. **Despacho n.1114/14, de 15 de Maio de 2014**. Aprova o Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde. Diário da República, Luanda, I Série, n.91, p.2285. 15 maio 2014c. Disponível em: <[http://www.scm.gov.ao/diploma\\_texto.php?diplomaID=120673](http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=120673)>. Acesso em: 15 jul. 2014

\_\_\_\_\_. **Relatório anual das atividades desenvolvidas no ano de 2013**. [S.l.: s.n.], 2014b.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. tomo VII. – Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

\_\_\_\_\_. A Constituição de Angola de 2010. In: *Iustitia “democracia e Estado de Direito” – Revista da Faculdade de Direito da Universidade Independente de Angola, n.1.* – Editora (Angola): UnIA, 2013, p.9-41

MOSQUERA, Juan José Mourão; STOBÄUS, Claus Dieter. **Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança.** – Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1983.

NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde.** – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comité dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais. **Observação geral nº14.** maio de 2000.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** – Nova Iorque, 1948.

\_\_\_\_\_. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais.** - Nova Iorque, 1966.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da OMS.** Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf)>. Acesso ao: 13 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa.** - Genebra, 1986.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Alma Ata.** - Genebra, 1978.

\_\_\_\_\_. **Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** - Genebra, 2002.

\_\_\_\_\_. ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO EM ÁFRICA. **Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África:** Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio. – Índia, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Angola: WHO statistical profile.** 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Declaração de Addis Abeba sobre a Saúde Comunitária de 2006.** – Addis Abeba: Etiópia, 2006.

PINHEIRO, ROSENI. Saúde pelos sanitaristas: o Sistema Único de Saúde sob a ótica do princípio universal da integridade das ações. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (org.). **Direito sanitário.** – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p.70-78.

PINSKY, Jaime. Introdução. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (orgs.). **História da cidadania.** 6.ed. – São Paulo: Contexto, 2013. p.9-13.

PIOVESAN, Flávia. Educação em direitos humanos no ensino superior. In ZENAIDE, M.N.T. et al. (orgs.). **A formação em direitos humanos na Universidade:** ensino, pesquisa e extensão. - Joao Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2006, p. 95-110.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde:** regime jurídico, políticas públicas e controlo judicial. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

PRATA, Ana. **Dicionário Jurídico**: direito civil, processo civil e organização judiciária. 5.ed. atual. e aument. – Coimbra: Almedina, 2011. v.1.

QUEZA, Armindo José. **Sistema de Saúde em Angola**: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto (Portugal), 2010.

RAMOS, Gisela Gondin. **Princípios jurídicos**. – Belo Horizonte: Fórum, 2012.

RAMOS, Vasco A. Grandão. **Direito processual penal**: Noções fundamentais. 5. ed. – Luanda (Angola): Faculdade de Direito - U.A.N, 2009.

REY, Luís. **Dicionário da saúde e da prevenção de seus riscos**. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2011.

RODRÍGUEZ-ARANA MUÑOZ, Jaime. **Direito fundamental à boa Administração Pública**. trad. Daniel Wunder Hachem. – Belo Horizonte: Fórum, 2012.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SCHWARTZ, Germano André Doerderlein. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SEAMBA, Rui José. **A cidadania e a participação política à luz da Constituição angolana de 2010**. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SEGRE, Marco. O conceito de saúde. *In: Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 538-42,1997.

SERAPIONI, Mauro. « Saúde, participação e abordagens deliberativas. Potencialidades e limites dos júris de cidadãos », **Forum Sociológico [Online]**, 24 | 2014b. Posto online no dia 01 Novembro 2014. Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/1101> ; DOI : 10.4000/sociologico.1101>. Acesso em: 03 maio 2015.

\_\_\_\_\_. MATOS, Ana Raquel. As variações na participação em saúde no Sul da Europa: uma abordagem introdutória. *In: SERAPIONI, Mauro; MATOS, Ana Raquel (orgs.)*.

**Saúde, participação e cidadania:** experiências do sul da Europa. – Coimbra: Almedina, 2014, p.1-27.

\_\_\_\_\_. Participação e saúde. A experiência dos Comitês Consultivos Mistas da Região da Emilia-Romagna. In: SERAPIONI, Mauro; MATOS, Ana Raquel (orgs.). **Saúde, participação e cidadania:** experiências do sul da Europa. – Coimbra: Almedina, 2014, p. 1-21

\_\_\_\_\_; SESMA, Dolores. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos Países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. **Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. SOCIOLOGIA ON LINE**, N° 2, ABRIL 2011, p.599-629.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25. ed. rev. atual. – São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **Direito fundamental à saúde:** o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. – Belo Horizonte: Fórum, 2010.

SORTO, Fredys Orlando. Cidadania e nacionalidade: institutos jurídicos de Direito interno e de Direito internacional. **Verba Juris:** Anuário da Pós-Graduação em Direito, João Pessoa, ano 8, n. 8, p. 41-64, jan./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. O projeto jurídico de cidadania universal: reflexões à luz do direito de liberdade. In: *Anuario hispano-luso-americano de derecho internacional*, Madrid, vol. 20, p. 103-126, ene./dic. 2011.

TELO, Florita Cuhanga António. **Angola:** a trajetória das lutas pela cidadania e a educação em direitos humanos. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

TOSI, Giuseppe. O que são esses “tais de direitos humanos”? In: FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra; ZENAIDE, Maria de Nazaré Tavarés; PEQUENO, Marconi (org.). **Direitos Humanos na Educação Superior:** subsídios para a Educação em Direitos Humanos na Filosofia. – Joao Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. p. 55-82.

VASCONCELOS, Suênia Oliveira; MEDEIROS, Robson Antão de. A cirurgia plástica estética à luz da bioética e do biodireito. In: FEITOSA, Enoque *et. al* (org.). **Estudos do Congresso Marxismo, Realismo e Direitos Humanos.** – João Pessoa: Editora da UFPB, 2012. p.1069-1087.

VENTURA, António José. **O desenvolvimento sustentável como direito humano fundamental:** estudo da Constituição da República de Angola de 2010 à luz da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2014.

VVAA. **Bíblia Sagrada.** – São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

WORLD BANK. **Angola.** Disponível em:  
<<http://data.worldbank.org/country/angola/portuguese>>. Acesso em: 24 maio 2015