



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

CLAUDIA CONCEIÇÃO EDUARDO DE SOUZA SANTOS

**OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA NA
ÁFRICA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE SI E O SUS.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

CLAUDIA CONCEIÇÃO EDUARDO DE SOUZA SANTOS

**OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA NA
ÁFRICA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE SI E O SUS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado
em Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Pernambuco, Centro
Acadêmico de Vitória, como requisito
conclusão da Disciplina de TCC2.

Orientador: Petra Oliveira Duarte

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB-4/977

S237s Santos, Claudia Conceição Eduardo de Souza.

Os sistemas de saúde nos países de Língua portuguesa na África: semelhanças e diferenças entre si e o SUS /Claudia Conceição Eduardo de Souza Santos. - Vitória de Santo Antão, 2018.

65 folhas.

Orientadora: Petra Oliveira Duarte.

TCC (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

Inclui referências.

1. Sistemas de Saúde. 2. SUS- Sistema Único de Saúde. 3. Saúde –África. 4. Política de saúde. I. Duarte, Petra Oliveira (Orientadora). II. Título.

364.444 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-019/2018

CLAUDIA CONCEIÇÃO EDUARDO DE SOUZA SANTOS

**OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA NA
ÁFRICA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE SI E O SUS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Saúde Coletiva da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória,
como requisito conclusão da Disciplina de
TCC2.

Aprovado em: 20/ 12 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Petra Oliveira Duarte (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. René Duarte Martins (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. MSc. Eliane Maria Medeiros Leal (Examinador Externo)
Instituto Aggeu Magalhães

RESUMO

Introdução: Os sistemas de saúde compõem a estratégia de proteção social de um país e refletem as opções macro políticas e valores de um povo. Este trabalho se propõe a contribuir com informações importantes a respeito dos sistemas de saúde dos países africanos de língua portuguesa através das análises das semelhanças e diferenças entre a estrutura e a organização desses Sistemas de Saúde e como se comparam ao Sistema único de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com base em evidências documentais e de dados primários e secundários. Foi realizada coleta de dados documentais através de pesquisas e análise de documentos institucionais em sites oficiais do governo de cada país e de entidades internacionais como a OMS e OPAS, pesquisa bibliográfica utilizando base de dados com produções acadêmicas, no portal do CAPES, repositórios TCCs, dissertações, teses e dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs). **Resultados:** As informações coletadas compuseram uma matriz informativa através da qual foi desenvolvida a análise comparativa entre os sistemas. Além disso, foi possível construir uma breve descrição dos sistemas de saúde. **Conclusão:** Os cinco países estudados, Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe possuem sistemas de saúde parecidos, embora tenham optado por sistemas universais de cunho universalista, as fragilidades de infraestrutura e escassez de recursos, fruto da herança colonial e seus desdobramentos, dificultam o desenvolvimento adequado dos sistemas e acesso da população.

Palavras-chave: Saúde. Sistemas de Saúde. África. PALOP.

ABSTRACT

Introduction: Health systems compose a social protection strategy of a country and reflect as macro policies options and people values. This work proposes to contribute important information to researchers about the health systems of the Portuguese speaking African countries through the analysis of the similarities and the differences between the structure and health systems and how they are compared to the (SUS) single health systems. **Methodology:** This is a descriptive study based on documentary evidence and primary and secondary datas. We collected documentary data through research and analysis of institutional documents on government official sites of each country and international entities such as WHO and PAHO, bibliographic research database, academic productions, CAPES portal, TCC repositories, Topics dissertations and data from the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACs). **Results:** The collected information composed an informative matrix and through this, was developed an analysis between the health systems. In addition, it was possible to construct a brief description of the health systems. **Conclusion:** The five countries studied, Angola, Cape Verde, Guinea Bissau, Mozambique, and Sao Tome and Principe have similar health systems, although they have opted for universalist systems with a universalist nature, infrastructure weaknesses and scarce resources, as a result of the colonial heritage and their consequences, hamper the adequate development of the systems and population access.

Keywords: Health. Health Systems. Africa. PALOP

SUMÁRIO

1 Introdução	7
2 Objetivos	11
3 Metodologia	11
3.1 Considerações Éticas	13
3.2 Análise das evidências e dados	13
4 A África	14
4.1 Os países africanos de lingual oficial portuguesa (PALOP)	16
4.1.1 Angola	18
4.1.2 Cabo Verde	18
4.1.3 Guiné-bissau	19
4.1.4 Moçambique	19
4.1.5 São Tomé e Príncipe	20
5 Marco normativo do setor saúde dos países lusófonos	22
5.1 Comentários sobre a legislação	24
5.1.2 Cabo Verde	26
5.1.3 Guiné Bissau	29
5.1.4 Moçambique	30
5.1.5 São Tomé e Príncipe	30
5.1.6 O sistema de saúde do países lusófonos africanos	31
6 Situação de saúde dos países lusofonos africanos	33
7 Os sistemas de saúde nos PALOP	36
7.1 Angola	36
7.2 Cabo verde	37
7.3 Guiné-Bissau	38
7.4 Moçambique	40
7.5 São Tomé e Príncipe	41
7.6 A problemática dos profissionais de saúde	42
8 Comentários finais e conclusão	43
8.1 Sobre a comparação entre os países	45
8.2 Sobre a comparação com o SUS	47
8.3 Conclusões	50
8.4 Dificuldades e limitações do estudo	52
Referências	56

1 INTRODUÇÃO

Após passar por longo processo de mudanças ao longo da história, os sistemas de saúde só se consolidaram como tal em meados do século XX, devido ao crescimento da participação dos Estados que interviram de diversas formas nos processos de ações e serviços prestados às populações (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Existem, na literatura, algumas definições sobre o que vem a ser sistema de saúde, percebe-se que há uma relação com as características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país, como define Elias e Viana:

Sistemas de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Desta forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (ELIAS; VIANA, 2011, p.2).

Lobato e Giovanella (2012), na importante coletânea **“Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil”**, ampliam a discussão conceitual sobre sistemas de saúde para o debate de seus componentes e dinâmica, como fruto destes contextos históricos e dos valores de cada coletividade, demonstrando sua relação com a estrutura política do Estado. E sintetizam:

Sistema de Saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar, resultados condizentes com a concepção de saúde, prevalente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p.89).

Em todo o mundo os sistemas de saúde sofrem constantes transformações devido às novas tecnologias, ao setor econômico, a questões socioculturais e políticas, tais transformações influenciam o cuidado com as reais necessidades da saúde de um povo. Alguns autores afirmam que os sistemas e serviços de saúde podem ser compreendidos como uma combinação de recursos, organização financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde para uma população.

Então, por ser um sistema de saúde advindo da construção social e seu objetivo maior ser a garantia da saúde e acesso aos bens e serviços que estejam disponíveis em cada sociedade para a manutenção e recuperação da saúde de cada cidadão, e com base em todo o contexto do que é um sistema de saúde, é fácil perceber o quão complexo ele pode ser e que deve ser pensado e organizado cuidadosamente para que ele possa suprir concretamente a necessidade de uma população.

Sendo assim, os sistemas de saúde se organizam de maneira a prestar assistência à saúde da população, podem ser compreendidos da seguinte forma: existe um sistema social onde está inserido um sistema de saúde e dentro destes os sistemas de serviços de saúde, que envolvem uma política como modelo de gestão, um modelo econômico que trata da parte de financiamento e o modelo médico que é onde se organiza o modelo assistencial. Quanto ao modelo de gestão é incerto dizer que existe algum país que tenha um modelo puro, único e que possa abranger toda a população, mas pode-se afirmar que alguns se organizam hegemonicamente de determinada forma caracterizando assim seu modelo de gestão (PAIM, 2009).

Os sistemas de saúde são tipificados em três grandes modelos, conforme a tipologia dos sistemas de proteção social. O primeiro é o de seguro social, que implica num seguro no qual a participação é obrigatória aos trabalhadores formais, como é o caso da Alemanha, França, Holanda e Áustria. Este tipo de seguro é chamado de bismarkiano, que se refere à primeira lei de seguro social, criada no governo do Chanceler alemão Otto von Bismarck, em 1883. O financiamento é por aporte e contribuições dos empresários, trabalhadores e governo. Este modelo, por princípio, só cobre contribuintes e seu grupo familiar, contudo, alguns países desenvolveram legislação de expansão de cobertura de acesso solidária ou por justiça social, como na Alemanha e França. O Brasil adotou um sistema bismarkiano no período do sistema previdenciário, inicialmente com as Caixas de Aposentadoria e Pensão [CAPs], institucionalizadas na Lei Eloy Chaves, depois com os Institutos de Aposentadoria e Pensão [IAPs], e, por fim, com o Instituto Nacional de Previdência Social [INPS], cujo braço assistencial, o INAMPS, foi extinto após a criação do SUS (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 92,93).

O segundo grande modelo é o modelo universalista que é caracterizado por financiamento público, com recursos dos impostos e acesso universal aos serviços, que são prestados por fornecedores públicos ou privados, estes são chamados de sistemas nacionais de saúde como é o caso do sistema inglês (*National Health Service – NHS*), e conhecidos também como sistemas beveridgeanos. Este modelo tem por formulação de origem o Plano Beveridge (1942), que propunha a reconstrução econômica da Grã-Bretanha em moldes solidários e universalistas de direitos. Neste sistema, o Estado é o principal responsável pelos serviços prestados à população, assim como a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou grande parte dela, deve ser controlada pelo Estado. Outro exemplo de modelo universal, anterior ao inglês, é o modelo Semashko que foi instituído na extinta União Soviética, a partir de 1918, sob coordenação do médico Nikolai Semashko, considerado um modelo universal, planejado centralizado e integralmente estatal, que apresentava estrutura vertical, sua organização era hierárquica e regionalizada quanto as redes de serviços e administração, modelo seguido por Cuba (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; KAZATCHKINE, 2017).

O terceiro modelo é o de proteção social residual, ou de assistência social (assistencialista) é uma forma diversa do modelo universalista. Neste modelo, não é de responsabilidade do Estado a garantia da proteção universal à saúde, ele protege alguns grupos mais pobres, cada indivíduo compra os serviços de acordo com sua capacidade de pagamento o que ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos que a cobertura dos programas públicos de proteção à saúde é direito apenas dos mais necessitados e parcialmente dos aposentados, deixando descoberta grande parte da população. O modelo de seguros privados é uma organização tipicamente descentralizada e com a escassa regulação pública. É um sistema misto baseado na medicina liberal individualizada e organizada (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; NORONHA; GIOVANELLA; CONNIL, 2013)

Almeida (2012) relata a ocorrência de três movimentos, ou ondas, de adesão aos tipos clássicos de sistemas de saúde. A estas ondas de Célia Almeida (2012) acrescentaremos uma inicial, entre o final do século XVIII e final do século XIX, quando os Estados Nacionais, em especial na Europa, dedicaram esforços a apoiar as Sociedades de Apoio Mútuo, que eram grupos de pessoas que se cotizavam para

prestar assistência aos doentes do grupo. A segunda onda acontece a partir de 1883, indo até meados do século XX, e os países aderem, em todo mundo, ao modelo alemão de seguro social. A terceira onda acontece após a criação do sistema nacional de saúde inglês, de cunho universalista, em 1948 e dura até a década de 1980. Apesar da onda universalista ainda estar exercendo influência durante o final do século XX, a crise do petróleo a partir dos anos 1970, leva a um movimento dos órgãos credores internacionais de pressionar os países em desenvolvimento à adoção de sistemas PLURALISTAS ESTRUTURADOS ou de PROTEÇÃO SOCIAL RESIDUAL, em especial na América do Sul. Por fim, a quarta onda é a atual, em que há uma pressão pela abertura de espaço ao mercado privado da saúde e ruptura com modelos universalistas e gratuitos (ALMEIDA, 2012).

Dessa forma pode-se observar a existência dos diversos modelos do sistema de saúde no mundo e/ou até mesmo dentro de um único país. Cada sistema de saúde é pensado dentro das particularidades de cada país, e até os dias atuais não se encontra um sistema que seja perfeito e nem que possa servir para todos os países, cada um tem seus pontos negativos e positivos e estão em constante avaliação, pois é necessário respeitar as diferenças econômicas, sociais, culturais, geográficas e históricas, e prever o possível impacto às gerações futuras.

Apesar do crescimento recente do campo da análise comparada de sistemas de saúde, e apesar de importantes parcerias já estarem sendo desenvolvidas no campo acadêmico entre países africanos e o Brasil, os sistemas de saúde na África ainda são pouco estudados.

Diante do exposto, este estudo se justifica pela importância do tema e pela pequena quantidade de referências disponíveis para estudo na literatura que respondam a seguinte questão: Como estão estruturados os sistemas de saúde nos países de língua portuguesa na África? Ou que façam relação ou comparação desses sistemas de saúde, aguçando uma curiosidade a respeito de tal assunto com intuito de contribuir para a compreensão de futuros pesquisadores sobre um sistema de saúde em um continente tão distante, mas tão parecido com o Brasil.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Caracterizar e comparar os Sistemas de Saúde dos países Africanos de língua Portuguesa, e o Sistema único de Saúde brasileiro.

