



**Universidade do Minho**  
Escola de Direito

Nelson Alfredo

**O Direito à Saúde Infantil em Moçambique:  
Da (In) suficiência do Regime Jurídico  
e da sua Implementação**



**Universidade do Minho**

Escola de Direito

Nelson Alfredo

**O Direito à Saúde Infantil em Moçambique:  
Da (In) suficiência do Regime Jurídico  
e da sua Implementação**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Direitos das Crianças, Família e Sucessões

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Professora Doutora Patrícia Jerónimo**

dezembro de 2019

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição  
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **Agradecimentos**

### **À Professora Patrícia Jerónimo**

Pelas contribuições valiosas, disponibilidade e colaboração para a consecução deste trabalho.

### **Aos professores do Mestrado**

Que foram fundamentais neste processo

### **À Vivy**

Pelas palavras de apoio, companheirismo, paciência, enfim, pela amizade.

### **Aos colegas do mestrado**

Pela honra de ter compartilhado momentos tão intensos de alegrias, e sucessos.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **O Direito à Saúde Infantil em Moçambique: Da (In) Suficiência do Regime Jurídico e da sua Implementação**

### **RESUMO**

A presente pesquisa visa analisar o quadro legal moçambicano sobre o acesso à saúde infantil como forma de reforçar a sua implementação e conseqüentemente o respeito pelos direitos fundamentais das crianças. Propomo-nos relacionar as convenções internacionais e o direito interno referente aos direitos das crianças como forma de reforçar a sua proteção, discutir as normas de proteção dos direitos das crianças no seio da família, comunidade, da saúde e da educação e, por fim, chamar a atenção para o facto de a infância como uma fase especial no desenvolvimento do ser humano requerer uma proteção específica, através de ações concretas de todos os membros da sociedade. Foi definido como problema de pesquisa até que ponto a existência ou não de um quadro legal sobre direitos das crianças determina o seu respeito. Para enquadrar o desenvolvimento do tema, é feita uma análise descritiva de um conjunto de conceitos relativos aos direitos da saúde infantil, assim como um historial da evolução dos direitos da criança no mundo, bem como dos principais princípios da Convenção dos Direitos da Criança. Do ponto de vista da metodologia foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, elaborada principalmente através de uma análise de livros, artigos de periódicos e outros documentos relevantes sobre a matéria em estudo. A pesquisa permitiu-nos chegar à posição conciliadora de que não é suficiente a existência apenas de normas internacionais e internas para o efectivo respeito dos direitos da criança, é necessário que o Estado defina políticas que permitirão a transformação de práticas enraizadas na submissão da criança no mundo adulto, desconsiderando as suas necessidades específicas.

**Palavras-chave:** Direitos da criança; Direito à saúde infantil; Infância.

# **The Right to Child Health in Mozambique: The (In) Sufficiency of the Legal Regime and its Implementation**

## **ABSTRACT**

This research aims to analyze the Mozambican legal framework on access to child health as a way to reinforce its implementation and consequently respect for the fundamental rights of children. We propose to relate international conventions and domestic law relating to children's rights as a means of strengthening their protection, to discuss norms for the protection of children's rights within the family, community, health and education, and finally draw attention to the fact that childhood as a special phase in human development requires specific protection through the concrete actions of all members of society. It has been defined as a research problem to what extent the existence or otherwise of a legal framework on children's rights determines its respect. To frame the development of the theme, a descriptive analysis is made of a set of concepts related to the rights of child health, as well as a history of the evolution of the rights of the child in the world, as well as the main principles of the Convention of the Rights of the Child. From the point of view of the methodology, a bibliographical research was developed, elaborated mainly through an analysis of books, journal articles and other relevant documents on the subject under study. The research has allowed us to arrive at the conciliating position that it is not sufficient to have only international and internal standards for the effective respect of the rights of the child. It is necessary for the State to define policies that will allow the transformation of practices rooted in the submission of the child in the adult context, disregarding their specific needs.

**Keywords:** Childhood; Rights of the child; the right to child health.

## Índice

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	x
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	4
1. Revisão Conceitual dos Termos Básicos .....	4
1.1. Infância.....	4
1.1.1. Infância na Antiguidade .....	4
1.1.2. Infância na Idade Média .....	6
1.1.3. Infância na Idade Moderna .....	6
1.1.4. Infância na Idade Contemporânea .....	8
2. Evolução dos Direitos da Criança .....	9
2.1. Declaração de Genebra (1924).....	10
2.2. Declaração dos Direitos da Criança (1959).....	12
2.3. Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) .....	14
3. A proteção do direito à saúde infantil na Convenção sobre os Direitos da Criança .....	20
<b>CAPÍTULO II</b> .....	23
1. Direito à Saúde nos Principais Instrumentos Normativos Internacionais .....	23
1.1. Direito à Saúde .....	23
2. Instrumentos Internacionais de Proteção do Direito à Saúde .....	26
2.1. Direito à Saúde na Declaração Universal dos Direitos do Homem.....	26
2.2. O Direito à Saúde no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 1966 .....	28
2.3. O Direito à Saúde na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos .....	36
<b>CAPÍTULO III</b> .....	40
1. Quadro Nacional de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança no Acesso à Saúde .....	40
1.1. Instrumentos Internacionais de Proteção da Criança e o seu impacto na ordem jurídica moçambicana .....	40
1.1.1. Convenção sobre os Direitos da Criança .....	40
1.1.2. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia Infantil.....	41



1.1.3.	Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados .....	42
1.1.4.	Convenção n.º 138 da OIT de 1973 sobre a idade mínima para admissão ao emprego.....	42
1.1.5.	Convenção n.º 182 da OIT de 1999 sobre a Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para a sua Eliminação.....	43
1.1.6.	Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança (CABEC) .....	44
2.	A Posição dos Instrumentos Internacionais de Proteção da Criança no Ordenamento Jurídico Moçambicano.....	45
3.	Normas internas de proteção dos direitos da criança no acesso à saúde.....	47
3.1.	Legislação Infraconstitucional de Proteção da Criança .....	49
3.1.1.	Lei de Bases de Proteção da Criança – Lei n.º 7/2008, de 9 de Julho .....	50
3.1.2.	Lei da Organização Jurisdicional de Menores – Lei n.º 8/2008, de 9 de Julho .....	51
3.1.3.	Lei sobre Tráfico de Pessoas – Lei n.º 6/2008, de 9 de Julho .....	52
3.1.4.	Lei da Família – Lei n.º 10/2004, de 25 de Agosto .....	53
3.1.5.	Código de Registo Civil – Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de Março .....	54
3.1.6.	Lei sobre Tráfico de Pessoas – Lei n.º 6/2008, de 9 de Julho .....	54
3.1.7.	Lei do Trabalho – Lei n.º 23/2007, de 1 de Agosto .....	56
3.1.8.	Código Penal – aprovado pela Lei n.º 35/2014, de 31 de Dezembro .....	56
3.1.9.	Lei do Sistema Nacional de Educação, Lei n.º 6/92 de 6 de Maio.....	57
3.1.10.	Despacho Ministerial n.º 39/GM/2003, de 5/2012,.....	57
3.1.11.	Diploma Ministerial n.º 129/2007, de 3 de Outubro – Código de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.....	58
3.1.12.	Lei n.º 4/2007 de 7 de Fevereiro – Lei de Proteção Social.....	59
3.1.13.	Lei n.º 25/91 de 31 de Dezembro - Sistema Nacional da Saúde .....	59
4.	Quadro Político de Proteção da Criança.....	62
4.1.	Plano de Ação para a Criança (PNAC II) 2013-2019 .....	62
4.2.	Plano Estratégico da Saúde (2014-2019) .....	63
4.3.	Política Nacional de Educação (PNE) .....	63
4.4.	Plano de Ação para Redução da Pobreza (PARP) .....	63
5.	Quadro Institucional de Proteção da Criança .....	64
5.1.	Ministério da Saúde (MISAU) .....	64
5.2.	Ministério do Género, Criança e Ação Social .....	64

5.3.	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano .....	64
5.4.	Ministério da Justiça e Assuntos Constitucionais e Religiosos .....	65
5.5.	Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social .....	65
5.6.	Ministério do Interior .....	65
5.7.	Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar .....	65
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>67</b>
1.	Exercício do Direito à Saúde Infantil nos Espaços Estruturais .....	67
1.1.	Direito à Saúde Infantil na Família .....	67
1.1.1.	Violência sexual.....	68
1.1.2.	Violência doméstica: vitimização indireta da criança.....	73
1.1.3.	Maus-tratos e Negligência contra a Criança.....	78
1.1.4.	Ritos de Iniciação .....	79
1.2.	Direito à Saúde Infantil nas Instituições de Ensino .....	81
1.2.1.	Violência física nas escolas.....	85
1.2.2.	Abuso Sexual nas Escolas Moçambicanas .....	88
1.3.	Direito à Saúde Infantil nos Serviços de Saúde.....	92
1.3.1.	Infraestruturas e distância aos serviços de saúde.....	94
1.3.2.	Insuficiência de Pessoal Técnico de Saúde .....	96
1.3.3.	Negligência profissional no setor da saúde.....	96
1.3.4.	Falta de Medicamentos .....	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		<b>101</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CABEC – Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança

CADHP – Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

CP – Código Penal

CRM – Constituição da República de Moçambique

CRPM – Constituição da República Popular de Moçambique

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EGFAE – Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado

EP1 – Escola Primária do Primeiro Grau

EP2 – Escola Primária do Segundo Grau

ES1 – Escola Secundária do Primeiro Grau

ES2 – Escola Secundária do Segundo Grau

EUA – Estados Unidos da América

FDC – Fundação de Desenvolvimento Comunitário

FRELIMO – Frente da Luta de Moçambique

HIV/SIDA – Human Immunodeficiency Virus (em Inglês) e Síndrome da imunodeficiência adquirida

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde

INCAF – Inquérito Contínuo de Agregados Familiares

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

MICS – Inquérito de Indicadores Múltiplos

MISAU – Ministério da Saúde

MT - Metical

NU – Nações Unidas

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PARP – Plano de Ação para Redução da Pobreza

PEE – Plano Estratégico de Educação

PESS – Plano Estratégico do Setor da Saúde

PGR – Procuradoria-Geral da República

PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais

PNAC – Plano Nacional de Ação para a Criança

PNE – Plano Nacional de Educação

PPMI – Programa de Proteção Materno-Infantil

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

PSMI/PF-PAV - Programa de Saúde Materno-Infantil, Planeamento Familiar e Programa Alargado de Vacinação

RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana

ROSC – Rede das Organizações da Sociedade Civil

SMI – Saúde Materno Infantil

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TB – Tuberculose

UA – União Africana

UIPI – União Internacional de Proteção à Infância

UNICEF – United Nations Children´s Fund (em Inglês)

UTREL – Unidade Técnica de Reforma Legal

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VAT – Vacina Antitetânica

VIH/SIDA – Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de imunodeficiência Adquirida

WLSA - Women and Law in Southern Africa

## INTRODUÇÃO

O conceito de criança nunca foi e continua a não ser unívoco, ou seja, é um conceito que admite, como tem sido ao longo da história, concepções diferentes que vão sendo retomadas e ressignificadas, servindo-se de elementos sociais, políticos, económicos e culturais extraídos dos contextos onde se realiza. Daí decorre a importância de se ter clareza quanto à utilização deste termo.

A consideração da criança como sujeito de direitos à semelhança do adulto resulta de uma longa trajetória que acaba por ser reconhecida no decurso do séc. XX, daí considerar-se a infância como moderna e posterior a existência da própria ideia de criança como ser humano, havendo ainda muito por estudar a respeito do reconhecimento do seu lugar na sociedade.

Os vários estudos sobre a infância realizados revelam que a questão da sua representação passa, paulatinamente, a ter um lugar de relevo no âmbito das principais preocupações das sociedades modernas e que culminaram com o surgimento de um tema tão importante como o foi, e continua a ser, o dos direitos da criança e da sua cidadania.

Após esse longo percurso, a afirmação dos direitos da criança ocorreu definitivamente com a aprovação daquilo que pode ser considerado como um verdadeiro estatuto jurídico e libertador, a Convenção dos Direitos das Crianças de 1989. Foi a partir deste momento em que se decidiu valorizar a criança como sujeito de direitos, inclusive com direitos de participação, imprescindíveis para a sua liberdade, é que se assume o seu estatuto de cidadão.

Em muitos lugares do mundo, principalmente nos Estados em vias de desenvolvimento, apesar do comprometimento dos respetivos governos, através de ratificação de convenções internacionais, aprovação de normas que visam a proteção dos direitos da criança, os mesmos ainda continuam longe da sua efetivação, devido a inexistência de políticas claras, as precárias condições do sistema de saúde, de educação, abuso sexual de menores, maus-tratos, trabalho infantil, negligência, entre outros males que afetam diretamente o seu desenvolvimento harmonioso.

Em Moçambique, o movimento pelos direitos da criança começa na década de 90 com a aprovação dos mais importantes instrumentos da sua proteção da criança como cidadã. Verifica-se, no entanto, que o debate teórico em torno da infância e cidadania merece ainda uma maior atenção para explicitar as nuances que envolvem essa relação.

Apesar do corpo legal apontar as diretrizes que contribuem para a valorização das crianças enquanto cidadãs de direitos, existe um longo caminho a trilhar para que de facto ocorra uma transposição da compreensão em nível teórico para a construção de novas práticas na defesa e promoção dos direitos das crianças.