Objetivos Específicos:

- Descrever o modelo de funcionamento dos sistemas de Saúde dos cinco países de língua portuguesa na África;
- Comparar os Sistemas de Saúde dos Países Africanos de Língua Portuguesa entre si;
- Comparar os Sistemas em análise com o SUS.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou fonte de dados escritas. Para tanto, foi feita uma revisão de literatura e análise documental que seguiu o processo metodológico qualitativo com base em evidências de dados primários e secundários que visou identificar a estrutura de funcionamento e organização de sistemas de saúde em países de língua portuguesa na África.

Foi realizada coleta de dados documentais através de pesquisas e análise de documentos institucionais em sites oficiais do governo de cada país e de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde [OMS] e Organização Pan Americana de Saúde [OPAS], pesquisa bibliográfica utilizando base de dados produções acadêmicas, no portal do CAPES, repositórios TCCs, dissertações, teses e dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores: Saúde; Sistemas de Saúde; África; PALOP. O estudo foi desenvolvido de agosto a novembro de 2017.

Foram coletadas informações sobre:

- A Lei do Sistema de Saúde, lei básica que regula o sistema de saúde em cada país;
- A população do país, quantidade de habitantes;
- A cobertura do sistema, para descrever o alcance de atendimento desse sistema à população;
- O financiamento: se é por contribuição, por orçamento fiscal, ou se é exercido de forma equitativa;
- Os gastos na saúde referente ao percentual gastos com saúde;
- Força de trabalho, qual tipo de formação dos profissionais e que profissionais são mais valorizados;
- Desenho da Atenção Básica, proposta e componentes do sistema.

As informações coletadas compuseram uma matriz informativa através da qual foi desenvolvida a análise comparativa entre os sistemas.

A Análise Documental

Documento pode ser todo o material escrito ou não que o homem produz ao longo de sua vida. A análise documental consiste em explorar a informação obtida e pode ser usada para determinar um padrão e teoria e metodologia de maneira a descrever e esclarecer o material pesquisado

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou o fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2009,176).

Segundo Marconi e Lakatos (2009, p.176), a pesquisa documental se utiliza de materiais escritos e outros, primários e secundários e podem ser contemporâneos ou retrospectivos, compilados na ocasião ou após o acontecimento pelo autor, transcritos de fontes primárias contemporâneas ou retrospectivas, feitos pelo autor ou por outros e/ou analisados pelo autor.

3.1 Considerações éticas

O estudo segue os preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Como não terá a participação de seres humanos, e tanto os dados primários quanto os secundários são de fontes públicas, não será necessário ser submetido a comitê de ética em pesquisa (BRASIL, 2012).

3.2 Análise das evidências e dados

Os dados e evidências levantados foram debatidos através da matriz de análise (Quadro 7), que é uma adaptação da proposta de Lobato e Giovanella (2012) e traz algumas aproximações com a matriz analítica do Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS, 2011).

Para definir a importância dos elementos de comparação, é preciso compreender o sistema de saúde de um determinado país, através de sua estrutura, tanto as estruturas assistenciais as quais são voltadas para a rede de serviços, quanto as voltadas para as funções do sistema, com a função de planejar, informar, controlar e avaliar.

Segundo Lobato e Giovanella (2012), os componentes dos sistemas de saúde podem ser decompostos em:

- A cobertura, componente mais importante do sistema de saúde de qualquer país que pode ser tanto de pessoas e nesse caso ela pode ser universal ou segmentada, quanto de serviços que é onde se trata do alcance dos serviços pela população;
- O financiamento configura-se em diversos modelos a depender do sistema de saúde do país e os recursos econômicos disponíveis para atender de maneira estratégica a saúde da população, podendo ser público (impostos, contribuições e renúncia fiscal) ou privado (desembolso direto, co-pagamento);
- Força de trabalho, este diz respeito aos profissionais atuantes na área da atenção a saúde;
- Rede de serviços são os serviços de atenção à saúde que podem ser coletivos e de assistência médica;
- Insumos são os tipos de recursos que serão utilizados no tratamento e na prevenção em saúde, este é o componente em que grande parte dos sistemas de saúde tem pouco controle pois, incluem equipamentos, medicamentos e suprimento para exames diagnósticos, controlada por indústrias multinacionais que são privadas;
- Tecnologia e conhecimento este componente é de grande importância nos tempos atuais e futuro apesar de ser fortemente controlado também pela indústria, este pode permitir e trazer novas esperanças de alternativas e soluções para os problemas de saúde enfrentados por diversas nações;
- Organizações, são responsáveis pelas funções dos sistemas de saúde, conduzem, regulam, gerenciam e administram os sistemas de serviços de saúde de acordo com o estabelecimento desse sistema e as características políticas e culturais de cada sociedade podendo se diversificar em mais de uma organização considerando a capacidade de operacionalização para que o sistema seja efetivo. Essas organizações podem ser: Ministérios, departamentos e secretarias de saúde; Institutos de previdência social; Outros ministérios; Organizações voluntárias; Associações funcionais e sindicatos de profissionais de saúde; Agências reguladoras; Empresas.

Considerando estes componentes, este estudo buscou evidências na literatura e documentos oficiais que permitam a caracterização de cada sistema.

4. A ÁFRICA

O continente africano é o terceiro mais extenso do mundo e também o segundo mais populoso da terra. É banhado por mares e oceanos e dividido em duas regiões principais a África Subsaariana e a África do Norte. Apresenta grande diversidade étnica, cultural, social e política. É dividida em cinco grupos, que são a África Setentrional, Ocidental, Central, Oriental e a Meridional.

Durante o período das grandes navegações esse continente sofreu uma grande dominação colonialista portuguesa que teve início no final do século XIV período de descoberta e ocupação de territórios como as Ilhas Canárias. Houve a conquista da ilha de Ceuta em 1415, a ocupação de Cabo Verde em 1460 por Diogo Gomes, e ainda no século XV a ocupação das ilhas Cabo Verde, seguindo dessa forma até o século XIX, período das principais guerras de independência, com influência no desenvolvimento dos Estados e políticas públicas. Em meados do século XVI, outros navegadores como ingleses, franceses e holandeses invadiram o continente africano e expulsaram os portugueses das zonas costeiras. Apesar da expulsão, algumas antigas colônias como, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, permaneceram em poder de Portugal. A ocupação territorial, exploração econômica e domínio político desse continente estendeu-se até o século XX.

Segundo Langa (2012) o continente africano é constituído por cinquenta e quatro países e, cada nação é formada por múltiplos grupos etnolinguísticos e que esse continente foi submetido a diferentes processos de colonização por potências europeias o que se configurou um mapa político de submissão a diferentes colonizadores. Foram dois séculos marcados pelas disputas entre alguns países europeus, pelo monopólio do comércio internacional, por meio de campanhas de seus navegadores.

Durante muito tempo o povo africano resistiu nas guerras coloniais e aos atos de repressão sofridos em seus territórios, lutavam pelo reconhecimento de seus direitos quanto à autodeterminação e independência, seus direitos democráticos e políticos, para que as instituições locais eleitas tomassem o poder.

O resultado de tanto tempo de colonização contribuiu para que esses países tivessem uma considerável variedade de idiomas e dialetos, além da língua portuguesa implementada durante esse tempo, até mesmo por conta da separação e união de tribos e povos de etnias e culturas diferentes, o que gerou também muitos conflitos.

4.1 Os países africanos de língua oficial portuguesa (palop)

São chamados de PALOP os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, eles têm em comum, uma história de independência de Portugal que data da década de 1970, a luta para organizar o país e conseguir autonomia econômica, a dependência de assistência externa para suprir algumas necessidades básicas, a multiplicidade étnica com seus vários dialetos, o sistema político socialista geralmente unipartidário, o clima equatorial com calor e chuvas tropicais. Dois destes países como Angola e Moçambique continuavam enfrentando conflitos internos e guerrilhas desde o período da independência (OGUISSO, 1993).

Os PALOP, apesar de pertencerem ao continente africano, não há relacionamento de fronteiras entre eles, estão separados uns dos outros e cada um, rodeado por outros de língua inglesa e/ou francesa, apenas Cabo Verde e São Tomé e Príncipe se diferenciam pois são ilhas localizadas no Oceano Atlântico (OGUISSO, 1993).

Segundo Bruno Okoudowa (2015), a língua portuguesa ao chegar ao continente, entrou em contato com línguas da grande família linguística, Níger-Congo A e B. Do A, as faladas em Guiné-Bissau que são do grupo mande como o Balanta, o Manjaco, o Pepel, o Mandinka etc. Do B, as faladas em Angola e Moçambique essencialmente do grupo banto como: o Kimbundu, o Umbundu, o Kicongo, o Chokuê etc, em Angola; o Changana, o Kisuaíli, O Nyanja, o Zulu etc em Moçambique. O autor afirma que o contato do português com as línguas africanas gerou crioulos de base portuguesa em Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

A língua portuguesa vem crescendo constantemente nos países da África, à medida que cresce a população a influência do idioma continua a crescer. Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, são os países de língua oficial portuguesa, ou PALOP. Estes países, apesar de dividirem histórias de

lutas e resistências parecidas, compõem um grupo distinto e heterogêneo, devido principalmente aos tipos de territórios nos quais estão distribuídos, dispersos por boa parte do continente como os arquipélagos, as longas faixas costeiras, as bacias fluviais e os amplos espaços territoriais, e em termos de população e renda, as diferenças relacionadas aos indicadores e às necessidades de saúde e também as diferenças culturais, ou seja, possuem especificidades étnicas, demográficas, políticas, econômicas e sociais.

Segundo Bruno Okoudowa (2015), a língua portuguesa chegou na África nas seguintes datas (em ordem cronológica) como mostra o quadro 1 a seguir:

QUADRO 1- INÍCIO DA COLONIZAÇÃO E ENTRADA DA LÍNGUA PORTUGUESA NO CONTINENTE AFRICANO.

DATAS	PAÍSES	COLONIZADOR
1) 1446	Guiné-Bissau	Álvaro Fernandes
2) 1460-1462	Cabo Verde	Antônio de Noli e Diogo Afonso
3) 1470 e 1471	São Tomé e Príncipe	João de Santarém e Pero Escobar
4) 1482	Angola	Diogo Cão
5) 1498	Moçambique	Vasco da Gama

Fonte: OKOUDOWA, 2015.

Os PALOP fazem parte da Comunidade de Países de Língua Portuguesa CPLP, criada em 1996, em Lisboa, Portugal, pelos chefes de Estado de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Em 2002, o Timor Leste tornou-se membro da comunidade. A base da CPLP começou a se estabelecer em reuniões de chefes de estado e governo dos PALOP no final da década de 1980 (1989 e 1994) (ALMEIDA et,al,2010).

Segundo os autores, a CPLP foi criada com o intuito de consolidar as condições culturais que conferem aos países de língua portuguesa sua identidade particular, promover coordenação-político-diplomática, e estimular a cooperação, de modo a fomentar iniciativas articuladas de promoção do desenvolvimento.

No campo da saúde, a CPLP aprovou diversos acordos sobre HIV/aids, malária, uso de drogas ilícitas, vistos médicos temporários, e outros. O acordo mais recente estabeleceu o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde para 2009-2013. Na esfera internacional a CPLP assinou, também, acordos com várias unidades das Nações Unidas (como a Unids), e

atualmente negocia acordos na área de saúde com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Um acordo específico a respeito de documentos relativos à área da saúde em Português, o (e-Português), foi realizado com a OMS, onde a plataforma está instalada (ALMEIDA et, al, 2010, p.29).

4.1.1. Angola

A Angola foi colonizada no final do século XV e alcançou sua independência a 11 de novembro de 1975, está localizada na costa ocidental africana, delimita-se a norte e a leste pela República Democrática do Congo, a leste pela Zâmbia, a sul pela Namíbia e a oeste pelo oceano atlântico. Possui 18 províncias, 163 municípios e 475 comunas. Seu clima varia em duas estações, o período das chuvas e o período das secas, a flora e a fauna é bastante diversificada, o que favorece ao turismo e as práticas de atividades de lazer, *hobbies* e aventuras. Seu principal rio é o Kwanza e este dá nome à moeda nacional. É um país que abriga uma potência considerável em recursos naturais, dentre eles o petróleo e diamantes. É uma república presidencialista multipartidária, desde 1992. Tem como capital a cidade de Luanda que conta com dezenas de línguas nacionais, mas tem o português como única língua oficial e que é usada por 60% dos angolanos (ANGOLA, 2016).

...é membro integrante dos países de Região dos Grandes Lagos e dos atuais comunidades regional, na qual uma é para o Desenvolvimento Regional da África a (SADC) e a outra para a economia dos Estados da África Central, a comunidade (CEAC). A Atual, economia angolana é a mais predominante desenvolvida a nível regional, sendo o café, cana de açúcar, sisal, milho, óleo de oco e amendoim as suas principais fontes de cultivo (OLIVEIRA, 2014, p. 28).

4.1.2 Cabo Verde

A República de Cabo Verde é um país arquipélago formado por dez Ilhas vulcânicas, sendo nove habitadas e oito ilhéus. Sua superfície terrestre é de 4.033 km². Por ser um país insular, a sua linha costeira é considerável, com uma zona econômica exclusiva (ZEE) de 700.000 km². Situa-se no Oceano Atlântico a 450 km da África Ocidental. O arquipélago possui clima tropical seco, com duas estações, uma de chuvas (Julho a Outubro) e outra de um período seco.