Assim a presente pesquisa desenvolve-se em torno da temática dos direitos da criança, mais virada para o direito à saúde, o qual tem como eixo de análise o relacionamento entre o exercício do direito à saúde infantil e o quadro jurídico existente. Nesse sentido, propõe-se contribuir com uma análise mais aprofundada da questão dos direitos da criança à saúde consagrados na lei e a sua implementação na prática.

Se as crianças representam o futuro, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial, e para o efeito é necessária a criação de projetos e ações voltadas para a promoção de saúde de modo que possa mostrar para as mesmas a importância de se conhecer meios e métodos de melhorar sua qualidade de vida.

Do ponto de vista metodológico será desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e com material disponibilizado na internet. Em conformidade com o objetivo central desta pesquisa, recorre-se a análise documental como forma de coleta das informações necessárias ao estudo pretendido para as possíveis reflexões.

A pesquisa está organizada em quatro capítulos, sendo que no primeiro que intitulamos “Enquadramento Teórico e Desenvolvimento das Concepções sobre a Infância”, discute-se o conceito de infância nos diferentes momentos históricos até à contemporaneidade, destacando sempre os principais pensadores sobre a infância.

O segundo capítulo que designamos “Direito à Saúde nos Principais Instrumentos Normativos Internacionais”, faz uma análise sobre como foi tratado o direito à saúde nos diferentes documentos normativos internacionais, começando pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais de 1966, Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e o Comentário Geral nº 14 do Comité das NU dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais sobre o Direito à Saúde.

O terceiro capítulo sobre “Quadro Jurídico Internacional e Nacional de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança no Acesso à Saúde” faz uma análise dos principais instrumentos jurídicos

internacionais e nacionais sobre o direito da criança no acesso à saúde, procurando mostrar principais avanços e desafios colocados por esses documentos.

A análise de como é o “Exercício do Direito à Saúde Infantil nos Espaços Estruturais” compõe o último capítulo do nosso estudo e procura mostrar, através de dados reais, até que ponto é o exercício do direito à saúde infantil em Moçambique, principais conquistas e os desafios que ainda subsistem na sua materialização.



# CAPÍTULO I

## 1. Revisão Conceitual dos Termos Básicos

### 1.1. Infância

O conceito de infância passou por muitas etapas no seu processo de construção, pelo que, para melhor compreensão, é imprescindível compor uma breve apresentação da evolução que se foi observando ao longo da história até à atualidade.

Segundo Michele Bredel de Castro, quando falamos da infância, é comum observar que a ideia que as pessoas têm de infância vai depender do contexto onde nasce e se desenvolve o indivíduo, bem como das realidades sociais, desde questões de natureza cultural, política, económica e históricas<sup>1</sup>. É por essa mesma razão que qualquer conceito de infância a avançar vai requerer que se faça um enquadramento sobre a época na qual esse conceito assenta, suas referências, porque a infância na sociedade contemporânea é muito diferente do que foi nos períodos históricos anteriores, como, de seguida, passamos a analisar.

#### 1.1.1. Infância na Antiguidade

Foi na Antiguidade Clássica que a criança começou a ser vista como algo diferente da natureza. Esta conceção, de acordo com Lígia Monteiro, limitava-se a colocá-la em duas posições de irrefutável contraposição: uma que a situava no campo sobre-humano e outra que a posicionava no campo da dita criança real<sup>2</sup>. No primeiro campo, a criança era vista como algo divino, dotada de capacidades sobrenaturais que lhe permitiam exprimir os seus sentimentos logo após o nascimento. No segundo plano, o plano mais importante para o nosso estudo (campo real), a criança era olhada como um ser inferior, sob domínio do homem adulto; era vista como um homem imaturo e incompleto e que carecia do adulto para satisfazer as suas necessidades, daí a sua *servidão*. Era, sobretudo, um ser humano em projeto.

Seguindo ainda os ensinamentos de Lígia Monteiro,

---

<sup>1</sup> Cf. Michele Guedes Bredel de CASTRO, *Noção de Criança e Infância: Diálogos, Reflexões, Interlocações*, Universidade Federal Fluminense, s/d, p. 3, disponível em [http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes\\_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04\\_02.pdf](http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf) [22.10.2019].

<sup>2</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança: Perspectiva Histórica e Desafios Pedagógicos*, Braga, Universidade do Minho, 2006, p. 20, disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6207/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20L%C3%ADgia%20Monteiro.pdf> [22.10.2019].

<sup>3</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 21.

As sociedades tradicionais tinham um sentimento da infância caracterizado pela superficialidade: a criança ou era colocada no plano sobre-humano ou abaixo da humanidade, representada pelo adulto e, neste caso, era encarada como se tratasse de alguém cuja situação de pouca capacidade e improdutividade não merecesse grande atenção, sendo, por isso, desprovida de afecto e real vinculação no sentido mais intrínseco do sentimento<sup>4</sup>.

No campo da saúde infantil, foi Hipócrates (460-377 a.C.) que começou a mostrar alguma preocupação pelo problema, ao explicar doenças relacionadas com a dentição das crianças. Por outro lado, com Aristóteles (384-322 a.C.) iniciam-se os estudos sobre Psicologia Infantil, virados para a educação da criança, destacando os primeiros sete anos de vida, durante os quais não se devia fazer qualquer exigência de estudo ou de trabalho à criança, para que o seu crescimento físico e mental não fosse impedido<sup>5</sup>.

Apesar destes desenvolvimentos, é comumente aceite na doutrina que, na Antiguidade Clássica, não havia ainda atenção ao respeito pelas necessidades particulares da criança.

Foi em busca da ideia de infância que a tradição romana, de acordo com Neil Postman, estabeleceu uma “conexão, aceita pelos modernos, entre a criança em crescimento e a noção de vergonha. Este foi um passo crucial na evolução do conceito de infância, [é] que sem uma noção bem desenvolvida de vergonha, a infância não pode existir”<sup>6</sup>.

Para os romanos, a relação entre a infância e a vergonha era vista como importante no sentido de que devia ter-se cuidado para que a criança não desvendasse os segredos do mundo adulto, pois era, naquele contexto, o elemento diferenciador entre o adulto e a criança.

Os avanços que esta fase histórica registou na compreensão da infância, através da noção de vergonha, caracterizada pela proteção desta dos segredos dos adultos, principalmente dos segredos sexuais, foram muito importantes.

Embora em nada se assemelhe com o entendimento atual sobre a infância, é inegável que foi nesta época histórica que foram colocados os primeiros alicerces do que viria ser a preocupação sobre a infância<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança, op. cit.*, p. 21.

<sup>5</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança, op. cit.*, p. 25.

<sup>6</sup> Cf. Neil POSTMAN, *O Desaparecimento da Infância*, Rio de Janeiro, Graphia, 2002, p. 23.

<sup>7</sup> Cf. Roberto de ROSSI, *Direitos da Criança e Educação: Construindo e Ressignificando a Cidadania na Infância*, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2008, p. 25, disponível em

<http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/dissertacoes/2008/2008%20%20ROSSI.%20Roberto%20de.pdf> [23.10.2019].

### **1.1.2. Infância na Idade Média**

Com o advento da Era Cristã, assistiu-se ao desenvolvimento de uma concepção de infância que, em grande medida, era representada numa perspectiva religiosa. Nesta Era histórica, destacaram-se nomes como Santo Agostinho, que caracterizou a infância como uma idade não inocente, nutrida por ciúmes, sujeita, sem qualquer resistência, à carne, dedicada aos prazeres viciosos, ações vergonhosas, cruéis e ímpias. Para o teólogo, a infância é o mais forte testemunho de uma condenação lançada contra a totalidade dos homens, pois ela evidencia como a natureza humana se precipita para o mal<sup>8</sup>.

A condenação pela Igreja do aborto e do infanticídio configuraram-se como sinais de forte preocupação com a sobrevivência da criança e com a necessidade de a assegurar contra os progenitores.

Embora não haja consenso entre os diferentes autores que analisaram a evolução da história da infância, relativamente ao seu reconhecimento, entendemos que houve avanços significativos nesta época, particularmente na adoção de medidas que visavam recolher as crianças que eram abandonadas pelas respetivas famílias, segundo pela já mencionada condenação pela Igreja do aborto e do infanticídio, o que permitiu que muitas chegassem à vida adulta.

Foram, portanto, sinais de respeito da infância como uma fase de desenvolvimento do ser humano muito frágil em que a manutenção da sua sobrevivência dificilmente era assegurada sem a presença de um adulto<sup>9</sup>.

### **1.1.3. Infância na Idade Moderna**

A Idade Moderna é unanimemente considerada a Era da concepção da infância, como uma fase de particular importância no desenvolvimento do ser humano. Nesta época da história, inicia-se uma busca da representação da criança como sujeito de direito, mas, na prática, a criança continuou a ser considerada como sujeito sem direitos, como um ser frágil, merecedor de uma proteção especial de todos, particularmente dos pais, a quem eram conferidas responsabilidades acrescidas na sua concretização.

---

<sup>8</sup> Cf. Roberto de ROSSI, *Direitos da Criança e Educação*, op. cit., p. 26.

<sup>9</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 45.

Dentre os vários autores, importa destacar Hobbes e Locke, pois foi com eles que, pela primeira vez, se advogou a revisão da ideia do poder paternal, caracterizado pelo absolutismo, devendo-se reconhecer o importante papel da mulher na geração e educação da criança, uma vez que só assim é que se estaria a agir de acordo com os princípios do direito e pelo respeito da infância<sup>10</sup>.

Rousseau foi outro autor que teve destaque ao defender, na sua obra, *Emílio*, através de temas filosóficos e políticos, a necessidade de a sociedade adotar uma forma diferenciada de entendimento da educação da criança. O autor defendia a ideia de que, sendo o homem um ser bom por natureza, mas corruptível como resultado do seu convívio na sociedade, era importante uma educação que olhasse para o homem como tal e não como cidadão, que respeitasse os ritmos de crescimento e da valorização das características específicas de cada idade, particularmente as da fase infantil<sup>11</sup>.

O que se pretendia, em última análise, era que a criança aprendesse sozinha, sem a intervenção direta do adulto (que teria o papel de controlador desse mesmo processo), porque ela teria inteligência e capacidades suficientes para o efeito.

Philippe Ariès, na sua obra *História Social da Criança e da Família*, na descrição de algumas representações da infância ao longo da história, desenvolve o conceito do sentimento da infância, em que a “consciência da particularidade infantil que distingue essencialmente a criança do adulto não existia, uma vez que esta era tida como um adulto em miniatura, desprovida de características próprias”<sup>12</sup>.

Com a intervenção destes teóricos, a infância ganhou reconhecimento como uma fase em que a criança é merecedora de um respeito igual a de todo o ser humano adulto, sendo que, devido às características físicas desta idade, todos, particularmente os progenitores, devem estar na linha da frente para a sua defesa como forma de garantir que esta se desenvolva e atinja a fase da maturidade de forma sã. Foi com a intervenção destes autores que, na modernidade, se conquistou a infância, por ter sido nesta fase histórica que a criança passou a ocupar um lugar central na vida da comunidade, que reconheceu a sua necessidade de cuidados e proteção especiais, tendo em conta as particularidades do seu estágio de desenvolvimento.

---

<sup>10</sup> Cf. Lúcia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 64.

<sup>11</sup> Cf. Roberto de ROSSI, *Direitos da Criança e Educação*, op. cit., p.33.

<sup>12</sup> Cf. Phillippe ARIÈS, *História Social da Criança e da Família*, tradução de Dora Flaksman, 2.ª ed., Rio de Janeiro, LCT, 2006, p. 156.

#### 1.1.4. Infância na Idade Contemporânea

Esta nova Era trouxe uma nova concepção da infância, que se caracteriza pela consagração de um conjunto de direitos próprios da criança tendo em conta a sua idade. Entra-se, portanto, numa fase caracterizada por uma maior preocupação de perceber as especificidades e particularidades da criança. Neste processo, foi muito importante a pedagogia antes desenvolvida por Rousseau que definia a educação da criança em função das suas aspirações e não em função das aspirações do mundo dos adultos<sup>13</sup>.

O lento processo de reconhecimento da criança como sujeito de direitos encontra seu apogeu com a colocação dos seus progenitores como titulares de deveres e obrigações parentais, afastando, desse modo, a ideia de autoridade absoluta dos pais sobre a criança<sup>14</sup>.

A primeira questão de fundo que se discute na contemporaneidade é o direito da criança à liberdade. Embora se reconheça que a criança não pode gozar de liberdade de forma plena, devido à sua incapacidade, ganha força a ideia de que a criança também não pode simplesmente ser privada dela<sup>15</sup>.

A relação adulto-criança é outro aspeto que também mereceu destaque no período contemporâneo, porque a criança ganha um lugar próprio, liberdade, o que torna inevitável a sua separação do adulto, embora este tenha continuado com um papel importantíssimo para garantir o seu desenvolvimento. É por isso que, apesar das diferenças existentes, sejam elas naturais, sociais, culturais, a criança passou a merecer uma certa atenção da comunidade, nas lideranças públicas, privadas e religiosas<sup>16</sup>.

É também nesta fase histórica que se materializa, segundo Simão, o rompimento com as concepções negativistas, já que, nestas concepções, a criança era vista como a fase do desenvolvimento do “ainda não”, onde a mesma é um projeto do adulto, antes de passar da irracionalidade para a racionalidade, da imaturidade para a maturidade, do não saber para o saber<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> Cf. Roberto de ROSSI, *Direitos da Criança e Educação*, op. cit., p. 39.