Tem uma população residente de 507.000 habitantes (2005), sendo que 55% residem no meio urbano e 45% no meio rural. A densidade populacional é de 125 habitantes/km². A capital do país é a Cidade da Praia e situa-se na Ilha de Santiago. O país tem uma população muito jovem. A população menor de 25 anos

representa 62% da população geral. A população acima de 60 anos representa 10% da população geral (VALDEZ, 2007, p.14).

A origem étnica da maioria dos cabo-verdianos é a mestiçagem entre o bantu e os europeus colonizadores, sendo que aproximadamente 70% da população é crioula, 28% africana e 1% europeia. O português e o crioulo são as principais línguas dos países, igualmente como a religião católica é o credo predominante entre os cabo-verdianos (90%) (RIZZI, 2012, p 51.)

4.1.3 Guiné-Bissau

A República da Guiné-Bissau está localizada no oeste do continente africano, possui 88 ilhas o que corresponde a 22% de seu território, foi colônia de Portugal desde o século XV e manteve-se sob essa administração até setembro de 1974 quando alcançou sua independência. Em se tratando do ponto de vista administrativo, esse país está dividido em 8 regiões e um setor autônomo a Cidade de Bissau que é a capital política, econômica e administrativa do país. Quanto a administração sanitária divide-se em 11 regiões. Sua população é estimada em 1 743 652 habitantes em 2016, caracterizado por uma população jovem onde cerca de 54% da população tem menos de quinze anos de idade. É uma sociedade marcada pela diversidade étnica e coabitação de diferentes credos religiosos. Possui um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O presidente é eleito para um mandato de 5 anos, podendo ser reeleito para mais 1. A Assembleia Nacional Popular é eleita por quatro anos. Existe a separação dos poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. O país depende da agricultura e da pesca, é constituída por mais de vinte etnias, com línguas e costumes distintos e o português é falado apenas por 14% dos Guinenses (GUERREIRO et al,2017).

4.1.4 Moçambique

A República de Moçambique está localizada na costa oriental da África Austral, na costa oriental da Província de Nampula, limita-se a norte pela Zâmbia, Malawi e Tanzânia, a leste pelo Canal de Moçambique e pelo Oceano Índico, a sul e a oeste pela África do Sul e a oeste pela Suazilândia e pelo Zimbábwe. Foi também província ultramarina portuguesa e colonizada à partir do século XVI, o país alcançou a independência a 25 de junho de 1975, sendo instituído um regime socialista de partido único. Tem grande potencial agrícola. Suas principais

exportações são: camarões; algodão; caju; açúcar e chá. Possui recursos naturais como energia hidroelétrica, gás natural, carvão, minerais, madeiras e produtos piscatórios. Moçambique é uma república democrática presidencialista multipartidária desde 1994, sua capital é Maputo, até 1976 chamada de Lourenço Marques. Sua moeda é o metical. A língua portuguesa é usada por 40% dos moçambicanos (MOÇAMBIQUE, 2016).

Moçambique conquistou sua independência após uma luta armada de libertação que durou 10 anos. Após esse período enfrentou longos 16 anos de guerra civil que durou até 1992. Seus cidadãos dividiram-se entre a Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo), de orientação socialista e a Resistência Nacional Moçambicana (Renamo), que era apoiada pela África do Sul (ainda sob o *apartheid*), Zimbábue e por outros países com interesses econômicos na região. A minoria branca de origem portuguesa dividiu-se também em luta assim como a população negra. O país passou por uma forte influência neoliberal, em seu movimento para enfrentar a crise do capital. Após alguns anos de governo presidencialista, em 2013, a Renamo reiniciou ataques a forças militares e a civis em algumas regiões do país, numa tentativa de ganhar espaço político.

Diante de um novo processo eleitoral em andamento, no início de fevereiro de 2014 foi assinado um acordo para cessar –fogo e negociar as reivindicações. A descoberta de minérios e gás abriu as portas do país para a exploração dessas riquezas por grupos estrangeiros, entre os quais, a Vale S.A. originária do Brasil (VIEIRA et, al).

4.1.5. São Tomé e Príncipe

A República Democrática de São Tomé e Príncipe localiza-se no Golfo da Guiné a cerca de 380 Km da costa ocidental de África. Este arquipélago é formado por uma atividade vulcânica antiga o que deu origem principalmente as duas ilhas principais: São Tomé e Príncipe. Possui relevo bastante acidentado, clima tropical húmido com duas estações. Uma estação chuvosa de nove meses que ocorrem entre setembro e junho e outra mais ou menos seca entre junho a setembro de cada ano. É composta por diversos ilhéus de pequenas dimensões. O país é dividido em sete distritos, seis pertencem a São Tomé e um pertence a Príncipe. Esta divisão foi definida pela “Lei da Divisão Administrativa”, de 21 de novembro de 1980, para a

organização territorial do país quanto aos fins políticos e administrativos. A ilha de Príncipe possui um estatuto de Região Autônoma. Cada distrito subdivide-se em aglomerações (cidades e vilas) e estas em localidades.

O arquipélago foi descoberto em 1470 e colonizado por Portugal desde o século XV até sua independência a 12 de julho de 1975. Após sua independência se implantou um regime socialista de partido único. Em 1990, foi adotado o multipartidarismo, sua capital e sede de governo é São Tomé, sua moeda é dobra. Sua principal atividade econômica é a pesca. É um dos países que integra a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) Conta com três línguas nacionais mais o português que é usado por 95% da população (SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, 2016).

São Tomé e Príncipe possui terreno montanhoso e vegetação tropical. Suas planícies e baixos planaltos são ideais para a produção de café e cacau. Com uma superfície de somente 1.000 km², São Tomé e Príncipe pertence à categoria dos micro-Estados. As dimensões geográficas e demográficas reduzidas e a própria insularidade por si desempenham um papel importante entre os fatores que estão na base das características deste país. Em geral, o clima é equatorial, quente e muito úmido, sem grandes variações nas temperaturas (geralmente em torno de 27°C, nas montanhas do interior, as noites podem ser frescas e a temperatura média anual anda pelos 20°C). A floresta de São Tomé e Príncipe apresenta aproximadamente 700 espécies locais, onde cerca de 100 são exclusivos destas ilhas. A população (179.000 habitantes, em 2010) é cristã em sua totalidade e possui o menor índice de analfabetismo entre os PALOP, apenas 15% (RIZZI, 2012).

5. MARCO NORMATIVO DO SETOR SAÚDE DOS PAÍSES LUSÓFONOS

A organização dos sistemas de saúde deve estar prevista na constituição e em Lei própria.

A Constituição pode ser conceituada como Lei fundamental e suprema de um Estado, que contém normas respeitantes à formação dos poderes públicos, forma de governo, distribuição de competências, direitos e deveres dos cidadãos, etc.; carta constitucional

Nesse caso pode-se entender que constituição é um conjunto das leis, normas e regras que regem/regulam uma nação. São leis que organizam o funcionamento de um estado, um governo, um país. Representantes do povo no congresso desenvolvem e votam nessas leis que limita poderes, define e declaram direitos e/ou deveres dos cidadãos. Pode ser chamada de Carta Magna, Lei suprema, carta constitucional. As prescrições nessas leis discriminam os órgãos do poder, definem sua competência e estabelecem a forma de governo.

Nos países regidos pela democracia, é a assembleia constituinte, eleita pelo povo, que elabora a Constituição.

A constituição pode sofrer alterações em seu texto original, excluindo os conteúdos que não podem ser anulados, é o que se chama de emenda constitucional. Porém, é necessário desenvolver uma proposta de emenda constitucional - PEC. Essa emenda deve ser aprovada por pelo menos um terço do total de parlamentares, e aprovada pela Câmara dos Deputados, Senado Federal e pelo órgão maior que rege o país, no caso do Brasil, A Presidência da República. No Brasil temos como exemplo de texto que não pode ser excluído o que fala do direito ao voto direto, secreto, universal e periódico.

QUADRO 2 – NORMAS BÁSICAS DO SETOR SAÚDE EM CADA PALOP

PAÍS	NORMA E DATA	COMO DEFINE A QUESTÃO DA SAÚDE
ANGOLA	Política Nacional de Saúde-Lei n.º 9/75, de 13 de dezembro.	visou na sua essência a melhoria do estado sanitário do país, tendo sido adoptado como sistema de cuidados de saúde, o de tipo Serviço Nacional de Saúde totalmente socializado. Embora a tendência universal seja a de aumentar progressivamente a comparticipação do Estado nos gastos com a materialização desse magno princípio.
	Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde – Lei n.º 21 B/92 de 28 de agosto	Redefine a Política Nacional de Saúde onde se tenha em conta num novo sistema de financiamento onde se reorganize o Serviço Nacional de Saúde de forma a que se possam adequar os recursos existentes e onde se preconize a existência do sector privado.
	LEI N.º 23/92 DE 16 DE SETEMBRO LEI DE REVISÃO CONSTITUCIONAL – Artigo 1º.	A República de Angola é uma Nação soberana e independente que tem como objetivo fundamental a construção de uma sociedade livre, democrática, de paz, justiça e progresso social.
	CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA-2010 Seção II Capítulo III ARTIGO 77º (Saúde e Proteção Social).	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.
CABO VERDE	Lei Constitucional n.º 1/V/99 De 23 de Novembro Lei de Bases da Saúde- Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10. 05/04/2004). Política Nacional da Saúde, 2007 Constituição da República de Cabo Verde – 2ªRevisão Ordinária – 2010 – artigo 71º	A presente lei estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde, incluindo a definição de ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, com carácter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, tendo em vista a promoção e proteção da saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença. “Saúde”, o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, em conformidade com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS);

GUINÉ-BISSAU	Assembleia Nacional Popular da Constituição da República /1996 Título I – Artigo 15º	A saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos.
MOÇAMBIQUE	Constituição da República- Título III- Capítulo V-Artigo 89 (Direito à saúde)	Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	Constituição Lei nº 7/90 – Parte I Título III – Artigo 49º (Direito à proteção da saúde) Constituição da república Lei nº. 1/2003 Título III- Artigo 50º (Direito à proteção da saúde)	Todos têm direito à proteção da Saúde e o dever de a defender.

Fonte: SANTOS, C.C.D.S, 2017

5.1 Comentários sobre a legislação

5.1.1 Angola

Com base nos documentos encontrados sobre este país, a 1ª Constituição da República de Angola data do ano de 1975 mais precisamente à 11 de novembro de 1975. Em agosto de 1992 foi aprovada a Lei de Bases Do Sistema Nacional de Saúde e a 16 de setembro de 1992 – Lei de Revisão Constitucional (ANGOLA, 1992).

No preâmbulo da lei 23/92 está escrito “as alterações à Lei Constitucional introduzidas através da Lei n.º 12/91 destinaram-se principalmente à criação das premissas constitucionais necessárias à implantação da democracia pluripartidária, a ampliação do reconhecimento e garantias dos direitos e liberdades fundamentais dos cidadãos, assim como a consagração constitucional dos princípios basilares da economia de mercado”.

A Lei n.º 23/92 de 16 de setembro, dispõe no seu artigo 14.º, que “a Lei Constitucional da República de Angola vigorará até à entrada em vigor da Constituição de Angola, aprovada pela Assembleia Nacional nos termos previstos pelo artigo 158.º e seguintes da Lei Constitucional”. Isso significa dizer que o Parlamento não teria poder de autonomia em alterar a revisão dessa lei.

A lei constitucional de Angola conta com 166 artigos, divididos por 7 títulos, sendo cada título subdividido também em capítulos, excluindo os dois primeiros, e os capítulos que se apresentam em seções. A lei explica a necessidade de uma nova lei constitucional e as alterações as quais irão vigorar (ANGOLA, 1992).

Com a mudança da Lei, alguns títulos da constituição sofrem mudanças como é o caso do título que trata dos direitos e deveres fundamentais, os títulos que se referem aos órgãos do estado e aos órgãos administrativos da justiça.

O Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de dezembro que aprova a Política Nacional de Saúde - PNS, começa sua introdução dizendo: A saúde é um direito humano fundamental. O direito à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para

o trabalho, estão garantidos constitucionalmente a todos os cidadãos. A saúde é também um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável e harmonioso do País. O grau de desenvolvimento de um país, em grande medida, determina o nível de saúde da sua população.

E finaliza afirmando que: A Política Nacional de Saúde, elaborada mediante um processo participativo e de diálogo permanente, entre os diferentes atores a todos os níveis da nação, expressa a firme vontade do Estado Angolano de mobilizar os recursos humanos, financeiros e materiais essenciais, em prol da saúde e do bem-estar de todos os angolanos. Como componente da política social, ela deve contribuir para a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária que proporcione a plena concretização das potencialidades humanas e o usufruto por todos, dos benefícios de um desenvolvimento sustentável de Angola.

A Política Nacional de Saúde faz uma análise no contexto geral de Angola, inclusive no sistema Nacional de Saúde (ANGOLA, 2010).

A mais recente Constituição da República de Angola data do ano de 2010. O artigo 77.º da Constituição da República-2010 trata da Saúde e Proteção Social, diz assim:

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;
 - 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.

Nessa constituição é garantido os direitos fundamentais das pessoas. Em seu título I a Lei fala sobre os fundamentos da República no artigo 21 desse mesmo título os direitos deveres individuais e coletivos, o direito à saúde é garantido. Diz que é dever do Estado garantir serviços de assistência no território angolano bem

como o controle e fiscalização de produtos médicos e biológicos para a saúde e controle de doenças e determina que ações e serviços de saúde são de relevância pública.

O Estado deve fiscalizar a participação do serviço privado na saúde já que é permitido tal serviço pela constituição. Não se encontra nessa constituição algo que fale sobre o controle social e participação democrática especificamente no setor saúde (ANGOLA,2010).

5.1.2 Cabo Verde

A Constituição de Cabo Verde teve início também no ano de 1975, à 5 de julho, quando de sua independência política.

A Lei n.º 41/VI/2004 (B.O.n.º 10, 05/04/2004) estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde, incluindo a definição de ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, com caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, tendo em vista a promoção e proteção da saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença. Define a saúde principalmente como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, em conformidade com a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS (CABO VERDE, 2004).

A Lei Constitucional n.º 1/V/99 diz que “a afirmação do Estado independente não coincidiu com a instauração do regime de democracia pluralista, tendo antes a organização do poder político obedecido à filosofia e princípios caracterizadores dos regimes de partido único” ela fala também que “a 28 de setembro a Assembleia Nacional Popular aprovou a Lei Constitucional nº 2/III/90” que revogando o artigo 4º da Constituição e institucionalizando o princípio do pluralismo, consubstanciou um novo tipo de regime político.

O artigo 1º da Constituição da República de Cabo Verde, Lei Constitucional n.º 1/V/99 afirma que se trata de uma República soberana, unitária e democrática, que garante o respeito pela dignidade da pessoa humana e reconhece a inviolabilidade e inalienabilidade dos Direitos do Homem como fundamento de toda a comunidade humana, da paz e da justiça.

Sendo assim percebe-se que se trata de um Estado em que todo o território é regido por um único poder político.

O artigo 7º trata sobre as tarefas do Estado. Uma de suas principais tarefas fundamentais é defender a independência, garantir a unidade, preservar, valorizar e promover a identidade da nação cabo-verdiana, favorecendo a criação das condições sociais, culturais, econômicas e políticas necessárias (CABO VERDE,1999).

A Constituição da República de Cabo Verde – 2ª Revisão Ordinária – 2010, em seu Preâmbulo diz o seguinte:

A presente Lei Constitucional pretende, pois, dotar o país de um quadro normativo que valerá, não especialmente pela harmonia imprimida ao texto, mas pelo novo modelo instituído. A opção por uma Constituição de princípios estruturantes de uma democracia pluralista, deixando de fora as opções conjunturais de governação, permitirá a necessária estabilidade a um país de fracos recursos e a alternância política sem sobressaltos.

Assumindo plenamente o princípio da soberania popular, o presente texto da Constituição consagra um Estado de Direito Democrático com um vasto catálogo de direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, a concepção da dignidade da pessoa humana como valor absoluto e sobrepondo-se ao próprio Estado, um sistema de governo de equilíbrio de poderes entre os diversos órgãos de soberania, um poder judicial forte e independente, um poder local cujos titulares dos órgãos são eleitos pelas comunidades e perante elas responsabilizados, uma Administração Pública ao serviço dos cidadãos e concebida como instrumento do desenvolvimento e um sistema de garantia de defesa da Constituição característico de um regime de democracia pluralista.

Esta Lei Constitucional vem, assim, formalmente corporizar as profundas mudanças políticas operadas no país e propiciar as condições institucionais para o exercício do poder e da cidadania num clima de liberdade, de paz e de justiça, fundamentos de todo o desenvolvimento económico, social e cultural de Cabo Verde.

Em se tratando de garantia de direitos, “Os Princípios Fundamentais”, no título I da Constituição da República de Cabo Verde, em seu artigo 1º, diz o seguinte:

1. Cabo Verde é uma República soberana, unitária e democrática, que garante o respeito pela dignidade da pessoa humana e reconhece a inviolabilidade e inalienabilidade dos direitos humanos como fundamento de toda a comunidade humana, da paz e da justiça.

2. A República de Cabo Verde reconhece a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de origem social ou situação económica, raça, sexo, religião, convicções políticas ou ideológicas e condição social e assegura o pleno exercício por todos os cidadãos das liberdades fundamentais.

3. A República de Cabo Verde assenta na vontade popular e tem como objectivo fundamental a realização da democracia económica, política, social e cultural e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

4. A República de Cabo Verde criará progressivamente as condições indispensáveis à remoção de todos os obstáculos que possam impedir o pleno desenvolvimento da pessoa humana e limitar a igualdade dos cidadãos e a efetiva participação destes na organização política, econômica, social e cultural do Estado e da sociedade cabo-verdiana.

O Direito à Saúde está descrito no artigo 71º, onde o parágrafo 1º diz:

Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição econômica.

A Constituição preza pelo Princípio da universalidade, artigo 23º:

1. Todos os cidadãos gozam dos direitos, das liberdades e das garantias e estão sujeitos aos deveres estabelecidos na Constituição.

E o Princípio da igualdade, artigo 24º

1. Todos os cidadãos têm igual dignidade social e são iguais perante a lei, ninguém podendo ser privilegiado, beneficiado ou prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de raça, sexo, ascendência, língua, origem, religião, condições sociais e econômicas ou convicções políticas ou ideológicas (Cabo Verde, 2010).

5.1.3 Guiné-Bissau

A 1ª Constituição da Guiné-Bissau iniciou-se em 24 de setembro de 1973, também com sua independência de Portugal após um período de luta armada, sendo esta substituída pela vigente constituição promulgada em dezembro de 1996.

Em seu artigo 1º a Constituição define Guiné-Bissau como República soberana, laica, democrática e unitária. Em seu artigo 3º ela explicita:

A República da Guiné-Bissau é um Estado de democracia constitucionalmente Instituída, fundado na unidade nacional e na efetiva participação popular no desempenho, controle e direção das atividades públicas, e orientada para a construção de uma sociedade livre e justa.

A Saúde pública está descrita no artigo 15º, este tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos setores médico medicamentosos (GUINÉ-BISSAU, 1996).

5.1.4 Moçambique

A história Constitucional de Moçambique teve início em 25 de junho de 1975, esse país também passou por um período de guerra civil entre partidários da FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique, e pela RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana, que durou dezesseis anos, período de 1976 até 1992. A guerra causou sérios danos econômicos, políticos e sociais ao País.

A República de Moçambique é um Estado independente, soberano, democrático e de justiça social. A vigente Constituição da República de Moçambique foi promulgada em 2004. Assim está escrito no artigo 1º de sua constituição: “Moçambique é um Estado laico e tem como princípios que regem o país o princípio de Estado e o da democracia”

O Artigo 3 da Constituição da República de Moçambique dispõe sobre: O Estado de Direito Democrático: “A República de Moçambique é um Estado de Direito, baseado no pluralismo de expressão, na organização política democrática, no respeito e garantia dos direitos e liberdades fundamentais do homem.”

O Artigo 35 dispõe sobre o Princípio da universalidade e da igualdade: “Todos os cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitas aos mesmos deveres, independentemente da cor, raças, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política.”

Em seu artigo 6 a Constituição dispõe sobre território: “O território da República de Moçambique é uno, indivisível e inalienável, abrangendo toda a superfície terrestre, a zona marítima e o espaço aéreo. delimitados pelas fronteiras nacionais.”

O Direito à Saúde na constituição de Moçambique está disposto no artigo 89: “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública (MOÇAMBIQUE, 2004).

5.1.5 São Tomé e Príncipe

A 1ª história constitucional de São Tomé e Príncipe nasceu em 12 de julho de 1975, com a independência de Portugal, após as lutas principiadas pelo Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe – MLST. Em 1990, foi promulgada a Lei nº 7/90 e, por fim, a atual Lei da República Democrática de São Tomé e Príncipe é a Lei nº. 1/2003, que em seu artigo 1º afirma:

A República Democrática de São Tomé e Príncipe é um Estado soberano e independente, empenhado na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, na defesa dos Direitos do Homem e na solidariedade activa entre todos os homens e todos os povos. Essa nova lei adota um regime mais parlamentarista que semi-presidencialista

Em seu artigo 6º fala sobre Estado de Direito Democrático onde o poder político pertence ao povo, podendo esse exercer seus direitos universal, igual direto e secreto. No artigo 8º fala sobre o Estado laico onde existe uma separação do Estado e no respeito por todas as instituições religiosas.

A Constituição fala sobre a saúde no artigo 50º afirma que todos têm direito à proteção da saúde e o direito de a defender, onde o Estado é o responsável a promover saúde pública, que tem por objetivo o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde (SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE,2003).

5.1.6 O sistema de saúde do Brasil

A Constituição Brasileira de 1988, estabelece a saúde como um direito de todos os cidadãos, devendo ao estado a obrigatoriedade de fornecer esse direito. O Sistema de saúde brasileiro foi desenvolvido à partir dessa constituição, onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseou nos princípios de acesso universal e igualitário à saúde.

SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta ou indireta e das Fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada” (BRASIL, 1990)

Na constituição está escrito que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante Políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, essas ações constituem um sistema único, organizado e tem como diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil:

O SUS é um “sistema universal, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto de ações de saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios”, de maneira que “cada esfera de gestão possui funções e competências específicas e articuladas entre si”.

Considera-se o SUS Sistema Único porque sua doutrina e seus princípios organizativos servem para todo o país sob a responsabilidade dos três níveis do governo.

É de responsabilidade do SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ele é regido por três princípios doutrinários:

- A Universalidade dos serviços;
- A Eqüidade na assistência à saúde; e,
- A Integralidade da assistência.

Sua organização é regida por:

- Regionalização / Hierarquização;
- Descentralização político-administrativa e comando único em cada esfera;
- Participação popular.

O setor privado opera como complemento do setor público, podendo fornecer serviços através de contratos de instituições acordados com os princípios do SUS.

As secretarias municipais de saúde ou prefeituras são responsáveis pela gestão do sistema nos municípios devendo estas agir de acordo com as necessidades de sua população.

As secretarias estaduais de saúde são responsáveis por coordenar as ações de saúde de seu estado através de um plano diretor. Neste plano, são colocadas todas as necessidades dos municípios daquele estado. Caso o município não consiga resolver, cabe ao estado realizar as ações de saúde daquele município.

A política Nacional de Saúde é formulada, coordenada e controlada pelo Ministério da Saúde o qual é gestor no nível Federal e quem lidera as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Quanto ao financiamento do SUS ele é adquirido através de recursos das três esferas do governo: Recurso Federal: orçamento da União desde que aprovado pelo congresso Nacional, e uma parte desses recursos vai para investimento e custeio das ações federais e a outra repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais juntando aos recursos do governo estadual. O governo estadual divide esses recursos ficando uma parte para os serviços estaduais e a outra para os municipais que os usam de acordo com suas necessidades.

A participação do cidadão é aceita quando decisões precisam ser tomadas quanto ao SUS através de entidades representativas e também nas conferências (BRASIL, 1990).

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS PAÍSES LUSÓFONOS AFRICANOS

Os países africanos em questão passaram por um período recente de conturbação, conflitos e guerra civil, durante seu processo de independência, que resultou na fragilidade de sua infraestrutura básicas como escolas e unidades de saúde. Isso se reflete nos indicadores de morbimortalidade que refletem a persistência de agravos evitáveis e a prevalência de doenças transmissíveis ou relacionadas ao meio ambiente, como a malária, a AIDS, as doenças respiratórias agudas e as doenças diarreicas, pois “apesar do fim da guerra civil e o aumento da estabilidade política, o país ainda apresenta dados de saúde e de desenvolvimento socioeconômico abaixo das médias globais” (ALVES et. Al, 2017). Este cenário pode ser observado nos indicadores de saúde extraídos das estatísticas da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

O quadro 3 a seguir nos mostra um pouco sobre alguns indicadores de morbimortalidade dos PALOP.

QUADRO 3 – INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE DOS PALOPS

PAÍS	(CMI) Coeficiente de Mortalidade Infantil >5 ANOS 2015	MORTALIDADE MATERNAL (/100.000nv) Nascidos Vivos 2015	HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana INCIDENCIA ENTRE ADULTOS 15 - 49 (/1000hab) 2014	MALÁRIA- INCIDÊNCIA (/1000 hab sob risco) – 2013	EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER (2015)
ANGOLA	156.9	477	2,1	145,7	52.4
CABO-VERDE	25.5	42	0,9	0,7	73.3
GUINÉ-BISSAU	92.5	549	2,5	117,1	58.9
MOÇAMBIQUE	78.5	489	7,4	352,3	57.6
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	47.3	156	0,1	93,0	67.5

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2016.