<sup>14</sup> Cf. Fúlvia ROSEMBERG e Carmen Lúcia Sussel MARIANO, “A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: Debates e Tensões”, in *Cadernos de Pesquisa*, vol. 40, n.º 141, 2010, pp. 693-728, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n141/v40n141a03.pdf> [23.10.2019].

<sup>15</sup> Cf. Roberto de ROSSI, *Direitos da Criança e Educação*, op. cit., p. 125.

<sup>16</sup> Cf. Antônio Carlos Gomes da COSTA, “Infância, juventude e política social no Brasil”, in AAVV, *Brasil Criança Urgente*, Coleção Pedagogia Social. v. 1, São Paulo, Columbus Cultural Editora, 1990, p. 19.

<sup>17</sup> Cf. Márcia Buss SIMÃO, *Crianças, Infâncias, Educação e Corpo*, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Educação na Pequena Infância da UFSC, 2007, p. 6, disponível em <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/165> [23.10.2019].

Apesar dos inegáveis avanços registados na busca do sentido da infância, a sua conceção está em permanente construção e, hoje, a criança é considerada como alguém que tem sua própria identidade, seus próprios direitos. Esse reconhecimento ainda não é suficiente para que todas as crianças gozem plenamente desses direitos por causa da pobreza, guerras, doenças como VIH/SIDA, entre outros males que impedem a efetivação dos mesmos.

Deixando de lado os constrangimentos para efetivação dos direitos, o mais importante é olhar para a infância, na perspetiva definida por Gonzales Arroyo, criança como cidadã, criança como ser vivo, criança como ser cultural, criança como ser social<sup>18</sup>.

## **2. Evolução dos Direitos da Criança**

O século XX foi caracterizado pela aprovação de políticas educativas, pedagógicas, tendentes à promoção e defesa dos direitos da criança, que, durante muito tempo, se mantiveram quase que inexistentes, com pouca ou nenhuma inserção no cenário jurídico internacional.

A crescente ideia de que as crianças representam o futuro das sociedades só encontrou lugar com o surgimento de algumas organizações não-governamentais, das quais importa destacar o *Save the Children Fund International Union*, fundada em 1914 pela ativista inglesa Eglantyne Jebb, que tinha como objeto de sua atuação o bem-estar das crianças<sup>19</sup>. O que esta organização e tantas outras pretendiam era que a criança passasse de uma situação de “não sujeito” de direitos para “sujeito” de direitos. Entende-se, seguindo ensinamento de Mota Pinto, como sujeito de direitos “entes susceptíveis de serem titulares de direitos e obrigações, de serem titulares de relações jurídicas”<sup>20</sup>, ou seja, é sujeito de direitos aquele a quem uma determinada ordem jurídica atribui direitos e impõe obrigações.

É por isso que os movimentos que surgiram na luta pela consideração da criança como sujeito de direitos e deveres entendiam, como concluem Soares e Tomás, que,

---

<sup>18</sup> Cf. Miguel GONZALES ARROYO, “O significado da infância”, in AAVV, *Anais do I Simpósio Nacional de Educação Infantil*, Brasília, MEC/SEF/DPE/COEDI, 1994, p. 89.

<sup>19</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 117.

<sup>20</sup> Cf. Carlos Alberto da Mota PINTO, *Teoria Geral do Direito Civil*, 4.ª ed., Coimbra, Coimbra Editora, 2012, p.144.

A questão a criança como sujeito de direitos implica uma consideração mais profunda sobre a ação humana e o seu entrelaçamento com o pensar e o ser. Um sujeito de direitos só o é na medida em que a sua ação é *a priori* considerada válida e manifestação singular do seu ser<sup>21</sup>.

Há, segundo as mesmas autoras, a necessidade de se garantir “uma dupla consciencialização: das crianças enquanto sujeitos de direitos ativos e participativos e, dos adultos, enquanto promotores da necessidade de incentivar e construir espaços onde as crianças se desenvolvam nessa perspectiva”<sup>22</sup>.

Feita a breve análise sobre o surgimento da ideia da infância como uma fase do desenvolvimento muito importante do ser humano, importa, desde já, olhar para alguns documentos que dariam corpo a essa conquista até à consideração da criança como sujeito de direitos, nomeadamente a Declaração de Genebra, de 1924, a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, e a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989.

## **2.1. Declaração de Genebra (1924)**

A Declaração de Genebra foi aprovada a 26 de Setembro de 1924, em Genebra, por unanimidade, com a designação de Declaração dos Direitos da Criança da Sociedade das Nações<sup>23</sup>. Foi o primeiro instrumento internacional a versar especificamente sobre a proteção e defesa da criança, apesar de em nenhum dos seus artigos mencionar direitos e liberdades da criança.

A Declaração de Genebra, composta apenas por cinco artigos, limitou-se ainda a um patamar de promoção de uma consciencialização coletiva de que o adulto tem, cada vez mais, irrefutáveis deveres de proteção para com a criança.

O n.º 1 da Declaração anuncia o princípio da igualdade ao consagrar que “[a] criança deve ser protegida independentemente de qualquer consideração de raça, nacionalidade ou crença”. Face aos episódios que se seguiram após a consagração da Declaração de Genebra, particularmente a II Guerra Mundial, retrocederam sobremaneira a efetivação do princípio da igualdade entre as crianças, levando autores como Monteiro a negar que houvesse, de facto, um interesse na consagração da igualdade

---

<sup>21</sup> Cf. Natália Fernandes SOARES e Catarina Almeida TOMÁS, “Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância”, in M. J. Sarmiento e A. B. Cerisara (orgs.), *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação*, Porto, Edições ASA, 2004, pp. 35-162, disponível em <https://pt.scribd.com/document/47267768/participacao-2004> [23.10.2019];

<sup>22</sup> Cf. Natália Fernandes SOARES e Catarina Almeida TOMÁS, “Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância”, *op. cit.*, pp. 35-162.

<sup>23</sup> Cf. Declaração de Genebra, disponível em [www.uel.br/pos/mestredm/images/stories/downloads/dissertacoes/2008/2008%20-%20ROSSI.%20Roberto%20de.pdf](http://www.uel.br/pos/mestredm/images/stories/downloads/dissertacoes/2008/2008%20-%20ROSSI.%20Roberto%20de.pdf) [23.10.2019].

entre as crianças<sup>24</sup>. Aceitar esta ideia significa também negar toda a boa intenção dos Estados ao consagrar este princípio.

O outro princípio que vale a pena destacar nesta breve análise da Declaração de Genebra é o princípio da proteção plasmado no n.º 3. O princípio da proteção atribui à família um dever especial de proteger a criança contra males como maus tratos, negligência, fome, entre outros, por um lado. Por outro lado, atribui também responsabilidades à sociedade de proteger a criança da sua própria família, reconhecendo que determinados comportamentos que põem em perigo o seu crescimento são e harmonioso podem advir da família em que a criança está inserida.

O quarto princípio versa sobre a necessidade de a criança ser prioritária no recebimento de primeiros socorros em caso de situações de perigo. Esta consagração veio dar mais ênfase de que o acesso à saúde infantil é uma preocupação da humanidade, principalmente no contexto das guerras em que a criança é vítima direta e indireta.

Por fim, o princípio da proteção vai levantar algumas dúvidas quando entra em contraposição com o princípio da preparação da criança para quando chegar o momento ser auto-sustentável, plasmado no n.º 5 da Declaração que, no entendimento de Sarmento e Soares

A ambiguidade permanece quando se procuram referências à necessidade de proteger a criança contra a exploração económica, a qual poderá encontrar algum eco no seu artigo V quando refere que “a criança deve ser colocada em condições de, no momento oportuno, ganhar a sua vida e deve ser protegida contra qualquer exploração”. Ficam, no entanto, as interrogações necessárias, quer em relação à oportunidade do momento considerado mais propício para o início de uma actividade e dos factores que o enformam, quer das possíveis estratégias para proteger a criança<sup>25</sup>.

Em 1948, como resultado da fusão entre a União Internacional de Socorro às Crianças e a Associação Internacional de Protecção à Infância, deu lugar à União Internacional de Protecção à Infância (U.I.P.I)<sup>26</sup>, à Declaração de 1924 sofre ligeiras alterações, tendo, de certa forma, enriquecido a versão anterior, dando enfoque ao que a humanidade devia providenciar à criança para que esta cresça de forma sã e harmoniosa.

---

<sup>24</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 120.

<sup>25</sup> Cf. Manuel Jacinto SARMENTO e Natália Fernandes SOARES, “Os Múltiplos Trabalhos da Infância”, in João Formosinho (org.), *A Criança na Sociedade Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta, 2004, pp. 63-96.

<sup>26</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 116.



Como já vimos, a primeira versão da Declaração avançou a ideia de que, apesar do reconhecimento da criança como um ser que ocupa um lugar próprio na sociedade, o adulto devia ser o centro da efetivação das suas necessidades. A segunda versão da Declaração continuou com este entendimento, mas o centro de toda atenção devia ser a criança, daí que, no seu articulado, evidenciou que a criança devia ser “protegida, alimentada, auxiliada”, etc.

O único artigo que surgiu com a nova versão da Declaração de 1924, artigo 6.º, que introduziu o princípio da solidariedade entre os homens, independentemente das suas diferenças de natureza social e económica. Trata-se de um princípio que estava intrinsecamente entrelaçado com o da igualdade, onde o amor entre os homens devia ser independente das diferenças naturais ou sociais. A ideia da fraternidade entre os homens não devia encontrar barreiras, fronteiras. Era necessário que todos se esforçassem no apoio aos mais necessitados, particularmente às crianças.

Apesar da expectativa que se criou na aprovação deste documento, não teve o impacto que se esperava quanto ao pleno reconhecimento internacional da criança, uma vez que, dependia apenas da vontade dos Estados. A este facto aliou-se também o panorama histórico que já se desenhava em relação ao insucesso da Sociedade das Nações.

No entanto, é inquestionável o seu contributo na consciencialização dos Estados no respeito pela criança, a sua dignidade como ser humano ao condenarem qualquer forma de exploração<sup>27</sup>.

## **2.2. Declaração dos Direitos da Criança (1959)**

Pouco depois da aprovação da Declaração de Genebra, os Estados começaram a sentir um grande vazio jurídico na proteção da criança, o que fez com que se discutissem novas diretrizes que tinham como objetivo sensibilizar os Estados à necessidade de rever a Declaração de Genebra.

O outro fator que acelerou esse processo foi a criação da UNICEF, um departamento dentro das Nações Unidas que, desde sua criação até ao presente momento, tem a defesa e proteção da criança como sua principal função<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Cf. Sérgio Augusto G. Pereira de SOUZA, *A Declaração dos Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos da Criança: Direitos Humanos a Proteger em um Mundo em Guerra*, 2002, p. 2, disponível em <https://jus.com.br/artigos/2568/a-declaracao-dos-direitos-da-crianca-e-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca> [23.10.2019].

<sup>28</sup> Cf. Lígia Cláudia Gonçalves MONTEIRO, *Educação e Direitos da Criança*, op. cit., p. 124.

Foi por estas e outras razões que os Estados, movidos pela consciência de conceder à criança uma proteção mais eficaz em razão das suas particularidades e imaturidade, a 20 de Novembro de 1959 aprovaram o documento que ficou conhecido como a Declaração dos Direitos da Criança<sup>29</sup>, que constituiu um salto significativo quando comparada com a Declaração de Genebra.

Não sendo um documento de carácter vinculativo à semelhança da Declaração de Genebra, a Declaração dos Direitos da Criança assentou na confiança aos Estados para assegurar que a criança desenvolvesse as suas faculdades físicas, intelectuais, morais, sociais e espirituais num ambiente de dignidade e liberdade. Para isso, integrou-se no documento cinco considerandos para justificar o quão era importante criar de uma sociedade onde a criança fosse encarada como um verdadeiro sujeito de direitos, mas que, face à sua imaturidade física e mental, precisava de proteção e cuidados especiais.

A seleção dos princípios que deviam dar maior proteção à criança pode ser vista como marco importante da nova Declaração. Desse exercício resultaram os seguintes princípios: o princípio de a criança gozar de todos os direitos enunciados na Declaração (princípio 1.º); proteção social (princípio 2.º); nome e nacionalidade (princípio 3.º); previdência social (princípio 4.º); educação consoante as suas capacidades físicas, mentais ou sociais (princípio 5.º); amor e compreensão (princípio 6.º); educação gratuita (princípio 7.º); receber proteção e socorro (princípio 8.º); proteção face a qualquer ato de negligência, exploração, crueldade ou exploração (princípio 9.º); e proteção contra atos que indiciem qualquer tipo de discriminação (princípio 10.º).

Analisando alguns dos princípios previstos na Declaração, importa, desde logo, chamar a atenção para o princípio 4.º, por estar alinhado com o estudo que se está a desenvolver, direito ao acesso à saúde infantil.

O princípio 4.º proclamava o direito que a criança tinha de gozar os benefícios da previdência social, tendo “o direito a crescer e criar-se com saúde; para isto, tanto à criança como à mãe, serão proporcionados cuidados e proteção especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, habitação, recreação e assistência médica adequadas”.

Este princípio não constituiu, no seu todo, novidade, uma vez que já vinha proclamado na Declaração de Genebra. De qualquer modo, o princípio ganha maior interesse na presente Declaração,

---

<sup>29</sup> Cf. Declaração dos Direitos da Criança, disponível em [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs\\_referencia/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf) [23.10.2019].

devido à sua maior abrangência, uma vez que alarga os cuidados ou assistência sanitária para o período pré natal, referindo-se aos cuidados de que a mãe deve beneficiar durante a gravidez.