Com base nas informações pesquisadas no Relatório da Organização Mundial de Saúde [OMS] para o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS], o “**World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**”, o Coeficiente de Mortalidade Infantil [CMI] para crianças menores de cinco anos no ano de 2015 com relação aos PALOP,

Angola estava acima de todos os países com 156.9 óbitos por 1.000 nascidos vivos, seguido por Guiné Equatorial (94.1) e Guiné-Bissau com (92.5), estes apresentaram um resultado muito parecido com pouquíssima diferença entre si, enquanto Cabo Verde apresenta o menor número com (25.5). Ressalte-se que a taxa mundial, neste mesmo ano foi de 42,5/1.000nv, e que a meta mundial para 2030 é que este valor fique abaixo de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

Quanto à mortalidade materna no ano de 2015, a razão de mortalidade materna [RMM] no mundo foi estimada em 216/100.000nv, com os países africanos contribuindo fortemente para este alto valor, e a meta dos ODS é de menos de 70/100mil nascidos vivos até 2030. Entre os PALOP, em 2015, a Guiné-Bissau apresentou maior número com (549/100mil) nascidos vivos, seguido por Moçambique (489/100.000) nascidos vivos e Angola (477/100.000) nascidos vivos. Cabo verde foi o país que apresentou menor razão de mortalidade materna nesse ano, um total de (42/100.000) nascidos vivos, menor até que a meta dos ODS para 2030 [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016].

No caso da incidência do Vírus da Imunodeficiência Humana [HIV] entre adultos de 15 a 49 anos, Moçambique apresentou um total de(7,4/1000) habitantes sendo este um número muito mais elevado que os outros países. São Tomé e Príncipe apresentou (0,1) casos. Quanto à incidência da Malária no ano de 2013, o estudo mostra o maior número de casos em Moçambique com (352,3/10000 habitantes seguido por Guiné Equatorial com (211,1/1000) habitantes e Angola com (145,7/1000) habitantes. O país que apresenta menor incidência de Malária nesse ano foi a Guiné-Bissau com (0,7/1000) habitantes [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016].

A expectativa de vida ao nascer no ano de 2015 foi maior em Cabo Verde, 73.3 e menor em Angola, 52.4.

O quadro 4 nos mostra alguns indicadores de mortalidade por condições ambientais nos PALOP

QUADRO 4 – INDICADORES DE MORTALIDADE POR CONDIÇÕES AMBIENTAIS NOS PALOP, 2015.

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE ATRIBUÍDA A ACESSO INSEGURO A ÁGUA (POR 100.000 habitantes) 2012	TAXA DE MORTALIDADE ATRIBUÍDA A POLUIÇÃO DO AR (POR 100.000 habitantes) 2012	TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE TRANSITO (POR 100,000 habitantes) 2013
ANGOLA	111.2	104.4	26.9
CABO-VERDE	4.5	58.2	26.1
GUINÉ-BISSAU	48.9	105.2	27.5
MOÇAMBIQUE	37.9	65.1	31.6
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	Sem informação	Sem informação	31.1

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2016.

Dados referentes a taxa de mortalidade atribuída ao acesso inseguro por água por 1000.00 habitantes no ano de 2012, Angola apresenta maior número com um total de 111.2 por 1000.00 habitantes, enquanto Cabo Verde apresenta menor número com 4.5 por 1000.00 habitantes. Quanto à taxa de mortalidade atribuída por poluição do ar por 100.000 habitantes neste mesmo ano, temos a Guiné-Bissau com número mais elevado 105.2, sendo Cabo-Verde o país que apresenta o menor número com 58.2. Moçambique apresenta maior número taxa de mortalidade por acidente de trânsito por 100,000 habitantes no ano de 2013 entre os PALOP com um total de 31.6 e Cabo-Verde apresenta o menor número com 26.1 nesse mesmo ano.

O quadro 5 à seguir nos mostra alguns dados relativos aos investimentos na saúde nos PALOP

QUADRO 5: DADOS RELATIVOS A GASTOS COM SAÚDE

PAÍS	%PIB NA SAÚDE/2011	% DE GASTO PÚBLICO/2011	GASTO TOTAL PERCAPTA COM A SAÚDE/2011*US
ANGOLA	3.4	62,6	178
CABO-VERDE	4.0	75.5	153
GUINÉ-BISSAU	6.3	26.8	35
MOÇAMBIQUE	6.4	44	33

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	7.6	34.2	108
---------------------	-----	------	-----

*Gastos com saúde. Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2014.

Quando se observa a percentagem do PIB gasto com a saúde no ano 2011, apresenta-se maior em São Tomé e Príncipe com 7,6% do PIB e menor em Angola com 3,4%. Quanto ao gasto público neste mesmo ano, Cabo verde apresenta uma percentagem maior de gastos 75.5 e a Guiné-Bissau apresenta o menor percentual entre os países com um total de 26.8% do PIB, revelando-se ser o país, entre os PALOP, com maior circulação de recursos privados no setor, o que acontece em função da captação de recursos externos, por parcerias com países como Portugal, China e Brasil (FREITAS et al., 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2014). A Angola apresenta um total de 178 gastos total per capita com a saúde no ano de 2011, enquanto Moçambique nos apresenta um total de 33 de gastos per capita com a saúde neste mesmo ano.

7. OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PALOP

7.1 Angola

Angola possui um Sistema Nacional de Saúde [SNS] universalista e gratuito, mas que, embora siga o modelo beveridgeano, não alcança a cobertura populacional necessária para ser um sistema universal por conta da fragilidade de sua rede de serviços, herdada do período colonial português e ainda mais fragilizada no período de guerra civil que se estendeu da independência em 1975, quando também foi criado formalmente o SNS angolano, até o final da guerra civil em 2002 (CAMPOS et al., 2017).

Além da fragilidade da rede de atenção, o sistema prevê formalmente na Lei de Base da Saúde (1992), a contribuição direta dos usuários no pagamento dos serviços utilizados, ou co-pagamento, através de taxas moderadoras. A mesma lei prevê a possibilidade de o poder público firmar parcerias público privadas para a prestação de serviços à população (ALVES et al., 2017)

Quanto aos recursos humanos da saúde, apesar das dificuldades de informação na área, Fronteira e Dussault (2010), relatam que Angola é o país com menor proporção de médicos por habitantes, o que levou o país a firmar parceria com o governo cubano para introdução de médicos cubanos na rede de saúde angolana. Além da escassez de profissionais de saúde, tanto Oliveira e Artmann (2009) quanto Fronteira e Dussault (2010) relatam a distribuição fortemente desigual entre as províncias, com grande concentração de profissionais na capital (FRONTEIRA; DUSSAUT, 2010; OLIVEIRA; ARTMANN, 2009; CAMPOS, 2017).

7.2 Cabo Verde

Após passar por um período de adaptação a um sistema de saúde em fase de organização após a independência, Cabo Verde vem aos poucos reformulando seu sistema de saúde. O país já está em seu terceiro modelo de sistema de saúde em seu processo de organização e reorganização. Na era colonial tinha um sistema desorganizado depois passou por um período em que o sistema era estatal mas existia uma limitação de liberdade de escolha ao uso dos serviços de saúde. Em meados de 1991 começou a se incorporar no sistema os serviços privados de

medicina para trabalhar junto ao serviço público e estatal. Cabo verde apesar das mudanças no sistema de saúde continua tendo dificuldades e desafios para a formulação de uma política de saúde que atenda às necessidades de saúde da população quanto ao financiamento, recursos humanos, materiais e de gestão (DIAS, 2010).

Cabo Verde possui um Sistema Universal de Saúde gratuito, mas, apesar do serviço público desempenhar um papel central no quadro do sistema, o país conta com a prestação dos serviços de saúde do setor privado como está descrito na Constituição da República em que o Estado deve incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação desses serviços. O setor privado assim como as organizações confessionais, de solidariedade social ou mutualistas de saúde, atua no sistema de saúde cabo verdiano com função complementar, mais ainda residual (FURTADO, 2008).

Quanto aos recursos humanos, não existem critérios fixados normativamente sobre a forma de afetação dos recursos humanos, tanto para médicos quanto para enfermeiros, contudo os critérios utilizados tendem a aumentar o número de médicos e enfermeiros nos diversos municípios, procurando assegurar, no mínimo dois médicos e aumentar o número de enfermeiros. O quadro de médicos e enfermeiros pertencem a Direção Geral de Recursos Humanos e da Administração e a gestão do desenvolvimento profissional, todo o processo quanto a distribuição progressão e promoção, assim como colocações e transferências destes são decididas à nível do ministério da saúde. Portanto quando o autor fala das disparidades no acesso e nos cuidados de saúde afirma o seguinte:

Ainda no contexto cabo-verdiano, não obstante os esforços dispendidos no alargamento das estruturas de cuidados de saúde a todas as ilhas e municípios do país, a uma distribuição de recursos humanos (médicos e enfermeiros) de forma a procurar responder às necessidades das populações e ao esforço financeiro do Estado no financiamento do SNS, algumas regiões do país enfrentam dificuldades de acesso com incidência a nível da disparidade dos cuidados e grupos populacionais mais desfavorecidos têm maiores dificuldades a determinados tipos de cuidados, sobretudo os cuidados mais diferenciados (FURTADO, 2008).

Segundo a Política Nacional de Saúde, a Lei orgânica do Ministério da Saúde prevê a criação de Regiões Sanitárias *“onde e quando possível”* como

entidades descentralizadas de administração de saúde, reunindo um certo número de Delegacias de Saúde contíguas. No entanto em termos de instituições prestadoras de cuidados do Sistema Nacional de Saúde, há uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estrutura.

7.3 Guiné Bissau

O Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau é composto por um setor público, um setor privado lucrativo e um setor privado não lucrativo. O setor público é de cunho patrimonial, contratual e depende diretamente do Estado quanto a sua operacionalização o qual é composto pelo Serviço Nacional de Saúde sob a direção do Ministério de Saúde Pública (MINSAP) e pelos Serviços de Saúde Militar na dependência do Ministério da Defesa e Serviços de Saúde prisionais sob o Ministério da Justiça. Enquanto o setor privado lucrativo compõe-se por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e postos de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado. E o setor privado não lucrativo, setor convencionado o qual é dividido entre a igreja católica que assume o patrimônio imóvel e tecnológico e também as ONGs e o Estado, responsáveis por colocar recursos humanos e definir as políticas e estratégias para a saúde. Além destes, existe no país o setor tradicional de saúde (GUERREIRO, et.al, 2017).

Administrativamente, a República da Guiné-Bissau está dividida em oito Regiões de Saúde as quais são - Bafatá, Biombo, Bolama, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tomabali-, que subdividem-se em 36 setores, e em mais um Setor Autônomo que é a (cidade de Bissau, capital política, econômica e administrativa do país).

Devido as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o **mapa sanitário** apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autônomo de Bissau (SAB).

As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 Áreas de Saúde (AS)** (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo

assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas (GUERREIRO et al,2017).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II, o desenvolvimento e administração dos RHS deste país, são orientados pela política de 1993 e pelo PNDS definido em 1997 e vigente até 2007 e pelo Plano de Desenvolvimento dos RHS, também vigente até 2007. Das metas definidas pelo plano, algumas foram alcançadas, mas a maior parte das situações, os problemas mantiveram-se ou agravaram-se (GUINÉ-BISSAU, 2008).

A PNDS II afirma ainda que a Guiné-Bissau enfrenta sérios problemas de administração dos HRS. Os órgãos centrais centralizam a administração da saúde do setor público e o pouco que é descentralizado para o nível regional ou institucional, não está sistematizado ou instrumentalizado, assim como não tem apoio de pessoal com competências necessárias. Essa situação resulta no desconhecimento da realidade à qual os setores de direção deveriam governar (GUINÉ-BISSAU, 2008).

7.4 Moçambique

Segundo Mitano e colaboradores (2016), o Sistema Nacional de Saúde moçambicano inicia-se, após a independência do país, como um sistema estatizado, em que o governo assumiu o controle do setor privado também, o que foi alterado em 1977, com a introdução de pagamentos, ainda que baixos, para o acesso à saúde, para em 1991, através da Lei 25/1991, ser criado o Sistema Nacional de Saúde universal e gratuito, e, segundo os autores:

Assim, o SNS estabeleceu uma organização sanitária em diferentes níveis de atenção: nível primário - constituído por centros e postos de saúde, cada um compreendendo as respectivas áreas de saúde; nível secundário – formado por hospitais distritais, gerais e rurais; nível terciário – composto por hospitais provinciais; e nível quaternário – constituído por hospitais centrais e especializados. As instituições que fazem parte do SNS, sob gestão do MISAU, são os centros de higiene, instituições de formação profissional, laboratórios especializados e instituições de pesquisa (MITANO et al., 2016, p. 4)

De forma semelhante ao Brasil, Moçambique apresenta uma estrutura centralizada de controle do financiamento do setor público, bem como de suporte técnico às províncias, e, diferentemente do Brasil, o sistema moçambicano necessita de importante suporte financeiro de doações e parcerias internacionais (MITANO et. al., 2016).

Nas regiões interioranas das províncias, onde há maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, a população mantém a tradição de buscar os *tinyanga* (“curandeiros”), embora haja muita resistência a estes cuidadores por parte dos profissionais da rede oficial de serviços de saúde (GRANJO, 2009; MITANO et. al., 2016)

7.5 São Tomé E Príncipe

O país possui um Sistema Nacional de Saúde, implantado em 1999 com a publicação da Política Nacional de Saúde, e, em 2000, da “Carta Sanitária” e do “Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário”. Esse conjunto normativo, segundo Freitas e colaboradores (2010), prioriza a organização de distritos sanitários, os cuidados primários de saúde e as parcerias, “designadamente com ONGs” (FREITAS et al., 2010).

O Sistema Nacional é público, que se propõe à universalidade e à gratuidade, mas que, segundo Madureira (2012) cobre apenas 60% da população, em função da concentração de serviços de saúde na área urbana, o que poderia ser um dos motivos para a manutenção da importância das terapias tradicionais e uso de plantas medicinais, através dos *stlijons* e outros tipos de terapeutas:

Em S. Tomé e Príncipe, os terapeutas tradicionais (*stlijons*) são bastante respeitados e admirados. Embora actualmente tenham perdido parte da influência e do prestígio de que gozavam, continuam a ser personalidades de enorme importância no tecido social, sendo muitos destes *stlijons* considerados homens excepcionais e dotados de poder sobrenatural (MADUREIRA, 2012, p. 436).

Maia, Lourenço e Neto (2013), discutindo ações de cooperação em Saúde Mental, no arquipélago de São Tomé e Príncipe, relatam importante parceria com Cuba e descrevem a rede de cuidados em atenção primária como “bem

estruturados, cobrindo todo o arquipélago, com acesso facilitado a toda a população pela proximidade geográfica”. E detalham:

Esta estrutura é constituída por 6 Centros de Saúde, 28 Postos de Saúde e 17 Postos de Saúde Comunitária, alguns com internamento de Medicina Geral e Obstetrícia, Farmácia e Laboratório de análises clínicas. Regularmente, e apoiados pelo IMVF, especialistas de várias áreas realizam consultas nos Cuidados de Saúde Primários aproximando os cuidados especializados da população (MAIA; LOURENÇO; NETO, 2013, p. 8)

Além disto, Vasconcelos, Ferreira e Carreiro (2014) informam, na ilha de São Tomé, de um Hospital (Hospital Central Dr. Ayres de Menezes) e ressaltam a fragilidade dos recursos humanos em saúde, citando a existência de apenas duas pediatras em 2014, sendo uma cubana atuando por cooperação entre os países.

Considerando a tipologia de sistemas de saúde já discutida, os PALOP apresentam um sistema de saúde muito parecido quanto à tendência ao sistema universal gratuito, mas, apesar de todo esforço destes países para oferecer um serviço de saúde de qualidade e que seja eficiente, apresentam ainda um sistema carente e frágil, principalmente no que diz respeito aos Recursos Humanos que necessitam ser fortificados quanto à qualificação profissional para atender as necessidades da população e dar respostas concretas aos órgãos diretores da saúde.

Os PALOP apresentam ainda fragilidade quanto sua governança, apresentam poucas unidades de serviços e os serviços de saúde não cobrem o total da população, além da necessidade de melhorar a tecnologia no setor saúde. Quanto ao gasto em saúde o apresentam valor mínimo e não consegue cobrir as necessidades básicas da atenção primária levando os países a necessitar do apoio técnico e financeiro de países estrangeiros.

7.6 A problemática dos profissionais de saúde

O quadro 6 à seguir nos mostra sucintamente a densidade ou proporção médica de médicos por 10.000 habitantes

QUADRO 6 – DENSIDADE OU PROPORÇÃO MÉDIA DE MÉDICOS POR 10.000 HABITANTES.

PAÍS	MÉDICOS (OMS, 2014)	MÉDICOS (Fronteira e Dussault, 2010)
ANGOLA	1,7 (2006-2013)	0,0077 (2004)
CABO VERDE	3,0 (2006-2013)	4,5 (2006)

GUINÉ BISSAU	0,7 (2006-2013)	0,98 (2007)
MOÇAMBIQUE	0,4 (2006-2013)	0,44 (2006)
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPEL	SI	5,0 (2004)
Região OMS Africana	2,6 (2006-2013)	SI
Região OMS Europeia	33,1 (2006-2013)	SI
Região OMS das Américas	20,8(2006-2013)	SI

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014; FRONTEIRA E DUSSAULT, 2010

OBS: SI – Sem Informação

Apesar de ser possível encontrar análises sobre recursos humanos em saúde nos países da África, além de relatórios estatísticos da Organização Mundial de Saúde, comumente se relata uma grande fragilidade das informações nesta área, o que leva o relatório **“Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)”**, de 2010, a propor o desenvolvimento de estratégias de parceria entre o PALOPs, potencializando os laços culturais comuns para a resolução de problemas também comuns aos países. Importante frisar que, a despeito da fragilidade da informação, a África apresenta as menores proporções de profissionais por habitantes do planeta: 2,6 por 10.000 habitantes no período 2006-2013, contra 33,1/10.000 habitantes na Europa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, 2014; FRONTEIRA; DUSSALT, 2010

MATRIZ DE ANÁLISE COMPARATIVA DE SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA NA ÁFRICA

QUADRO 7 – Resumo dos principais dados dos países para comparação dos Sistemas de Saúde

COMPONENTE DO SISTEMA	DESCRIÇÃO	Angola	Cabo-Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	Brasil
1. Lei do Sistema de Saúde	A lei básica principal que regula o sistema no país. Se estiver descrito na constituição: citar a constituição e a lei básica.	CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA-2010 Seção II Capítulo III ARTIGO 77º (Saúde e Proteção Social).	Constituição da República de Cabo Verde – 2ªRevisão Ordinária – 2010 – artigo 71º	Assembleia Nacional Popular da Constituição da República /1996 Título I – Artigo 15º	Constituição da República- Título III-Capítulo V- Artigo 89 (Direito à saúde)	Constituição Lei nº 7/90 – Parte I Título III – Artigo 49º (Direito à proteção da saúde)	Constituição de 1988
2.População do país em 2012 (a)	Quantitativo de habitantes para dimensionar o sistema.	20.821.000	494.000	1.664.000	25.203.000	188.000	198.656.000
3.Cobertura do Sistema (a/b)	Proporção de cobertura de Pré-natal (2006-2013) – Com no mínimo 4 visitas.(a)	47%	(91% - Pelo menos 1 visita)	68%	51%	72%	89%
	Densidade de profissionais especializados em Saúde por 10.000 habitantes.(b)	18,3 (2005-2009)	8,6 (2005-2013)	6,6 (2005-2009)	4,5 (2005-2013)	Sem Informação	94,9 (2005-2013)
4.Tipo de financiamento	Origem majoritária da receita de recursos para o sistema público de saúde: por contribuição, por orçamento fiscal, etc.	Orçamento Fiscal	Orçamento Fiscal	Orçamento Fiscal e Doações Internacionais	Orçamento Fiscal e Doações Internacionais	Orçamento Fiscal e Doações Internacionais	Orçamento Fiscal
5.Proporção de Gastos na Saúde (a)	Percentual total do PIB na Saúde (2011)	3,4 %	4,0%	6,3 %	6,4 %	7,6%	8,9%
	Percentual de gastos públicos (2011)	62,6 %	75,5%	26,8%	44,0%	34,2%	45,7%
	Recursos Externos como proporção da despesa total em saúde	2,3	18%	47,3%	72,6%	25%	0,3%
	Gastos em Seguro Social – Proporcionais ao gasto público	0	25,2	1,5	33,1%	0	0
	Gastos Privados Diretos (<i>out of pocket</i>) como percentual do gasto privado	70,1	93,7%	56,5%	9%	85,2%	57,8%
	Gastos em Planos Privados como percentual do gasto privado em saúde	0	3,1%	0	Sem informação	0	40,4%
	Per capita público em US\$ internacionais (2011)	US\$ 111,00	US\$ 116,00	US\$ 9,00	US\$ 14,00	US\$ 37,00	US\$ 512,00
6 . Enquadramento do Sistema	Definição do tipo de sistema de saúde, de acordo com a tipologia clássica	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Saúde

Fonte: Autora. Adaptado de Lobato e Giovanella, 2012. (a) = ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014; (b) = ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016.

Na matriz de análise comparativa de sistemas de saúde nos países de língua portuguesa na África - quadro 7, são colocados os resumos dos principais dados encontrados dos países para a comparação de seus sistemas de saúde. A primeira linha desse quadro trata da comparação às normas dos países em estudo e logo percebe-se que a definição da saúde de Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe está definida na Constituição do país, e que Angola e Cabo Verde define suas normas por lei complementar e que no Brasil as normas da saúde são definidas pela constituição e pela lei reguladora da saúde (Lei Orgânica).

Quanto à população de cada país referente ao ano de 2012, pode-se observar que a população é muito diferente entre os países. Dos PALOP, Moçambique é o país que apresenta maior número de habitantes com um total de 25.203.000 habitantes, e São Tomé e Príncipe é o que apresenta menor número com 188.000 habitantes. Todos esses países comparados ao Brasil são considerados países de pequeno porte populacional, pois o Brasil apresenta um total de habitantes muito superior aos PALOP neste mesmo ano com 198.656.000 de habitantes.

Quanto à cobertura do sistema, não foi possível identificar a cobertura do sistema nos textos pesquisados de uma forma sistemática, nesse caso, não tivemos uma fonte que pudesse fornecer os dados da cobertura do sistema coerente para todos os países na mesma fonte. Nos textos encontrados sobre os países africanos não encontramos a informação. Só em dois países os textos apresentaram a cobertura geral do sistema. Então, considerando a desigualdade de informação, utilizamos como parâmetros de avaliação de cobertura, a cobertura de Pré-natal tendo em vista ser essa cobertura, de grande importância básica e de importância permanente na Atenção Primária. Observando o quadro 7, na cobertura de Pré-natal veremos que para os anos de (2006-2013) a proporção de cobertura de Pré-natal, com no mínimo 4 visitas, São Tomé e Príncipe apresenta um maior percentual com (72%), seguido por Guiné-Bissau com (68%) e Moçambique com (51%), sendo Angola o PALOP com o menor percentual (47%). A Organização Mundial de Saúde preconiza para um bom acompanhamento de pré-natal ao menos 4 visitas, a informação que tivemos sobre Cabo-Verde é de no mínimo 1 visita e um total de 91% de cobertura de pré-natal o que nos leva a uma curiosidade maior sobre o funcionamento desse sistema, pois espera-se que os

países que tenham maior percentual de cobertura de pré-natal, também terão maior percentual de cobertura de atenção primária considerado estruturante dos sistemas de saúde universalistas. No Brasil esse percentual é de (89%) com no mínimo 4 visitas.

Sobre a densidade de profissionais especializados em saúde por 10.000 habitantes o que se pode observar é que o país que apresenta maior densidade entre os PALOP é Angola com (18,3) entre (2005-2009), seguido por Cabo-Verde com 8,6 entre (2005-2013) e Guiné-Bissau com (6,6) de (2005-2009), sendo Moçambique o que apresenta menor densidade com (4,5) entre (2005-2013). São Tomé e Príncipe não forneceu informação mais recente sobre o assunto. No Brasil esse número é de 94,9 em 2005-2013.

Sobre tipo de financiamento quanto à origem majoritária da receita de recursos para o sistema público de saúde, podemos observar que todos tem por base o orçamento fiscal, o que caracteriza os sistemas nacionais de saúde, mas entre os PALOP há importante dependência de recursos externos. Angola e Cabo Verde são os dois PALOP que contam com o orçamento fiscal, assim como o Brasil. Enquanto a Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, dependem do orçamento fiscal e também das doações internacionais.

Sobre a Proporção de Gastos na Saúde, o quadro que trata do Percentual total do [PIB] Produto Interno Bruto, na Saúde (2011), apresenta o seguinte: maior percentual é apresentado por São Tomé e Príncipe com (7,6%), e Angola o país que apresenta menor percentual com (3,4%). O Brasil apresenta um percentual de (8,9%).

Quanto ao Percentual de gastos públicos (2011), Cabo verde é o país que apresenta maior número com (75,5%), e a Guiné-Bissau apresenta menor percentual com (26,8%) do percentual de gastos públicos. No Brasil esse percentual é de (45,7%) neste mesmo ano.

Com relação aos Recursos Externos como proporção da despesa total em saúde, temos Moçambique com o maior percentual apresentando (72,6%), e o país que apresenta menor percentual é Angola com (2,3). Quanto ao Brasil esse percentual é de (0,3%).

Em se tratando dos Gastos em Seguro Social Proporcionais ao gasto público, o país que apresenta maior percentual é Moçambique com (33,1%) seguido de Cabo Verde com (25,2) e Guiné-Bissau com (1,5), Angola e São Tomé e Príncipe apresentaram (0) percentual desses gastos assim como o Brasil. Este indicador retrata a “pureza” do sistema, são Sistemas Nacionais, mas alguns possuem componentes de Seguro Social.

Quanto aos Gastos Diretos (*out of pocket*) como percentual do gasto privado, o PALOP que apresenta maior percentual é Cabo Verde com (93,7%), sendo Moçambique o PALOP que apresenta menor percentual com (9%). Já o Brasil apresenta um percentual de (57,8%). Subentende-se que este é um indicador indireto de “cobertura” ou alcance do sistema, é possível que a procura e pagamento ao setor privado de saúde seja devido ao difícil acesso ao sistema público de saúde.