O direito ao acesso à saúde infantil não é um direito novo, pois trata-se de um direito que atravessa séculos, mas cuja efetivação ainda continua deficitária, particularmente em países como Moçambique, onde ainda se assiste a um índice elevado de mortalidade infantil.

O outro princípio que também está em sintonia com o que estamos a analisar e que merece destaque é o princípio 9.º, ao estabelecer que “a criança gozará proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma. Não será permitido à criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral”.

A relevância deste princípio prende-se com o facto de a criança negligenciada, explorada ou vítima de qualquer tipo de tráfico ter consequências na sua saúde física e psicológica, contrariando todo o desiderato que se pretende com a proteção da sua liberdade e dignidade como ser humano, de crescer de maneira harmoniosa e sã.

É indubitável o esforço feito na Declaração dos Direitos da Criança para uma proteção abrangente ou para uma maior tomada de consciência sobre aquilo que se almejava como o lugar da criança na sociedade. Apesar do esforço notável, a presente Declaração, à semelhança da anterior, não escapou à críticas por não ser um documento vinculativo, deixando que os Estados decidam pela sua implementação ou não. Outra limitação não menos importante foi ter deixado de fora alguns direitos como o direito à vida e ter mencionado escassas vezes o papel da família como o primeiro garante de todos os direitos consagrados na Declaração.

### **2.3. Convenção sobre os Direitos da Criança (1989)**

No meio de avanços e recuos em busca de melhor e maior proteção da criança, finalmente os Estados chegaram à conclusão de que era preciso dar um passo muito maior no tratamento das questões sobre a criança, ultrapassando a ideia de que caberia à boa vontade dos Estados implementar os princípios sobre os seus direitos.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)<sup>30</sup> foi adotada por unanimidade pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a 20 de Novembro de 1989, através da resolução n.º 44/25.

Trata-se de um instrumento internacional que veio romper com os anteriores, pois consagra, pela primeira vez na história dos direitos da criança, direitos civis e políticos e direitos de expressão e participação, que, para Soares e Tomás, “são dois atributos fundamentais para o exercício da cidadania”<sup>31</sup>, tornando-se, desta feita, um documento imprescindível para a “consolidação do paradigma da infância com direitos ou da infância cidadã”<sup>32</sup>.

A adoção do texto de 1989 sobre os direitos da criança foi resultado de um longo percurso, durante o qual a criança foi alvo de variadíssimas conotações. Por fim, o reconhecimento da infância transformou-se num instrumento jurídico vinculativo que criou obrigações para os Estados parte, consagrou uma conceção da criança como sujeito titular autónomo de direitos e liberdades (e não já como mero objeto passivo de proteção). Reconheceu-se, portanto, à criança um extenso conjunto de direitos, incluindo tanto direitos civis, como direitos económicos, sociais e culturais.

Em relação à proteção da criança, o texto da Convenção não dispõe, ao longo do seu articulado, sobre “proteção integral da criança”, mas é possível encontrar vários artigos que defendem essa proteção, nomeadamente a não discriminação por motivos raciais, sociais, sexuais, etc. (artigo 2.º); o direito à vida e ao desenvolvimento (artigo 6.º); à saúde (artigo 24.º); à previdência social (artigo 26.º); proteção contra as drogas (artigo 33.º), proteção contra o tráfico de crianças (artigo 35.º); e de todas as formas de exploração, sejam laboral, sexual, militar, etc. (artigos 32.º, 34.º, 36.º, 37.º e 38.º).

Esta consagração levou a que fosse considerada, hoje, entre todos os instrumentos que a antecederam, bastante inovadora na proteção, pois, como observa Soares,

As inovações encontradas ao longo do texto da Convenção revêem-se, por exemplo, no equilíbrio entre os direitos da criança, da família e do Estado; numa noção de dinâmica de infância, onde se atende às consecutivas mudanças na maturidade, personalidade e capacidades, salvaguardando assim a Convenção, o tipo e grau de intervenção relativamente à prestação de cuidados, protecção e liberdades da criança. E, finalmente, ao combinar direitos económicos, com direitos civis e

---

<sup>30</sup> Cf. Convenção sobre Direitos da Criança, disponível em [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf) [23.10.2019].

<sup>31</sup> Cf. Natália Fernandes SOARES e Catarina Almeida TOMÁS, “Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância”, *op. cit.*, pp. 35-162.

<sup>32</sup> Cf. Natália Fernandes SOARES e Catarina Almeida TOMÁS, “Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância”, *op. cit.*, pp. 35-162.

políticos, a Convenção acentua as grandes dimensões necessárias a desenvolver adultos saudáveis, produtivos e socialmente úteis<sup>33</sup>.

A primeira grande inovação da Convenção sobre os Direitos da Criança foi a definição de criança, no seu artigo 1.º, visto que até aí se falava de criança, mas nunca se havia questionado com que idade o ser humano devia ser considerado criança. Para dissipar dúvidas, consagrou-se como criança “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”.

Foi nestes mesmos termos que a definição de criança foi acolhida pela legislação nacional de Moçambique, por exemplo, como teremos oportunidade de analisar mais adiante.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, não só constituiu uma inovação pelo nível de abrangência de direitos reservados à criança, mas também, como observam Rosemberg e Mariano, por reconhecer à criança todos os direitos e todas as liberdades consagradas na Declaração Universal dos Direitos do Homem<sup>34</sup>. Este reconhecimento não afastou a necessidade de olhar-se para aquela mesma criança como um ser humano que ainda carece de atenção especial, devido à sua imaturidade física e intelectual.

Sobre essa mesma questão, Fernandes acrescenta que a Convenção significou um marco a favor do reconhecimento da autonomia da criança, simplesmente porque lhe passou a ser atribuída a possibilidade de esta assumir, de *per si*, o exercício dos seus direitos subjetivos, ao invés de, como se verificou até aí, ser somente reconhecida nos seus direitos-proteção, sendo que, perante tal reconhecimento, beneficiaria de uma proteção jurídica, que apenas ao Estado e aos adultos competia definir e ativar<sup>35</sup>.

O instrumento jurídico em análise assenta em quatro importantes princípios estruturantes, que devem ser tomados em consideração na interpretação e aplicação dos demais preceitos que o compõem. São eles os seguintes: o princípio da não-discriminação; o princípio do interesse superior da criança; o princípio do direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento; e o princípio do respeito pelo direito da criança a ser ouvida e a ver respeitadas as suas opiniões.

---

<sup>33</sup> Cf. Natália SOARES, “Direitos da Criança: utopia ou realidade?”, in Manuel Pinto e Manuel Sarmento (orgs.), *As Crianças: contextos e identidades*, Braga, Coleção Infans, 1997, p. 83.

<sup>34</sup> Cf. Fúlvia ROSEMBERG e Cármen Lúcia Sussel MARIANO, “A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: Debates e Tensões”, *op. cit.*, pp. 693-728.

<sup>35</sup> Cf. António FERNANDES, “Os Direitos da Criança no Contexto das Instituições Democráticas”, in Júlia Formosinho (coord.), *A Criança na Sociedade Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta, 2004, p. 30.

O princípio da não-discriminação está previsto no artigo 2.º da CDC e estabelece que todos os direitos se aplicam a todas as crianças sem exceção fundada na “raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra da criança, de seus pais ou representantes legais, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna, incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação”. Sendo assim, é obrigação dos Estados tomar todas as medidas que se julgarem convenientes para proteger as crianças de todas as formas de discriminação, bem como promover os seus direitos.

Este princípio tem sido interpretado de modo a conferir maior abrangência, referindo-se também à não discriminação contra crianças, por exemplo, infetadas com VIH/SIDA, crianças de rua, crianças que habitam em zonas rurais, remotas, requerentes de asilo, ou mesmo aquela que pode ser feita relativamente aos pais ou representantes legais<sup>36</sup>.

O princípio do interesse superior da criança está previsto no artigo 3.º da CDC e estabelece no sentido de que “todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança”. Trata-se de um princípio que deve merecer consideração primordial sempre que as autoridades públicas ou privadas pretendam tomar decisões que, pela sua natureza, podem afetar a criança, mas também assegurar que o Estado garanta à criança cuidados adequados quando os pais ou outras pessoas responsáveis por ela não tenham capacidade para o fazer.

Apesar de a sua implementação representar um enorme desafio para muitos Estados, constitui o princípio orientador de toda a Convenção, “na medida em que todas normas nela contidas têm razão de ser a defesa e a promoção do interesse superior da criança e este só será salvaguardado se todas as normas constantes da *Convenção* forem devidamente cumpridas”<sup>37</sup>.

No mesmo sentido, Albuquerque explica que,

Qualquer interpretação do conceito de interesse superior da criança deve ser consistente com o espírito de toda a convenção – e com especial enfoque na circunstância de que a criança é um

---

<sup>36</sup> Cf. Vital MOREIRA e Carla de Marcelino GOMES (coords.), *Compreender os Direitos Humanos*, 3.ª ed., Coimbra, Centro de Direitos Humanos Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012, p. 307.

<sup>37</sup> Cf. Patrícia JERÓNIMO, “Os direitos da criança em Timor-Leste”, in Luís Couto Gonçalves *et al.* (orgs.), *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Hörster*, Coimbra, Almedina, 2012, p. 1067.

indivíduo com pontos de vista e sentimentos próprios e sujeito tanto de direitos civis e políticos como beneficiário de proteção especial<sup>38</sup>.

A consistência será sempre um desafio para o aplicador da norma, pois o princípio do interesse superior da criança é evasivo, aberto e indeterminado, permite uma variedade de interpretações e modos de aplicação, o que significa que a sua implementação, em uma determinada situação, não conduzirá necessariamente a um determinado resultado<sup>39</sup>. Apesar da divergência que pode eclodir do indeterminismo do próprio princípio do interesse superior da criança, a sua interpretação estará correta se defender a necessidade de as políticas públicas e privadas colocarem em primeiro plano a melhoria de vida da criança. Para o efeito, é necessário garantir que seja adotada a melhor solução dentro daquele mesmo contexto em que a criança se encontra inserida.

O princípio do direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento encontra-se estabelecido no artigo 6.º da Convenção e consagra no seu n.º 1 que “[o]s Estados Partes reconhecem à criança o direito inerente à vida”. E no seu n.º 2 estabelece a que “[o]s Estados Partes asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança”. O que se pretende com este princípio é criar uma obrigação aos Estados Parte, não só de reconhecer o direito à vida de que as crianças são titulares, mas também promovê-lo e abster-se de todas as práticas que possam pôr em causa este direito. A sua efetivação passa pela criação de condições de modo a garantir que as crianças cresçam num ambiente livre de insegurança causada pela violência das guerras e pobreza, promovendo o direito de viver sem medo e sem privações, com oportunidades iguais de desenvolver o seu potencial humano<sup>40</sup>.

O princípio do respeito pelo direito da criança a ser ouvida e a ver respeitadas as suas opiniões, consagrado no artigo 12.º da Convenção, implica o direito da criança de livremente expor a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração, de acordo com a sua idade e maturidade.

O princípio de participação, de a criança ser ouvida é sinal claro de mudança de paradigma no tratamento da criança, pelo facto de ela deixar de ser um objeto de proteção do adulto e passar a ser um sujeito autónomo de direitos, participar na tomada de decisões, principalmente nos assuntos que lhe dizem respeito e que terão um impacto direto na sua vida. O direito de participação surge como a

---

<sup>38</sup> Cf. Catarina ALBUQUERQUE, *Avanços e Desafios na Defesa dos Direitos da Criança: Princípio do Interesse Superior da Criança*, 2014, disponível em <https://www.cnpdpj.gov.pt/direitos-das-criancas/textos-avulsos/o-principio-do-interesse-superior-da-crianca.aspx> [23.10.2019].

<sup>39</sup> Cf. Patricia JERÓNIMO e Nadine FINCH, *Judicial Implementation of Article 3 of the Convention on the Rights of the Child in Europe*, Bruxelas, UNICEF, 2012, p. 12.

<sup>40</sup> Cf. Vital MOREIRA e Carla de Marcelino GOMES (coords.), *Compreender os Direitos Humanos*, op. cit., p. 310.

única forma de eliminar políticas que eram marcadas, como considera Tomás, pela “ausência da participação da criança, com reforço do poder do adulto e subordinação das crianças”<sup>41</sup>, na tomada de decisões sobre assuntos a respeito dos quais as crianças, pelo seu nível de maturidade, podiam ser consultadas ou ouvidas.

Os direitos consagrados na Convenção foram definidos em três grandes categorias, que Thomas chamou de “direitos de provisão, proteção e de participação”<sup>42</sup>. Os direitos de provisão são os que se inserem no quadro dos reconhecidos como direitos sociais, nomeadamente o direito à vida e ao desenvolvimento (artigo 6.º), direito à identidade e nacionalidade (artigo 7.º), direito à família na qual a criança possa crescer e ser educada (artigo 9.º), direito à habitação (artigo 20.º), direito à saúde (artigo 24.º) e direito à educação (artigo 28.º). Os direitos de proteção são garantidos por um conjunto de comportamentos adotados pela família, comunidade e pelo Estado de modo a proteger a criança contra qualquer tipo de discriminação (artigo 2.º), contra maus tratos e negligência (artigo 19.º), contra exploração sexual (artigo 34.º) e tortura e privação de liberdade (artigo 37.º). Por último, os direitos de participação visam criar condições para que a criança seja consultada e ouvida sobre todas as questões que afetam a sua vida e dê sua opinião (artigo 12.º), liberdade de expressão (artigo 13.º), liberdade de pensamento, consciência e religião (artigo 14.º) e liberdade de associação (artigo 15.º).

A distinção que se faz entre os direitos de provisão, proteção e participação, na opinião de Sarmiento, é meramente analítica, pois, na prática, estes direitos estão interligados.

A tradicional distinção entre direitos de protecção (do nome, da identidade, da pertença a uma nacionalidade, contra a discriminação, os maus-tratos e a violência dos adultos, etc.) de provisão (de alimento, de habitação, de condições de saúde e assistência, de educação, etc.) e de participação (na decisão relativa à sua própria vida e à direção das instituições em que atua), constitui uma estimulante operação analítica. Não obstante, a distinção analítica não apenas pode gerar uma hierarquia, como favorece uma percepção errônea da própria natureza desses direitos. Com efeito, a interdependência dos diferentes direitos é a condição da sua própria realização. Não se vê, por exemplo, como garantir a participação das crianças nas políticas de escola e na definição das respetivas lógicas de ação, se não garante a provisão educacional aferida por critérios de qualidade,

---

<sup>41</sup> Cf. Catarina TOMAS, “Paradigmas, imagens e concepções da infância em sociedades mediatizadas”. in *Média e Jornalismo*, n.º 11, 2007, pp. 119-134, disponível em <http://fabricadesites.fcsh.unl.pt/polocidigital/wp-content/uploads/sites/8/2017/04/n11-07-catarina-tomas.pdf> [23.10.2019].

<sup>42</sup> Cf. Nigel THOMAS, “Children’s rights: Policy into practice”, in *Centre for Children and Young People Background Briefing Series*, n.º 4, 2011, p. 4, disponível em [https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=ccyp\\_pubs](https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=ccyp_pubs) [23.10.2019].



em que o principal é, precisamente, a garantia do direito de participação em condições reais de igualdade e não discriminação<sup>43</sup>.

Contudo, não se pode negar que, no campo prático, a hierarquia, embora errónea, gerada pela distinção dos direitos de provisão, de proteção e de participação, tem influenciado os Estados na definição de prioridades, sendo notável, no caso de Moçambique, a existência de um hiato bastante acentuado entre a luta pela efetivação dos direitos de provisão, como a mortalidade materna, desnutrição, educação inclusiva, saúde, entre outros, sendo ainda os mais patentes no Plano Quinquenal do Governo 2015-2019<sup>44</sup> e mais divulgados.

### **3. A proteção do direito à saúde infantil na Convenção sobre os Direitos da Criança**

A Convenção consagrou direitos inerentes à vida, nomeadamente o direito à vida e ao desenvolvimento (artigo 6.º) e o direito à saúde (artigo 24.º). Os direitos inerentes à vida da criança foram tidos como os mais polémicos na adoção do texto, visto que a Convenção não definia em que momento essa proteção deveria merecer atenção do Estado, tudo aliado ao facto de que havia Estados pró-descriminalização do aborto e outros contra essa prática, concretamente os países em vias de desenvolvimento<sup>45</sup>. Não configurando o centro do nosso estudo, não nos deteremos na discussão dessa questão, que foge aos objetivos do texto relativo ao direito à saúde infantil.

A Convenção estabeleceu, no artigo 24.º, n.º 1, que “Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde”.

Esta previsão obriga a que o Estado Parte crie todas as condições infraestruturais, técnicas e científicas de modo a responder, em tempo útil, a todas as necessidades de saúde da criança.

A redução da mortalidade infantil constituía uma grande preocupação, pelo que os Estados, através desta consagração, eram convidados a envidar esforços de modo a garantir a inversão desse quadro, criando condições necessárias para que as crianças não fossem privadas especialmente dos cuidados primários e de medidas de prevenção e de educação em termos de saúde pública.

---

<sup>43</sup> Cf. Manuel SARMENTO, “As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo”, in Manuel Pinto e Manuel Jacinto Sarmento (coords.), *As Crianças: Contextos e Identidades*, Braga, Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, 1997, p. 19.

<sup>44</sup> Cf. Plano Quinquenal do Governo de Moçambique 2015-2019, disponível em [www.portaldogoverno.gov.mz](http://www.portaldogoverno.gov.mz) [23.10.2019].

<sup>45</sup> Cf. António FERNANDES, “Os direitos da criança no contexto das instituições democráticas”, *op. cit.*, p. 30.

O n.º 2, al. d) do artigo em estudo, ao estabelecer que os Estados devem “assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento”, remete-nos à questão antes levantada de que, apesar de a Convenção sobre os Direitos da Criança não se ter pronunciado sobre as questões éticas do aborto, ela reconhece que alguns direitos da criança referidos no presente instrumento, como é o caso do direito à vida e desenvolvimento e direito à saúde, beneficiam-na mesmo antes do seu nascimento.

É neste mesmo sentido que Fernandes explica que a obrigação dos Estados parte desta Convenção de cuidar das mães antes e depois do parto é um marco forte de que “os direitos da criança têm um início de aplicação antes do nascimento”<sup>46</sup>, embora não defina claramente o momento em que esses direitos devem começar a ser protegidos, levantando, deste modo, o conflito de direitos da progenitora de fazer valer a sua vontade e do embrião. Ainda persistam dúvidas em relação ao momento no qual inicia a proteção da vida, não se pode negar o papel que a Convenção desempenha para a proteção da saúde infantil.

Para materializar essa preocupação, várias medidas foram definidas, nomeadamente, a necessidade de os Estados Parte protegerem as crianças dos maus-tratos e negligência (artigo 19.º), da exploração económica ou sujeição a trabalhos perigosos (artigo 32.º), do consumo e tráfico de drogas (artigo 33.º), da exploração sexual (artigo 34.º), da tortura e privação da liberdade (artigo 37.º) e de outras formas de exploração que podem ser prejudiciais ao seu bem-estar (artigo 36.º).

Ainda que as disposições da Convenção sobre os Direitos da Criança sejam imperativas aos Estados Parte, no sentido de lhes imporem o dever de adotarem todos os mecanismos à sua disposição, incluindo de cooperação internacional, continuamos a acompanhar, de perto, que em todos os quadrantes do mundo, práticas como mutilação genital para fins tradicionais, ritos de iniciação, exploração sexual, crianças refugiadas por causa das guerras, crianças submetidas ao trabalho infantil, privação dos serviços básicos de saúde e médicos, entre outras práticas que põem em perigo a vida das crianças e nos fazem pensar que os desígnios da Convenção ainda estão longe de ser alcançados.

É neste mesmo sentido que Invernizzi e Milne, citados por Trevisan, asseveram que,

A ideia de implementação da CDC permitiu-nos imaginar um mundo sem pobreza extrema substituída por padrões decentes de vida. Permite vislumbrar um mundo livre das muitas doenças que ainda matam crianças em todo o mundo e provisão adequada de cuidados de saúde [...] Tais

---

<sup>46</sup> Cf. António FERNANDES, “Os direitos da criança no contexto das instituições democráticas”, *op. cit.*, p. 39.

*standards* estão longe de aplicação nos países em vias de desenvolvimento, mas poderiam também melhorar substancialmente as vidas de crianças de minorias étnicas e grupos marginalizados como exilados e refugiados que são frequentemente privados dessas provisões onde quer que estejam<sup>47</sup>.

Ademais, o mecanismo de controlo não se deve limitar à leitura dos relatórios disponibilizados pelos próprios Estados Parte, mas incluir observação no terreno e responsabilização dos que não respeitam o compromisso assumido no ato de ratificação da Convenção, podendo, deste modo, contribuir substancialmente na efetivação dos direitos da criança.

---

<sup>47</sup> Cf. Gabriela de Pina TREVISAN, "Cidadania infantil e participação política das crianças: Interrogações a partir dos Estudos da Infância", in Leni Vieira Dornelles e Natália Fernandes (eds.), *Perspetivas Sociológicas e Educacionais em Estudos da Criança: As Marcas das Dialogicidades Luso-Brasileiras*, Braga, Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, 2012, p. 89, disponível em <http://www.ciec-uminho.org/documentos/ebooks/2307/> [23.10.2019].

## CAPÍTULO II

### 1. Direito à Saúde nos Principais Instrumentos Normativos Internacionais

#### 1.1. Direito à Saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”<sup>48</sup>. O estado de bem-estar dependerá de imprescindíveis meios, nomeadamente políticas apropriadas, recursos humanos e financeiros para a sua consecução. São as condições essenciais que permitirão o desenvolvimento e a manutenção da própria vida nas pessoas.

Durante muito tempo, no mundo inteiro, a saúde foi vista como um bem de natureza, meramente individual, onde cada um era responsável pela sua busca e preservação<sup>49</sup>. Porém, a eclosão de doenças de difícil controlo individual, como as causadas pelo saneamento do meio, qualidade de água para o consumo humano, qualidade do meio, qualidade dos alimentos, requereu a participação da colectividade, e cedo tomou-se consciência da necessidade de atuação conjunta para fazer frente a esses problemas que afetavam negativamente a saúde humana<sup>50</sup>.

Nesse processo, o papel do Estado nem sempre foi o mesmo, tendo começado por uma tarefa marcadamente fiscalizadora, onde a sua intervenção era orientada à manutenção da ordem pública sanitária, sendo que a tarefa de cuidar das enfermidades como tal era reservada a instituições filantrópicas<sup>51</sup>.

O surgimento do Estado social, de providência ou de bem-estar, depois da Segunda Guerra Mundial, mudou radicalmente a perspetiva que o mesmo tinha em relação à saúde e passou a intervir diretamente na prestação de serviço público de saúde à toda população<sup>52</sup>.

Falar hoje de direito à saúde, implica, antes de mais, fazer a análise semântica do termo “direito”, que, de *per si*, é complexo. Falar de direito é falar de um ramo da ciência, de normas que regulam comportamentos (direito objetivo) e faculdades criadas aos indivíduos (direito subjetivo).

---

<sup>48</sup> Cf. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946, disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html> [23.10.2019].

<sup>49</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, 2014, p. 10;

<sup>50</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p. 10;

<sup>51</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p. 10;

<sup>52</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p. 11.

O importante, seguindo ensinamentos de Sousa e Galvão, é que “existem óbvias e naturais ligações, já que é o primeiro que cria, modifica e extingue o segundo”<sup>53</sup>.

No mesmo entendimento, Reale acrescenta que o direito subjetivo é o direito objetivo visto por dentro, como ação regulada<sup>54</sup>.

Partindo, portanto, do ensinamento avançado por Reale, podemos formular a ideia de que o termo direito é empregado com seu sentido de direito subjetivo na reivindicação do direito à saúde. Todavia, a referência à regra de direito visto por dentro implica necessariamente a sua compreensão como regra de comportamento humano em sociedade.

As normas jurídicas procuram limitar comportamentos nocivos à vida social. Assim sendo, a saúde é entendida como um direito que contém aspetos sociais e individuais. Na perspetiva individual, ele vai fundar-se na liberdade. Liberdade de escolher o tipo de tratamento, o lugar para o tratamento, o melhor tratamento a ser providenciado, dentre as várias alternativas que se tem<sup>55</sup>.

É verdade que o gozo dessa liberdade dependerá do grau de desenvolvimento socioeconómico que o Estado apresentar, isto é, quanto mais desenvolvido for o Estado, maior serão as liberdades providenciadas aos doentes e aos médicos de fazerem as escolhas das melhores técnicas disponíveis<sup>56</sup>.

Falar ainda do direito à saúde implica referir-se a um conjunto de normas jurídicas que estabelecem os direitos e obrigações do Estado, coletividades e, também, de forma individual, regulando e monitorando as relações entre eles<sup>57</sup>.

Como se pode depreender, a busca do conceito de direito à saúde nunca encontrou unanimidade no seio da doutrina, uma vez que, como refere Nunes, “falar da saúde como direito implica algo que está para além do domínio estrito do direito e que nos conduz a um terreno distinto, marcado por controvérsias, lutas e derivas que não passam (apenas) pelo domínio do direito da saúde”<sup>58</sup>.

---

<sup>53</sup> Cf. Marcelo Rebelo de SOUSA e Sofia GALVÃO, *Introdução ao Estudo do Direito*, 5.ª edição, Lisboa, 2000, p. 10.

<sup>54</sup> Cf. Miguel REALE, *Lições Preliminares de Direito*, São Paulo, Saraiva Ed., 1976, p. 14.

<sup>55</sup> Cf. Leny Pereira da SILVA, *Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível*, 2014, p. 13, disponível em [http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudidenciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudidenciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf) [10.11.2019];

<sup>56</sup> Cf. Leny Pereira da SILVA, *Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível*, op. cit., p. 13.

<sup>57</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, in *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016, p. 2, disponível em <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IscScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&nextAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=LIMA,+MONICA+CRISTINA+RIBEIRO+ALEXANDRE+D%27AURIA+DE> [10.11.2019].

<sup>58</sup> Cf. João Arriscado NUNES, “Saúde, direito à saúde e justiça sanitária”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 87, 2009, pp 143-169, disponível em [https://www.google.pt/?gfe\\_rd=cr&ei=PMbyVpnlMYms8wftbnIDg#q=JO%3%A30%09ARRISCADO%09NUNES+Sa%3%BAde%2C%09direito%09C%3%A0%09sa%3%BAde%09e%09iusti%3%A7a%09sanit%3%A1ria](https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=PMbyVpnlMYms8wftbnIDg#q=JO%3%A30%09ARRISCADO%09NUNES+Sa%3%BAde%2C%09direito%09C%3%A0%09sa%3%BAde%09e%09iusti%3%A7a%09sanit%3%A1ria) [10.11.2019].