Referente aos Gastos com Planos Privados como percentual do gasto privado em saúde, Cabo Verde apresenta (3,1%), Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe apresentam (0) de percentual, Moçambique não apresentou nenhuma informação enquanto que o Brasil apresenta um percentual de (40,4%) de gastos com planos privados em saúde. Esse resultado nos leva a refletir que os PALOP ainda possuem um mercado de planos privados ainda não desenvolvidos enquanto que o Brasil o gasto com plano privados de saúde é bem desenvolvido.

Com relação ao Per capita público em US\$ internacionais, Cabo Verde é que apresenta um maior valor entre os PALOP com (116,00US\$), seguido por Angola com (111,00US\$), por São Tomé e Príncipe com (37,00US\$), logo depois vem Moçambique com (14,00US\$) ficando por último a Guiné-Bissau com (9,00US\$). No Brasil esse valor é de (512,00US\$). Esses valores refletem o nível de investimento destes países no setor público de saúde. O que podemos observar é que o per capita público dos países africanos é muito baixo comparando com o Brasil.

Sobre o enquadramento o sistema, o que se pôde observar é que todos os PALOP definem o tipo de sistema como Sistema Nacional de Saúde.

8. COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÃO

8.1 Sobre a Comparação Entre os Países

Os PALOP dividem uma história em comum de colonização, exploração, racismo e submissão por exploradores europeus e por suas características de localização no continente africano possuem semelhanças e diferenças específicas, tanto geográficas quanto geopolíticas facilitando a exploração de suas riquezas naturais. Angola e Moçambique eram os países mais disputados durante o período da guerra fria e pós-guerra fria por conta de sua localização estratégica.

Os PALOP têm em comum, ainda, uma independência tardia que data da década de 1970, após muita luta de seu povo. Neste sentido, os sistemas de saúde refletem justamente uma intenção de criar estratégias universalistas de garantias de direitos ao se tornarem independentes, garantindo direito ao povo.

Nesse contexto de luta e independência, os PALOP tiveram influência da União Soviética, comunista, tanto que até hoje em Angola existem comunas, e na saúde, especificamente, influência do modelo de saúde *Semashko*. Moçambique em seu primeiro governo independente era considerado um governo socialista, e seu modelo universalista é fruto da intenção de garantir os direitos do povo pós-libertação, mas também é fruto da influência da política socialista. Eles preconizam um modelo universalista nacional público e que na verdade não se consolidou por diversas particularidades.

Moçambique, Cabo Verde e Guiné-Bissau possuem um sistema de seguro social paralelo ao sistema universalista. Em alguns países existem recursos gastos com seguros, representado no quadro 8 com 33,1% para Moçambique, 25,2% para Cabo verde e 1,5 para a Guiné-Bissau, o que pode se dar por conta dos seguros residuais por categorias num sistema de saúde o qual sua base é Beveridgiana pautada no orçamento fiscal. Os planos privados são poucos e pouco desenvolvidos o qual mal se percebe nos países africanos, apenas Cabo Verde apresenta um percentual de 3,1, temos Cabo Verde que gasta 93,7% um percentual bastante alto do gasto privado, Moçambique é uma exceção, cuja

estrutura privada tem desenvolvimento mais recente e apresenta um percentual de gasto de 9%.

Quanto ao Per capita gasto na saúde o percentual apresentado pelos PALOP revelam também uma diferença grande de um país para outro e até mesmo o mais alto valor que é representado por Cabo Verde com 116,00US\$ é um quantitativo baixo ao comparar com o do Brasil que tem 512US\$ Per capita público total e já é também considerado baixo.

Apesar das diferenças entre si, esses países dividem uma real história de deficiência de recursos humanos enfrentando sérias dificuldades no desempenho de seus serviços de saúde. Todos eles enfrentam uma escassez de médicos e profissionais da área assim como de sua formação, encarando um sério desafio para a disponibilização em quantidade que seja suficiente e que sejam distribuídos de forma à suprir as carências desses serviços em regiões necessárias. No Quadro 8, identifica-se a densidade de profissionais da saúde em cada país por 10.000 habitantes, e observa-se que o país com menor densidade é Moçambique (4,5), seguido de Guiné-Bissau (6,6) e Cabo Verde (8,6). O país africano lusófono com maior densidade de profissionais é Angola (18,3) e para São Tomé e Príncipe não há informação disponível.

Todos os países experimentam assimetrias substanciais relativamente à disponibilidade de RHS, particularmente de médicos e outros especialistas, nas zonas urbanas e rurais, o que gera problemas de equidade de acesso aos serviços. Existem estratégias para melhorar a colocação de RHS qualificados nas zonas com necessidades insatisfeitas, mas a eficácia destas não foi, ainda, avaliada (FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010, p. 83).

Há desigualdade de atendimento na cobertura de cuidados do Pré-natal quanto ao percentual apresentado por cada país tendo Cabo Verde com um número maior em percentual de todos os outros com (91%) e Angola apresenta menor número com (47%) percentuais de pré-natal. Considerando que o pré-natal é indicativo de organização e cobertura da atenção primária, o que se espera é que os países que tem maior percentual de cobertura de pré-natal, tenham também maior percentual de cobertura da atenção primária considerada estruturante dos sistemas nacionais universalistas.

8.2 Sobre a Comparação Com o SUS

Ao se tratar de Sistemas de saúde, vale lembrar que a saúde deve ser vista como um todo, e que os países definam suas políticas permitindo que se criem condições de atenção geral para enfrentamento das mais variadas enfermidades pensando principalmente nos determinantes socioambientais referentes a cada local para que a saúde seja tratada além de seus aspectos biomédicos, procurando promover saúde a seus usuários.

As diferenças e similaridades dos países estudados quanto aos sistemas de saúde leva a uma curiosidade de aprofundamento em seus sistemas quanto à capacidade e dificuldades de ações e serviços de seus sistemas.

O Brasil, assim como os PALOP, tem a universalidade como sistema nacional de saúde e busca a integralidade e a equidade para o cumprimento de sua política de saúde pública. A Constituição Federal de 1988, assim como a lei nº8080/1990, e a lei nº 8142/90, são os instrumentos jurídicos para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse sistema de saúde tem como oferta seus serviços de assistência à saúde de maneira descentralizada através de uma rede de unidades de saúde, além de hospitais e instalações que permitam o fornecimento de saúde à população. O sistema de saúde brasileiro mantém também contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos. Assim como alguns PALOP que mantem alguns serviços particulares de saúde como complemento de seus serviços de saúde. No SUS, o setor privado funciona como forma suplementar, e é financiado com o apoio de empresas, famílias, planos e seguros de saúde individuais, cooperativas médicas, além do pagamento direto ao prestador de serviços pelo usuário.

Ao comparar os Sistemas de Saúde desses países com o Sistema Único de Saúde, observamos o seguinte:

A Constituição brasileira foi promulgada em 5 de outubro de 1988, através de audiências públicas com representantes de movimentos sociais na Assembleia Constituinte, quando representantes eleitos escreveram a nova Carta Política para

o país. Nesta carta, conhecida como carta cidadã, estavam escritos os direitos fundamentais e toda a estrutura jurídica brasileiro.

Ao comparar a Constituição de Angola com a do Brasil sobre direito, percebe-se que não há diferença quanto aos direitos humanos individuais, que são aqueles que protegem o indivíduo caso o Estado cometa alguma injustiça, e a garantia do direito à vida, à segurança, à igualdade de tratamento perante a lei, o direito ao voto e à elegibilidade, à liberdade e os direitos humanos sociais, direitos esses assegurados pelo estado que são: o direito ao trabalho, à educação, ao salário mínimo, à assistência social e o direito à saúde.

Em se tratando de direitos e garantias fundamentais, percebe-se que a constituição de Angola é a que mais se parece com a do Brasil. Na constituição brasileira o primeiro título fala sobre os princípios fundamentais e também sua relação com a sociedade, assim como a constituição de Angola que transcreve os fundamentos da república em seu I Título. Os direitos e deveres individuais e coletivos no II título da constituição brasileira e na de Angola no I Título no artigo 21.

Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, não define totalmente os direitos e garantias fundamentais.

Todos os países garantem o direito à saúde, porém cada um a seu modo. Angola trata o direito à saúde como direito à assistência médica e sanitária, assim como Moçambique que diz que ao cidadão tem o dever de promover e defender a saúde pública. O mais completo é o direito à saúde do Brasil que fala sobre promoção, proteção e recuperação da saúde.

É dever do estado brasileiro que é um país federativo, manter uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, diferentemente dos outros países. Os outros países não fazem referência de como o Estado deve cumprir suas obrigações com a saúde, apenas falam sucintamente quando fala da saúde. Angola garante serviço de assistência em todo território e o controle e fiscalização de produtos médicos e biológicos e controle de doenças, enquanto Moçambique promove a participação dos cidadãos e instituições de elevação do nível da comunidade e a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de

acesso dos cidadãos. Em São Tomé e Príncipe, o Estado é responsável por promover saúde pública onde seu objetivo é o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção no meio sócio-ecológico.

Na Constituição brasileira as ações e serviços de saúde são de relevância pública enquanto os PALOP não definem tal assunto.

Há uma similaridade e diferença entre o Brasil e os PALOP quanto à carência de profissionais de saúde os PALOP enfrentam sério problema de distribuição de RH, essa falta se dá tanto no interior quanto nos centros urbanos onde o número de profissionais é insuficiente, já no Brasil o problema é a distribuição desses profissionais que se concentram nas capitais dos Estados deixando descoberta as áreas rurais. Os PALOP enfrentam um problema quantitativo e distributivo, enquanto o Brasil o problema é a distribuição desses profissionais.

Sendo assim existe uma relação muito forte entre o Brasil e os PALOP quanto a sua história de colonização e exploração de suas riquezas por portugueses. E os PALOP tem ainda uma história de luta por libertação durante anos de guerra civil. Os colonizadores portugueses deixaram como herança seu idioma, países devastados que tiveram que se reerguer política e socialmente. Tanto os PALOP quanto o Brasil a conquista por sistemas nacionais aconteceu em contexto de luta por direitos. Entretanto, parece, que os PALOP diferem quanto à frágil estrutura econômica. No Brasil, o setor privado é mais forte e pressiona o SUS.

O Brasil tem uma forma de constituição que se for bem aplicada e seguida a risco haverá de dar muito certo e servirá de exemplo para muitos outros países, enquanto os PALOP tentam também se reerguer para que no futuro consiga também oferecer ao seu povo um sistema de saúde que cubra toda a população.

Um dos pontos que diferencia o Brasil dos PALOP é quanto aos recursos gastos com seguro sociais, que no Brasil esse valor é zero pois o país não possui mais seguro social. Com relação aos serviços privados de saúde, o Brasil apresenta um percentual alto pois existe no país os planos privados de saúde investimento do regime anterior no crescimento deste setor, sendo também uma

grande diferença entre ele e os PALOP pois o percentual dos PALOP é pequena quanto aos plano privado de saúde, e tanto no Brasil quanto nos PALOP existe a condição do pagamento direto nas clínicas e não por planos de saúde

O Brasil se destaca também quanto à população com (198.656,000/hab) sendo um país de grande porte enquanto os PALOP são de pequeno porte, o que demanda ao Brasil uma estrutura organizacional mais desenvolvida.

Quanto à cobertura pré-natal o Brasil apresenta uma percentagem de 89% o que parece, que a Atenção Primária está em bom funcionamento.

Quanto à densidade de profissionais a diferença entre Brasil e PALOP também é bem visível pois o país concentra uma considerável percentagem de profissionais de saúde. Seu financiamento majoritário é por orçamento fiscal o que difere também de alguns países africanos que dependem também de doações internacionais e de cessão de profissionais.

Em relação ao per capita, o gasto do Brasil é de 512,00US\$ o que demonstra o gasto por cada pessoa. Quanto aos recursos externos o Brasil apresenta 0,3% um percentual bem baixo principalmente se for comparar a Moçambique e a Guiné-Bissau, pois diferentemente dos outros países o Brasil não depende desses recursos.

Esse trabalho também teve como motivação a aposta de uma maior divulgação sobre esses sistemas de saúde além de no futuro próximo cooperar com mais estudos que venham a levantar questões da situação de saúde desses países contribuindo para o conhecimento de futuros pesquisadores e profissionais de saúde

8.3 Conclusões

A saúde é prioridade na maioria dos países e contribui tanto para melhorar a qualidade de vida quanto para trazer segurança para o povo. Grande parte da população mundial sofre com variadas doenças e é devido à necessidade de saúde que os governantes tentam implementar alguma forma de sistema de saúde em seus países.

Com este trabalho procurou-se identificar semelhanças e diferenças nos sistemas de saúde dos cinco PALOP com o objetivo de compreender seu funcionamento e compará-los entre si e o Sistema Único de Saúde.

O que se pode observar é que alguns países apresentam mais dificuldades que outros em fornecer um sistema de saúde adequado para seu povo, pois em sua maioria são fragilizados devido a situação econômica e políticas instáveis.