Assim sendo, pode duvidar-se se o direito à saúde deve ou não ser considerado um direito fundamental à semelhança dos outros direitos.

O debate é levantado quando se olha para os direitos fundamentais *stricto sensu*, que pressupõem uma aplicação direta do princípio constitucional, não necessitando de atos legislativos subsequentes para a sua materialização<sup>59</sup>, o que, na maioria das Constituições, não acontece com o direito à saúde.

É que, de facto, compreender a colocação do direito à saúde na Constituição como direito económico, social e cultural, enquanto fonte fundamental do direito à saúde não passa silenciosamente às consequências que daí podem advir, particularmente na determinação da sua força vinculativa<sup>60</sup>.

A este propósito, Canotilho também entende ser uma questão “discutível”, porque, na sua conceção, a função de prestar direitos fundamentais levanta três núcleos problemáticos: “direitos sociais originários, direitos sociais derivados e políticas sociais ativas”, sendo que alguns, como é o caso das políticas sociais ativas, dão a prerrogativa de os cidadãos exigirem diretamente da norma constitucional a sua efetivação<sup>61</sup>.

A nosso ver, entendemos ser despidendo levantar esse debate aqui e optarmos por nos alinharmos ao pensamento de Queiroz, quando defende que,

Quando existe um direito este mostra-se sempre como justificável. Sucede é que, por vezes, no caso dos direitos de natureza económica e social, estes necessitam ainda de uma configuração jurídica particular a levar a cabo pelo legislador. «A reserva do possível», no «sentido daquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade», não tem como consequência a sua ineficácia jurídica<sup>62</sup>.

Nesse mesmo enfoque, de Paula entende que, independentemente da discussão jurídica que se possa levantar sobre o direito à saúde, ele deve ser uma instituição justa e capaz de beneficiar a todos, sem tomar em consideração o poder económico, idade, classe social, género ou religião dos indivíduos, localização geográfica, raça, opção partidária<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde, op. cit.*, p. 46;

<sup>60</sup> Cf. M.J. Estorninho e T. Macieirinha, *Direito da Saúde, op. cit.*, p. 46.

<sup>61</sup> Cf. J.J. Gomes CANOTILHO, *Direito Constitucional – Teoria Geral*, 7.ª ed., Coimbra, Almedina, 2003, p. 409.

<sup>62</sup> Cf. Cristina QUEIROZ, *Direitos Fundamentais – Teoria Geral*, 2.ª ed., Coimbra, Coimbra Editora, 2010, p. 122.

<sup>63</sup> Cf. João Miguel Pulquério de PAULA, “O direito à saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade”, in *Pensar Enfermagem*, vol. 16, n.º 1, 2012, pp. 51-61, disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) [10.11.2019].

Por isso antes de se chegar a uma conclusão a respeito da eficácia do direito humano à saúde, cumpre, inicialmente, proceder uma análise da forma como foi tratado nos diversos instrumentos internacionais de âmbito mundial e regional, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, no Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 1966, e na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.

## **2. Instrumentos Internacionais de Proteção do Direito à Saúde**

### **2.1. Direito à Saúde na Declaração Universal dos Direitos do Homem**

A expansão do processo produtivo que marcou século XIX, face a ideia de existência absoluta dos Estados, influenciou na consideração do papel dos indivíduos. Relativamente aos direitos próprios do homem, foram resumidos a poucas concessões pelos Estados, cuja soberania era quase ilimitada<sup>64</sup>.

A eclosão das duas guerras mundiais evidenciou a necessidade de envolvimento da sociedade internacional na garantia do respeito e proteção dos direitos e liberdades humanas. Surge, a partir daí, o reconhecimento expresso dos direitos humanos no plano internacional<sup>65</sup>. Importa realçar que não se trata, portanto, do surgimento desses direitos, pois já eram patentes em muitos Estados, mas da necessidade de, para além da jurisdição interna, proteger esses direitos que estão para além da conceção política do Estado, pois são anteriores a qualquer conceção de sociedade organizada como tal.

No caso concreto do direito à saúde, este foi mencionado, pela primeira vez, em 1946, no preâmbulo da Declaração de Constituição da Organização Mundial da Saúde, como direito fundamental de todo o ser humano, “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social”<sup>66</sup>.

Dois anos mais tarde desta consagração, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem, que, no seu artigo 25.º, estabeleceu que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida

---

<sup>64</sup> Cf. João Gualberto Garcez RAMOS e Carla Liliane Waldow ESQUIVEL, “O direito à saúde como direito humano fundamental: Breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social”, in *Ciências Sociais Aplicadas em Revista*, v. 15, 2015, pp. 9-40, disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/15308> [10.11.2019];

<sup>65</sup> Cf. João Gualberto Garcez RAMOS e Carla Liliane Waldow ESQUIVEL, “O direito à saúde como direito humano fundamental: Breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social”, *op. cit.*, pp. 9-40.

<sup>66</sup> Cf. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946, disponível <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> [10.11.2019].

suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”<sup>67</sup>.

Trata-se uma aceção mais ampla e visionária da saúde do que havia sido estabelecido no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”<sup>68</sup>.

Esta visão holística da saúde enfatiza o facto de que muitas políticas que determinam a saúde serem feitas fora do setor convencional da saúde e afetarem as determinantes sociais da saúde<sup>69</sup>.

Apesar do debate sobre a força jurídica da Declaração, não é menos verdade que existem vozes que a atribuem um valor especial na interpretação e integração do sistema de direitos fundamentais<sup>70</sup>, ao considerarem-na incontornável nesse processo de assegurar direitos fundamentais dos seres humanos, estritamente ligado ao direito à vida, dignidade humana e qualidade de vida.

Atualmente, não restam dúvidas de que o direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano virado à preservação da vida e dignidade humana, o que faz com que haja concordância entre o direito vigente e as normas internacionais. Nesta esteira, acredita-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações legais a serem cumpridas por todos os Estados, sem nenhum tipo de negociação.

Esse reconhecimento tem tido impacto direto e indireto na saúde. Alguns resultados conduziram a alterações positivas, tais como: o aumento nas oportunidades de emprego, a partilha de conhecimento científico e o aumento do potencial para a oferta de um nível elevado de saúde, em todo o mundo, permitido pelas parcerias entre os governos, sociedade civil e entidades privadas<sup>71</sup>.

Contudo, não se pode fechar olho à falta de força vinculativa da Declaração Universal dos Direitos Humanos, como uma limitação no seu cumprimento por parte dos Estados.

---

<sup>67</sup> Cf. Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948, disponível em [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf) [10.11.2019].

<sup>68</sup> Cf. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946, *op. cit.*, p. 1.

<sup>69</sup> Cf. AAVV, *Compreender os Direitos Humanos*, 3.ª edição, Coimbra, Centro de Direitos Humanos Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012, p. 166.

<sup>70</sup> Cf. M. J. ESTORNINHO e T. MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p. 25.

<sup>71</sup> Cf. AAVV, *Compreender os Direitos Humanos*, *op. cit.*, p. 172.



## **2.2. O Direito à Saúde no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 1966**

Falar de direitos económicos, sociais e culturais é também falar de direitos humanos. Trata-se de uma categoria emergente desde fins do século XX, que necessita de realização e efetivação, como forma de garantir dignidade humana<sup>72</sup>. O direito à saúde integrou os chamados direitos de segunda geração dos direitos humanos, direitos humanos sociais, direito a uma vida digna.

Como já se disse anteriormente, uma das fraquezas da Declaração Universal dos Direitos do Homem na proteção dos direitos do homem estava ligada à falta de força vinculativa, pelo que houve necessidade de reforçar os instrumentos até então existentes, conferindo aos Estados mais deveres e obrigações de promoção e observância dos direitos reconhecidos<sup>73</sup>.

Nessa perspetiva, aliado aos conflitos ideológicos que se verificaram após a Segunda Guerra Mundial, foram preparados dois tratados internacionais, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966 e entrados em vigor somente dez anos depois, quando alcançaram o número de ratificações necessário<sup>74</sup>.

Para o presente estudo importa destacar o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais que, quanto ao direito à saúde, refere com uma indicação mais clara e direta no n.º 1 do artigo 12.º que “[o]s Estados-Signatários no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa gozar das melhores condições possíveis de saúde física e mental”.

Apesar da consagração, a proteção internacional aos direitos económicos, sociais e culturais, em especial ao direito à saúde, continua um desafio, pois é histórico o entendimento de que tais são construídos em normas programáticas, as quais projetam para o futuro, aliando-se, também, à discricionariedade dos Estados na implementação de políticas que visam a eficácia das normas delimitadoras desses direitos.

Por também serem direitos humanos, e numa lógica de indivisibilidade, os direitos sociais não devem ser vistos como meras recomendações ou exortações, pois não há gozo de direitos políticos e

---

<sup>72</sup> Cf. Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer FEITOSA, *Direitos Humanos, Económicos, Sociais e Culturais*, 2011, p. 1, disponível em <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/viewFile/7182/4322> [10.11.2019];

<sup>73</sup> Cf. Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 1966, disponível em <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf> [10.11.2019];

<sup>74</sup> Cf. Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer FEITOSA, *Direitos Humanos, Económicos, Sociais e Culturais*, op. cit., p. 4.

civis sem manutenção digna das condições sociais que permitam a fruição dos direitos humanos de primeira dimensão<sup>75</sup>.

Contudo, não se pode negar o seu difícil reconhecimento e efetivação que, na opinião de Jelin, levanta alguns questionamentos sobre em que espaços é exercida a reivindicação desses direitos? A partir de que relações sociais? Frente a quais instituições? Em relação a que demandas?<sup>76</sup>

A estas perguntas, Lima Júnior aponta três caminhos possíveis a seguir: (i) “o caminho legal, pela elaboração legislativa ou pela justiça”. Significa a previsão legal específica e a implementação de instrumentos processuais céleres e eficazes para o exercício dos direitos humanos; (ii) “a via das políticas públicas sociais”. Esta via não deve ser exclusiva do Estado, embora seja o seu principal executor, mas abrange também o setor privado, comunidades locais e organizações da sociedade civil na sua materialização. Por este caminho apontam-se a desburocratização, a diminuição de custos e a participação dos cidadãos como algumas das ações com vista ao alcance desse resultado; e (iii) o terceiro caminho é a “monitoria das metas alcançadas, através de organismos independentes do governo”<sup>77</sup>.

Relativamente ao direito à saúde, dos trinta e um artigos que compõem o PIDESC apenas reservou o artigo 12.º para tratar as questões de saúde, referindo-se que,

1. Os Estados-Signatários no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa gozar das melhores condições possíveis de saúde física e mental.
2. A fim de assegurar a plena efectividade deste direito, os Estados-Signatários no presente Pacto deverão adoptar, entre outras, as medidas necessárias para:
  - (a) A redução do número de nados-mortos e da mortalidade infantil e o são desenvolvimento das crianças;
  - (b) O melhoramento em todos os aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;
  - (c) A prevenção e o tratamento das doenças epidémicas, endémicas, profissionais e outras, e lutar contra as mesmas;

---

<sup>75</sup> Cf. Manoel Carlos Batista MOTA, *A Protecção do Direito à Saúde no Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais: Breves Considerações sobre o Sistema de Monitoramento do Direito Humano de Segunda Dimensão*, 2015, p. 3, disponível em <http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-internacional/336172-a-protecao-do-direito-a-saude-no-pacto-internacional-de-direitos-economicos-sociais-e-culturais-breves-consideracoes-sobre-o-sistema-de-monitoramento-do-direito-humano-de-segunda-dimensao> [10.11.2019].

<sup>76</sup> Cf. Elizabeth JELIN. “Construir a cidadania: Uma visão desde baixo”, in *Lua Nova*, n.º 33, 1994, pp. 39-57, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-64451994000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-64451994000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) [10.11.2019].

<sup>77</sup> Cf. Jayme Benvenuto LIMA JÚNIOR, *Os Direitos Humanos Económicos, Sociais e Culturais*, Rio de Janeiro, Renovar, 2001, p. 114.

(d) A criação de condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em caso de doença.

Apesar de na elaboração do artigo 12.º do PIDESC não se ter adotado a definição de saúde da OMS, o que se observa tanto no conteúdo trazido pelo PIDESC, quanto no conceito avançado por aquele organismo, continua acentuada a ideia de que a saúde é estado de vida que deve ser garantido pelo Estado aos seus cidadãos, na forma que mais se aproxime do reconhecimento de que todos têm direito de viver com dignidade, independentemente da sua raça, religião, crença política, condição económica ou social. Com este reconhecimento nos instrumentos internacionais, especialmente no PIDESC, o direito à saúde não mais se circunscreve ao território de cada Estado, mas transporta-se para além dos seus limites, exigindo, deste modo, fiscalização internacional quanto ao seu cumprimento.

Desta forma, reveste-se de grande importância que os problemas de acesso à saúde não se resolvem simplesmente com a existência de diplomas internacionais de proteção do direito à saúde, porque, sem grande esforço, é possível flagrar o seu desrespeito, até mesmo por motivações eminentemente políticas.

Devido à complexidade de que já nos referíamos anteriormente, o artigo 12.º tem sido alvo de várias interpretações por parte dos Estados Parte, quanto ao seu alcance no que se refere a realização do direito à saúde.

Neste sentido, o Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais da ONU, organismo encarregado de monitorar o cumprimento do Pacto, procurou esclarecer as obrigações dos Estados com o seu Comentário Geral n.º 14, um texto interpretativo adotado em Maio de 2000.

Este Comentário Geral demonstra como a realização do direito humano à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo os direitos à vida, alimentação, habitação, trabalho, educação, participação, usufruto dos benefícios do progresso científico e sua aplicação, liberdade de procurar, receber e transmitir informações de todos os tipos, não discriminação, proibição da tortura e liberdade de associação, reunião e circulação.

Na esteira dos ensinamentos de Pereira Júnior, a primeira ação do Comité foi harmonizar a linguagem do direito à saúde que a expõe nos seguintes termos,

Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna. O direito à saúde está estritamente relacionado e depende da realização dos outros direitos humanos, como consta na Declaração Universal dos Direitos, incluindo os direitos à alimentação, à moradia, a trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não-discriminação, à igualdade, à proibição contra a tortura, à privacidade, ao acesso à informação e as liberdades de associação, reunião e deslocamentos. Esses e outros direitos e liberdades se referem a componentes integrais do direito à saúde. O direito à saúde abarca uma grande gama de fatores socioeconómicos que promovem condições as quais possibilitam os indivíduos levarem uma vida saudável, reforçando os determinantes da saúde, tais como alimentação e nutrição, moradia, acesso à água potável e saneamento adequado, condições de trabalho seguro e saudável, e ambiente saudável. O direito à saúde contém liberdades e prerrogativas. As liberdades incluem o direito de controlar sua própria saúde e corpo, incluindo liberdade sexual e reprodutiva, e o direito de estar livre de interferências, tais como o direito de estar livre de tortura, tratamento médico não consentido e de experimentação. Ao contrário, as prerrogativas incluem o direito a um sistema de proteção à saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem o mais alto nível de saúde sustentável<sup>78</sup>.

O alcance do “mais alto nível possível de saúde” dependerá, segundo o ponto 9 da Observação Geral n.º 14/2000 do Comité Económico, Social e Cultural<sup>79</sup>, das condições biológicas e socioeconómicas essenciais da pessoa humana, assim como dos recursos e investimentos estatais destinados a tal fim. Para além das condições biológicas e socioeconómicas da pessoa humana, esta fica ainda obrigada de não só exigir do Estado que realize acções efetivas para o seu alcance, mas também de comportamentos que não põem em causa a própria saúde e corpo, que são aspectos fundamentais para um bem-estar sadio.

Assim, pretendendo conferir maior precisão ao conteúdo do direito de toda pessoa de desfrutar o “mais alto nível possível de saúde” física e mental, o Comité assenta a sua interpretação sobre quatro principais elementos interligados: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos sistemas de saúde.

---

<sup>78</sup> Cf. Jefferson Tavares PEREIRA JÚNIOR, *A Saúde como Direito Humano Fundamental*, p. 14, disponível em <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/medicina/a-saude-como-direito-humano-fundamental.htm> [10.11.2019].

<sup>79</sup> Cf. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Cuestiones Sustantivas que se Plantean en la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Observación General n.º 14, 2000, disponível em <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> [10.11.2019].

- a) *Disponibilidade*: segundo o ponto 12, a) este elemento impõe que cada Estado Parte deve contar com instalações suficientes e adequadas, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas que respondem às necessidades presentes. Os serviços públicos de saúde referidos também abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água potável, saneamento do meio onde se vive, qualidade dos alimentos, entre outros;
- b) *Acessibilidade*: a alínea b) do mesmo ponto mostra sua preocupação quanto ao acesso aos serviços de saúde como condição para materializar o direito à saúde. No entendimento do Comité, o acesso aos serviços de saúde só se pode efetivar se forem observados quatro aspectos essenciais: i) *Não discriminação* – o acesso aos serviços de saúde deve ser um direito de todos os cidadãos, independentemente de quaisquer circunstâncias tais como cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política e localização espacial, isto é, se é na zona urbana ou rural. Trata-se, portanto, do acesso de facto e de direito aos serviços de saúde; ii) *Acessibilidade física* – a outra preocupação do Comité e que deve ser tomado em consideração pelos Estados Parte na avaliação das suas ações e progressos alcançados na efetivação do direito à saúde, prende-se com a distância entre as populações e as instalações dos serviços de saúde, particularmente para as camadas mais vulneráveis como as mulheres e crianças, portadores de doenças como VIH/SIDA, Tuberculose e outras. Portanto, o que se pretende é que se reduza a distância percorrida até ao serviço de saúde; iii) *Acessibilidade económica* – ninguém deve ficar privado dos serviços de saúde por questões financeiras. Portanto, o que o Comité pretende é que os Estados Parte encontrem fórmulas apropriadas para que estes serviços sejam economicamente acessíveis à todos, observando o princípio de equidade; iv) *Acesso à informação* – o acesso à informação sobre saúde e sua divulgação não deve conflitar com o dever de os serviços de saúde tratar com máxima discrição possível os dados pessoais dos pacientes de modo a não pôr em causa a sua dignidade. O acesso à informação refere-se àquela informação relevante para garantir o gozo do direito à saúde pelo indivíduo;
- c) *Aceitabilidade*: segundo a al. c) a ética profissional dos médicos e todo o pessoal afeto ao setor da saúde e os padrões culturais das comunidades, questões de género devem estar presente na sua atuação, de modo consolidar a confiança que deve existir entre as comunidades e os serviços de saúde; e

- d) *Qualidade*: na al. d) o Comité entende que a despeito do respeito pela diversidade cultural das comunidades, a intervenção médica ou dos serviços de saúde deve assentar em métodos científicos adequados, profissionais altamente preparados e equipamento moderno e eficaz.

O Comité, no seu ponto 14, ao fazer a interpretação da alínea a) do n.º 2, faz menção importante à saúde infantil, referindo-se à redução da mortalidade infantil e do número de natimortos, bem como ao desenvolvimento sadio das crianças. Por isso, chama atenção a necessidade de adoção de medidas para melhorar a saúde infantil e materna, e de implementação de serviços de saúde sexual, de planeamento familiar, de atenção à saúde anterior e posterior ao parto, de serviços obstétricos de urgência e de acesso à informação, que são condições imprescindíveis para o exercício do direito à saúde por esta camada etária.

Ainda na sua ação interpretativa do artigo 12.º, alínea b) do n.º 2, no seu ponto 15 refere-se ainda ao direito à habitação apropriada e a uma nutrição adequada como condições importantíssimas quando se fala de medidas preventivas de várias doenças, particularmente nas camadas mais novas. O álcool e o tabaco e outras substâncias danosas não ficaram esquecidas, devido ao seu impacto na saúde das pessoas, principalmente nas crianças, quando o acesso for permitido ou não controlado.

O Comité destacou alguns temas de alcance geral, considerados especiais, nomeadamente: não discriminação e igualdade; perspectiva de género; saúde da mulher; crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com incapacidades; e povos indígenas.

Nestes temas mostra-se bastante importante destacar aquele que se refere à saúde infantil. Nesse contexto, vale lembrar que a Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu artigo 24.º, n.º 1, estabeleceu que “[o]s Estados Parte reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação”.

Nesse sentido, o Comité, no seu ponto 22, centra a sua recomendação aos Estados Parte de lutar contra todas as práticas tradicionais nocivas que afetam a saúde das crianças, em particular de meninas, como as uniões e gravidez precoces, abandono à escola, mutilações genitais e a desnutrição.

O Comité, ainda no exercício das suas funções, estabelece obrigações que os Estados parte têm no prosseguimento do direito à saúde, designadamente: legais de carácter geral, legais específicas, internacionais e essenciais.

O ponto 30 das observações do Comité quando se debruça sobre as obrigações legais de carácter geral, começa por reconhecer que alguns Estados Parte enfrentam limitações financeiras ou mesmo estruturais de natureza administrativa, legal para alcançar “mais alto nível possível de saúde”, apesar disso não devem adotar medidas que impeçam o acesso igualitário aos serviços de saúde, ou seja, não tomar medidas que revelam um retrocesso na realização do direito à saúde.

As obrigações jurídicas específicas são definidas pelo Comité (ponto 34), como a obrigação de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, esta última abarca as obrigações de facilitar, proporcionar e promover o acesso à saúde.

O Comité refere-se à obrigação de *respeitar* (ponto 34), como uma obrigação de natureza negativa, onde os Estados Parte têm o dever de absterem-se de determinadas práticas que têm potencialidade de impedir o acesso à saúde. Trata-se, portanto, de um dever estatal de não obstruir o acesso igualitário aos serviços de saúde, sejam eles preventivos, curativos ou paliativos, não impedir a medicina tradicional; de não impor tratamentos coercitivos, salva as exceções legalmente estabelecidas; e de não ocultar ou desvirtuar intencionalmente informações relacionadas com a saúde das pessoas.

A obrigação de *proteger* o direito à saúde, mencionada no ponto 35 das Observações n.º 14/2000, não é menos importante, pois cabe aos Estados parte adotar medidas concretas de modo a impedir que particulares violem o direito à saúde da população. Isto só se consegue através de aprovação de leis, regulamentos e outras medidas para controlar a prestação de serviços de saúde privados e públicos; a comercialização de insumos e medicamentos por terceiros, assim como, adotar medidas para proteger os grupos vulneráveis, particularmente as crianças e mulheres.

A obrigação de *realizar* o direito à saúde destacada no ponto 36, que é também uma obrigação positiva é, acima de tudo, o objetivo central que o Comité pretende ver atingido pelos Estados Parte, e consiste na adoção de medidas concretas como políticas, programas e normas que garantem à população o acesso a bens e serviços de saúde. Para o efeito, exige que os Estados Parte promovam a formação do pessoal médico, existência de um número suficiente de hospitais, clínicas e outros centros de saúde; também implica o fomento a investigações médicas e educação em matéria de saúde, assim como a organização de campanhas de informação sobre medidas preventivas e outras sobre várias doenças.

As obrigações *internacionais*, referidas no ponto 38 das Observações n.º 14/2000, dizem respeito ao facto de que, não raras vezes, a efetivação do direito de toda pessoa de desfrutar o “mais alto nível possível de saúde” requer cooperação internacional e assistência, de natureza económica ou técnica. Nesse ponto, o Comité faz questão de lembrar os Estados Parte que a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que já se pronunciava sobre a grave desigualdade entre os níveis de saúde de populações pertencentes a países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como o dever de cooperação dos governos com o objetivo de garantir saúde primária a todos.

Por fim, as obrigações *essenciais*, ao contrário das internacionais, parecem estar mais viradas para os Estados com menos capacidade económica, ao definir um padrão mínimo de serviços, bens, instalações e condições de saúde cuja responsabilidade de assegurar a todos é do Estado<sup>80</sup>, no ponto 43, o Comité refere que os Estados Parte têm a obrigação de assegurar o mínimo de cada um dos direitos apresentados no Pacto, incluindo os cuidados primários de saúde.

As obrigações essenciais dos Estados Parte avançadas pelo Comité, compreendem acesso às instalações sanitárias sem nenhum tipo de discriminação; acesso a uma alimentação essencial mínima, nutritivamente adequada e segura; acesso à habitação, condições sanitárias, e água potável; medicamentos essenciais, segundo os critérios definidos pela OMS; garantir uma distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde; adotar e aplicar uma estratégia e plano de ação nacional de saúde pública.

O Comité define obrigações essenciais prioritárias (ponto 44), das quais vale a pena destacar a obrigação relativa de reduzir a mortalidade materna (pré-natal e pós-natal) e infantil.

Feita esta análise, importa acrescentar que o direito de toda pessoa desfrutar do “mais alto nível possível de saúde” física e mental não é de fácil determinação, pois o estado de saúde individual ou populacional depende de uma gama de factores.

O caminho percorrido foi longo até atingir o momento atual, mas não se pode dizer que o cenário seja o almejado, pelo que ainda há muito que se fazer para efetivar este direito fundamental de acesso à saúde.

---

<sup>80</sup> Cf. Judith ASHER, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Londres, Commonwealth Medical Trust, 2004, p. 68.



Mas é importante recordar o ponto 10 que acentua que a situação da saúde desde 1966 até hoje modificou-se de forma substancial. Novos conceitos, bem como novas situações que despertam o interesse da saúde pública, como o VIH/SIDA, o câncer, que outrora não tinham o destaque de hoje, erguendo-se novos obstáculos ao exercício do direito à saúde, pelo que a interpretação do artigo 12.º deve ter atenção a esses aspetos também.

Os avanços alcançados com a aprovação do Pacto, 1966, não se podem negar, mas, segundo aponta Ramos, a pouca flexibilidade para combater situações emergenciais de violações aos direitos humanos, além da concentração das informações nas mãos do Estado em contraponto a participação da sociedade civil, continuam a ser obstáculos na implementação efetiva do Pacto<sup>81</sup>.

Apesar de ainda encontrarmos países que não incorporaram o Pacto no seu sistema jurídico interno, como o caso de Moçambique, existe um reconhecimento tácito da importância do documento na proteção do direito à saúde, através da ratificação de vários tratados internacionais e regionais chaves que se referem a este direito humano.

### **2.3. O Direito à Saúde na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos**

A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (CADHP) foi elaborada no âmbito da Organização da Unidade Africana, atualmente União Africana (UA), em 1981, em Nairóbi, tendo entrado em vigor a 21 de Outubro de 1986 após as ratificações necessárias<sup>82</sup>.