Apesar das diferenças significativas entre os PALOP quanto aos indicadores epidemiológicos, administrativos, econômicos e sócios demográficos estes dividem problemas iguais e de difíceis resolução como: sua distribuição geográfica, seus trabalhadores na saúde, a educação, as condições de trabalho e com elas o desempenho, as políticas, gestão e financiamento.

É difícil discorrer sobre o grau de implementação das políticas dos PALOP, assim como sua eficácia e suas ferramentas de gestão, o que depende de um estudo mais aprofundado sobre cada um destes países, pois a qualidade do desenvolvimento e desempenho de um sistema de saúde, dependem principalmente de uma gestão efetiva e de trabalhadores comprometidos com a saúde de um povo.

Os sistemas de saúde como um todo vem sofrendo crises em gerar recursos para custear seus serviços, e o setor que tem sido muito prejudicado é o serviço público de saúde, e assim como o Brasil os PALOP não ficam de fora, pois quando se trata da saúde pensa-se de forma coletiva onde é necessário fazer pesquisas de imunobiológicos, medicamentos e medicina preventiva, além do controle de vetores, para tanto o financiamento em saúde é de suma importância para todo e qualquer país para garantia e proteção social da população.

A proporção do orçamento público da saúde varia de país para país e inclui despesas muito importantes principalmente quanto as de infraestrutura e

medicamentos, onde a interpretação de dados e análise de despesas total e conjunto de dados financeiro é um serviço importante e minucioso.

Pode-se observar que de modo geral os PALOP apresentam um progresso no setor de saúde desde sua libertação e implementação de seu sistema de saúde, em sua maioria, de forma gradual e lenta o que os impossibilita de cumprir totalmente os compromissos que assumiram com a saúde de seu povo.

Percebe-se uma necessidade de implementação e/ou aumento de RHS, a melhora de seus aspectos, sócios-econômicos, o que inclui o nível de pobreza e educação de sua população principalmente quando se trata de serviços de saúde importante para o controle de indicadores de mortalidade por condições ambientais, indicadores de Morbimortalidade, principalmente quanto ao HVI/AIDS que é um grande obstáculo no desenvolvimento sócio econômico dos países além e sobrecarregar o sistema nacional de saúde.

É possível concluir que apesar das diferenças e similaridades desses países, diante de seu contexto histórico, há uma diversidade de opinião e prática ainda muito recente no campo da saúde, o que faz com que esses se ajustem aos poucos para oferecer os benefícios e direitos de forma eficiente à saúde da população. Não há dúvida que estes tenham perspectivas de melhorar a saúde e considerem a saúde como sendo uma condição cidadã e que está inserida como parte do desenvolvimento de seus países. Assim sendo, pode-se afirmar que cada país que avance seus sistemas de saúde pode ajudar a elevar as condições de saúde, assim como em termos econômicos e sociais.

O estudo foi proveitoso quanto à possibilidade de compreender como pode funcionar um sistema de saúde e os benefícios que ele pode trazer para o país.

8. 4 Dificuldades e limitações do estudo

Para a realização deste estudo, a principal dificuldade foi a escassez de artigos científicos recentes sobre o sistema de saúde dos países africanos. Como limitação na análise comparativa, identificou-se frágil disponibilidade de algumas informações.

A intenção desse estudo era também discutir sobre redes de atenção, modelo de gestão, força de trabalho e o desenho da atenção primária o que não foi possível devido a falta de informações suficientes de todos os países para este estudo. Essa perspectiva teria melhor efeito quanto à especificidade do estudo e responderia a uma grande inquietude de indagações sobre o assunto. A pretensão é seguir coletando informações necessárias e suficientes para desenvolver estudos futuros sobre a mesma temática.

Existe uma grande carência de materiais sobre esses países e sobre suas relações com o Brasil suas informações ainda não são difundidas em nosso país. A falta de materiais é ainda maior quando se trata de materiais sobre a saúde o que predomina uma escassa sistematização de informações a esse respeito.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A.; SILVA, H. L. Desafios da medicina tradicional africana no século XXI. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SABER TROPICAL EM MOÇAMBIQUE: HISTÓRIA, MEMÓRIA E CIÊNCIA., 2012., Lisboa. **Anais...** Lisboa: Jardim Botânico Tropical, 2012. Disponível em:

<https://2012congressomz.files.wordpress.com/2013/08/t09c01.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ALMEIDA, C. *et al.* A concepção brasileira de “cooperação sul-sul estruturante em saúde”. **RADIS RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.

ALMEIDA, C. Reformas de Sistemas de Saúde; Tendências Internacionais, Modelos e Resultados. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AL.(org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**.2.ed.rev.e amp. 2ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, v.1, p. 759-801.

ALVES, Sandra Mara Campos et al . Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2223-2235, July 2017 <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702223&script=sci_abstract&tlng=pt.> Acesso em: 16.10.2017.

ANGOLA, **Constituição da República de Angola** 2010. Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=533>. Acesso em 12.10.2016.

ANGOLA, **Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde** 1992. Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=466>. Acesso em 12.10.2016

ANGOLA, **Política Nacional de Saúde** 2010, Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=452>. Acesso em 12.10.2016

ANGOLA. Portal oficial do governo de Angola. Disponível em, <http://www.angola.gov.ao/opais.aspx>. Acesso em,16.10.2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Normatiza as responsabilidades éticas em pesquisa científica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Lei Nº.8.080, de 19 de Setembro, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055.

CABO VEDE, **Política Nacional de Saúde 2007**. Disponível em:
http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20%282%29.pdf- Acesso em, 12.10.2016

CABO VEDE, **Lei n.º 41/VI/2004**. Disponível em:
<http://www.minsaude.gov.cv/index.php/legislacaoms/7-lei-de-base-sns/file>. Acesso em, 12.10.2016

CABO VERDE, **Constituição da República 1999**. Disponível em:
http://www.stj.pt/ficheiros/fpstjptlp/caboverde_constituicao.pdf . Acesso em 13.10.2016

CABO VERDE, **Constituição da República 2ª Revisão Ordinária 2010**. Disponível em: <http://www.parlamento.cv/e-cidadao/leis/CR.pdf> . Acesso em 13.10.2016

CONILL, E. M.; Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. V. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC: FIOCRUZ, 2006, v, p. 563-614.

DIAS, O. **Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de cabo verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em:
<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/132/1/Uma%20An%C3%A1lise%20Compreensiva%20Da%20Reforma.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

ELIAS, P.E.; VIANA, A.L. **Atenção primária à saúde I – MSP 0640**: Sistema de Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2011. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/30862-O-que-sao-e-para-que-servem-os-sistemas-de-saude.html>>. Acesso em: 14/09/2016.

FREITAS, P et al. **Saúde para Todos**: mudando o paradigma de prestação de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe: estudo de caso. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flôr , 2010. Disponível em: < http://www.academia.edu/19285814/Sa%C3%BAdede_para_Todos_.Mudando_o_paradigma_de_presta%C3%A7%C3%A3o_de_cuidados_de_sa%C3%BAdede_em_S%C3%A3o_Tom%C3%A9_e_Pr%C3%ADncipe>. Acesso em: 29 nov, 2017.

FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.78-85, mar., 2010

FURTADO, C. **Organização Mundial de Saúde**: Governação do sistema de saúde em Cabo Verde: Relatório. Disponível em :
<<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/208/1/Governa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20de%20Saude%20em%20Cabo%20Verde.pdf>>. Acesso em: 16/10/2016

GRANJO, P. Saúde e Doença em Moçambique. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.4, p.567-581, 2009.

GUERREIRO, C. Planejamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. **An Inst Hig Med Trop**: n. 16, Supl. 1, p. S55 - S68, 2017. Disponível em: <<http://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/12/10>>. Acesso em: 10.11.2017.

GUINÉ- BISSAU. Ministère de la santé publique. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II, PNDS II, 2008-2017**. República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública, 2008. Disponível em: <http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea-Bissau/pndsii_2008-2017_gb.pdf>. Acesso em: 22/09/2017.

GUINÉ- BISSAU. Assembleia Nacional Popular. **Constituição da República 1996**. Disponível em: <<http://www.anpguinebissau.org/leis/constituicao/constituicaoquine.pdf/view>>. Acesso em: 10.11.2017.

KAZATCHKINE, M.D. *Health in the Soviet Union and in the post-Soviet space: from utopia to collapse and arduous recovery*. **The Lancet on line** (www.thelancet.com), v. 390, n. 30, Sep. 2017.

LANGA, E.N.B. **Diáspora africana no Ceará no século XXI**: ressignificações identitárias de estudantes imigrantes. 2016. 563 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2016.

LOBATO, L. *et al.* Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: LOBATO, L; GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed.rev.e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. V.1, p.89-120.

MADUREIRA, M. **Plantas Medicinais e Medicina Tradicional de S. Tomé e Príncipe**. In: ACTAS DO COLÓQUIO INTERNACIONAL SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE NUMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR, DIACRÓNICA E SINCRÓNICA, 2012. p. 433-453. Disponível em : <http://www.academia.edu/12280235/Plantas_Medicinais_e_Medicina_Tradicional_de_S._Tom%C3%A9_e_Pr%C3%ADncipe>. Acesso em 16.10.2017.

MAIA, A.; LOURENÇO, A.; NETO, A. **Saúde para todos – especialidades**: cooperação com S. Tomé e Príncipe na área da psiquiatria e saúde mental. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v.2, n.1, p. 8-14, 2013. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1211/1/Programas%20de%20Coopera%C3%A7%C3%A3o.pdf>

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3ª Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, M. J. - **Principais Sistemas e Serviços de Saúde no Mundo**. Maceió, 2012. Disponível em:

<http://marcasaude.com.br/pdf/sistemas_e_servicos_de_saude/principais_sistemas_e_servicos_de_saude_no_mundo.pdf>. Acesso em: 10.08.2016.

MITANO, F. et. al. Direito à Saúde: (In)Congruência entre o Arcabouço Jurídico e o Sistema de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, p. 2679, 2016.

MIYAMOTO, S. **Brasil e África: um novo olhar?** In: ENCONTRO NACIONAL ABRI 2011, 3., 2011, São Paulo. **Proceedings online...** Associação Brasileira de Relações Internacionais Instituto de Relações Internacionais – USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000122011000300047&script=sci_arttext > Acesso em: 16 ago.2016.

MOÇAMBIQUE. **Portal oficial do governo de Moçambique**. Disponível em, <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Geografia-de-Mocambique>. Acesso em 16/10/2016

MOÇAMBIQUE. **Constituição da República 2004** Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Media/Constituicao-da-Republica>. Acesso em 16 out.2016.

NORONHA, J.C; GIOVANELLA, L.; CONILL, E.M. Sistemas de Saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: Uma visão comparada. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA- FILHO, N.(Orgs). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2013. V. 1, p.151-172.

OGUISSO, T. Colaborando para o desenvolvimento da enfermagem na África. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 27, n. 1, p. 183-93, abr. 1993. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v27n1/0080-6234-reeusp-27-1-183.pdf>. Acesso em: 16 set.2017.

OIAPSS. **Documento Base para Construção do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas De Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: www.oiapss.org. Acesso em 16.11.2017.

OKOUDOWA, B. **O português, sua variação e seu ensino na África**: exemplos de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. *Letras & Letras*, v. 31, n. 3, p. 10-27, jul./dez., 2015. Disponível em : <http://www.seer.ufu.br/index.php/letraseletras/article/viewFile/30389/16703>. Acesso em: 16 set. 2017.

OLIVEIRA, M.S.; ARTMANN, E. Características da força de trabalho médica na Província de Cabinda, Angola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 540-550, mar. 2009. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300009>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

OLIVEIRA, M.S.; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 nov. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400006>.

OLIVEIRA, A. **A telemedicina como um novo modelo na prestação de cuidados na saúde pública: implementação em Angola**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Governança do sistema de saúde em Cabo Verde**. 2008. Relatório. disponível em:
<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/208/1/Governa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20de%20Saude%20em%20Cabo%20Verde.pdf>
Acesso em:09 set.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estatísticas Sanitárias 2014**. Genebra: WHO Press, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World health statistics 2016**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genebra: WHO Press, 2016.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

RIZZI, K.R. **O Grande Brasil e os Pequenos PALOP**: A política externa brasileira para Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (1974-2010), 2012. 301 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. **Portal oficial do governo de São Tomé e Príncipe**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/saotomeeprincipe/sobre-o-pais/o-pais>>. Acesso em:16 out.2016.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. **Constituição da República 2003**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/saotomeeprincipe/constituicao/constituicao-da-republica-democratica-de-s.tome-e>> , Acesso em:10 out. 2016.

VALDEZ, T.A.S. **Regionalização e integração sistêmica**: cenários para a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde. 2007. 240 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELOS, A.; FERREIRA, M., CARREIRO,H. São Tomé e Príncipe: 6 anos de cooperação do departamento de pediatria do HFF. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v. 2, n.2, p. 7-11, 2014. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/283710699_SAO_TOME_E_PRINCIPE_6_ANOS_DE_COOPERACAO_DO_DEPARTAMENTO_DE_PEDIATRIA_DO_HFF
acesso em : 18 set.2017.

VIEIRA, A.C.S. et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, Dez.. 2014.