A Carta Africana teve influência direta dos instrumentos de protecção dos direitos humanos das Nações Unidas, entretanto, também possuiu características próprias, principalmente por conter no seu texto os deveres da pessoa humana e o facto de além dos direitos individuais, os quais denominam-se como direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, também defender os direitos coletivos, no texto chamado de direito dos povos<sup>83</sup>.

A Carta Africana mostrou também uma certa preocupação em garantir não apenas os direitos civis e políticos, mas também de direitos económicos, sociais e culturais, reconhecidos já no preâmbulo

---

<sup>81</sup> Cf. André de Carvalho RAMOS, *Curso de Direitos Humanos*, 3.ª ed., São Paulo, Editora Saraiva, 2016, p. 29.

<sup>82</sup> Cf. Mariana de Almeida TAVARES, *A proteção dos Direitos Humanos em África*, p. 2, disponível em [http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiiisemanaderelacoesinternacionais/a-protecao-dos-direitos\\_mariana-de-almeida.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiiisemanaderelacoesinternacionais/a-protecao-dos-direitos_mariana-de-almeida.pdf) [10.11.2019].

<sup>83</sup> Cf. Raquel TAVARES, *O Sistema Africano de Protecção dos Direitos Humanos*, 2013, p. 3, disponível em [http://direitoshumanos.gddc.pt/2\\_3/IIPAG2\\_3\\_1.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/2_3/IIPAG2_3_1.htm) [10.11.2019].

desta, como indivisíveis<sup>84</sup>, na medida em que a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais garante o gozo dos direitos civis e políticos<sup>85</sup>.

A Carta Africana destaca-se ainda no conjunto dos instrumentos internacionais sobre os direitos humanos por tratar, de forma extensa, a noção de deveres individuais, não apenas em relação ao próximo, mas também em relação à sociedade, seguindo a tradição africana.

Este entendimento, seguindo os ensinamentos de Garcia,

Constitui uma “ruptura” com a concepção ocidental dos direitos humanos, que considera à luz da doutrina positivista, a dialéctica direito-dever essencialmente baseada no direito como um conjunto de prerrogativas, que originam por reciprocidade um feixe de deveres ou obrigações. A “autonomização” dos deveres altera a natureza deste conceito, embora não seja possível afirmar que a Carta estabelece uma relação hierárquica entre direitos e deveres, nem tão-pouco uma precedência dos direitos sobre os deveres<sup>86</sup>.

No que diz respeito ao direito à saúde, a Carta Africana menciona várias vezes o termo “saúde” ao longo dos seus 68 artigos, o que pode ser considerado como preocupação com a saúde da população e das crianças, em particular. Portanto, o que se verifica é que alguns direitos fundamentais dos povos podem ser limitados para a defesa do direito à saúde.

O artigo 11.º da CADHP, que estabelece o direito de reunião, consagra que este direito só pode ser limitado quando o interesse a proteger é, entre outros, a saúde das pessoas. A circulação das pessoas estabelecida no artigo 12.º da CADHP é outro direito que pode ser limitado quando o objetivo é também assegurar a saúde das pessoas. Os artigos que fomos citando mostram que há uma preocupação da Carta em garantir que o exercício dos demais direitos não deve constituir uma ameaça ao direito à saúde das pessoas, daí a sua restrição.

Porém, é no artigo 16.º da CADHP que, de forma mais clara e direta, está consagrado o direito à saúde como um direito de todos os povos, ao estabelecer que:

---

<sup>84</sup> Cf. Flávia PIOVESAN, *Direitos Humanos e Justiça Internacional: Um Estudo Comparativo dos Sistemas Regionais Europeu, Interamericano e Africano*, 5.ª ed., São Paulo, Saraiva, 2014, p. 193.

<sup>85</sup> Cf. Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, disponível em [http://cdh.uem.mz/images/pdfs/Carta\\_Africana\\_dos\\_Direitos\\_Humanos\\_e\\_dos\\_Povos.pdf](http://cdh.uem.mz/images/pdfs/Carta_Africana_dos_Direitos_Humanos_e_dos_Povos.pdf) [10.11.2019].

<sup>86</sup> Cf. Walker Marcolino dos Reis GARCIA, *O Sistema Africano de Protecção dos Direitos Humanos e a sua Garantia em Angola*, Universidade de Évora, Évora, 2014, p. 43.

“Toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir.

Os Estados Partes da presente Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença”.

Como já se disse anteriormente, a CADHP é uma continuação dos instrumentos internacionais sobre os direitos humanos, particularmente da Declaração dos Direitos do Homem, acrescentando-lhe algumas particularidades ligadas à realidade africana, o que, segundo Pires entende que, apesar de o reconhecimento do direito à saúde no artigo 16.º impor aos Estados medidas necessárias à protecção da saúde das suas populações, bem como assegurar a assistência médica em caso de doença, ser uma inovação muito positiva, de âmbito mais político-declarativo do que jurídico, serve para orientar as medidas legislativas dos Estados Parte<sup>87</sup>, o que significa que a maior responsabilidade para assegurar esse direito está nos Estados.

Com o objetivo de resguardar e promover os direitos humanos previstos na CADHP, foi criada a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (artigo 30.º), que é destacada por Piovesan como um órgão destituído de carácter jurisdicional, visto a natureza não obrigatória de suas decisões. “É um órgão político ou “quase judicial”<sup>88</sup>. É importante destacar, que as atividades realizadas pela Comissão são fiscalizadas pela Conferência de Chefes de Estado e de Governo da UA. A Conferência, além de escolher os três membros integrantes da Comissão, verifica as recomendações que o órgão pretende dirigir aos Estados membros e, pode autorizar estudos sobre graves violações de direitos humanos, segundo o artigo 45.º da CADHP.

Apesar de sua contribuição para a defesa dos direitos humanos no continente africano e do seu potencial, a Comissão não é ainda uma força continental em matéria de direitos humanos. Seu trabalho não é amplamente conhecido e os Estados Parte, geralmente não dão nenhuma relevância as

---

<sup>87</sup> Cf. Maria José Morais PIRES, “Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos”, in *Documentação e Direito Comparado*, n.º 79/80, 1999, p. 344, disponível em [http://www.dhnet.org.br/direitos/sjp/africa/ua\\_pires\\_carta\\_africana\\_direitos\\_povos.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sjp/africa/ua_pires_carta_africana_direitos_povos.pdf) [10.11.2018].

<sup>88</sup> Cf. Flávia PIOVESAN, *Direitos Humanos e Justiça Internacional: Um Estudo Comparativo dos Sistemas Regionais Europeu, Interamericano e Africano*, op. cit., p. 298.

suas resoluções<sup>89</sup>. A autora aponta ainda que para a Comissão atuar de forma eficaz, deve-se tornar efetivamente independente dos Estados.

Alexandrino avança a ideia de que se pode entender que a Carta Africana deu um passo tímido na tentativa de tratamento unificado dos direitos de liberdade e dos direitos económicos, sociais e culturais. Portanto, é uma questão que deve continuar na ordem do dia, devido à diferente natureza jurídica dos direitos de liberdade e dos direitos sociais, pois os direitos de liberdade dependem apenas de concretização interpretativa, enquanto os direitos sociais dependem de concretização política e económica, sendo que a concretização económica depende de fatores materiais que podem não ser dominados pelo Estado<sup>90</sup>, como sucede com muitos Estados africanos.

O direito à saúde consagrado na CADHP não tem escapado a polémica relacionada com a concretização política e económica dos Estados africanos, ficando o direito para uma implementação progressiva, muitas vezes não por razões de natureza económica, mas sim políticas. À margem destas críticas a CADHP trouxe mais-valia material no respeito dos direitos humanos, particularmente do direito à saúde das populações, particularmente das camadas mais vulneráveis como as crianças e mulheres, desde que as políticas definidas sejam no mesmo sentido.

---

<sup>89</sup> Cf. Flávia PIOVESAN, *Direitos Humanos e Justiça Internacional: Um Estudo Comparativo dos Sistemas Regionais Europeu, Interamericano e Africano*, op. cit., p. 299.

<sup>90</sup> Cf. J.M. ALEXANDRINO *et al.*, *Os Direitos Humanos em África*, 1.ª ed., Coimbra, Coimbra Editora, 2011, p. 37.

## CAPÍTULO III

### **1. Quadro Nacional de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança no Acesso à Saúde**

#### **1.1. Instrumentos Internacionais de Proteção da Criança e o seu impacto na ordem jurídica moçambicana**

##### **1.1.1. Convenção sobre os Direitos da Criança**

Moçambique ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança por meio da Resolução n.º 19/90 da Assembleia da República, de 23 de Outubro. A ratificação deste instrumento constituiu um marco histórico, pois foi o primeiro documento normativo a tratar da questão dos direitos das crianças de forma direta e clara.

Para além de ter sido elemento impulsionador, visto que foi a partir desse período que o legislador moçambicano começou a incluir nos textos legais matérias relativas à proteção da criança e dos seus direitos, foi com a sua contribuição que a criança moçambicana ascendeu à arena da esfera pública, tornando-se prioridade na agenda das políticas públicas do Estado, internamente e nas suas relações no plano internacional.

Os princípios basilares da Convenção, nomeadamente o princípio de não-discriminação, o interesse superior da criança, o direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento, sublinhando também a necessidade de considerar as opiniões da criança, foram plenamente adotados pelo Estado.

O princípio da não-discriminação encontrou espaço na legislação que seguiu, mas quando se analisa o referido princípio com referência à materialização de direitos, constata-se existirem algumas diferenças de natureza prática. É o caso ilustrativo das barreiras arquitetónicas nos estabelecimentos de ensino e saúde que criam embaraços às crianças portadoras de necessidades especiais<sup>91</sup>; as desigualdades encontradas entre a criança rural e urbana em matéria de serviços básicos de saúde, educação, transporte, saneamento e outros serviços básicos para o seu desenvolvimento são e harmonioso<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> Cf. Rede da Criança, *Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*, Maputo, 2009, p. 8, disponível em <http://www.rdc.org.mz/index.php/pt/centro-de-recursos/relatorios/relatorio-da-sociedade-civil-sobre-a-implementacao-da-convencao-dos-direitos-da-crianca> [10.11.2019].

<sup>92</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique*, Maputo, 2014, p. 27, disponível em <https://www.unicef.org/mozambique/relatorios/situa%C3%A7%C3%A3o-das-crian%C3%A7as-em-mo%C3%A7ambique-2014> [10.11.2019].

Quanto ao princípio do interesse superior da criança, há que dizer, parafraseando a Rede da Criança que,

O princípio do interesse superior da criança não vem consagrado nos princípios de actuação dos órgãos do Estado e não faz parte da prática da actividade administrativa, enquanto instrumento orientador. Por outro lado, não existem evidências de casos em que os tribunais ao tomarem decisões sobre questões relativas aos adultos, tomaram em consideração os efeitos que tais decisões causam na criança<sup>93</sup>.

No que toca ao direito à vida e sobrevivência, importa referir que as estratégias de prevenção contra abusos que interferem no desenvolvimento da criança são limitadas e pouco evidentes. Nota-se que existe uma maior propensão para a presença de meios reativos e não preventivos, embora, no caso do direito ao acesso à saúde infantil, por exemplo, a Convenção determinar, no artigo 24.º, n.º 2, que os Estados devem proporcionar os melhores serviços de saúde e médicos, dando sempre especial atenção aos cuidados primários e medidas preventivas, com vista a reduzir a mortalidade infantil.

Por outro lado, atentas as dificuldades que países como Moçambique enfrentam em garantir os serviços de saúde generalizados ou específicos, a Convenção incentiva a cooperação, de modo a que nenhuma criança fique privada aos serviços de saúde eficazes.

A CDC está em vigor em Moçambique há mais de 25 anos, porém ainda continua aberto o debate relativo ao seu lugar na ordem jurídica, como teremos oportunidade de analisar mais adiante.

### **1.1.2. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia Infantil**

O Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de Crianças, Prostituição e Pornografia Infantil foi ratificado através da Resolução n.º 43/2002, de 28 de Maio. Este Protocolo aplica-se às formas específicas de exploração sexual das crianças, daí ser crucial estar-se sempre atento à CDC que, ao abrigo do artigo 34.º, confere direitos às crianças à proteção contra todas as formas de exploração e violência sexuais.

Portanto, se trata de uma norma internacional que se vai dedicar exclusivamente à proteção das crianças contra venda, exploração sexual para fins de prostituição e pornografia.

---

<sup>93</sup> Cf. Rede da Criança, *Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*, op. cit., p. 16.

### **1.1.3. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados**

Apesar de não existirem dados concretos sobre a participação de crianças nas forças e grupos armados, estima-se que cerca de 300000 mil crianças estejam a ser usadas como soldados em todo o mundo<sup>94</sup>.

O Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados ratificado pela Resolução n.º 42/2002, de 28 de Maio, tinha como objetivo de proibir o recrutamento de menores de 18 anos para forças e grupos armados e a sua participação nas hostilidades militares.

Moçambique ratificou há cerca de 10 anos, depois do fim da guerra civil, onde se estima que milhares de crianças tenham sido usadas nas forças governamentais e do Movimento de Resistência de Moçambique, RENAMO<sup>95</sup>.

Desde 2013, Moçambique está mergulhado numa tensão político-militar entre as Forças de Defesa e Segurança e as forças residuais do maior partido da oposição, RENAMO, com maior incidência na zona centro do país, e insurgentes ainda desconhecidos, no norte do país, o que fez reatar o retorno ao recrutamento de crianças para as fileiras militares de ambos os lados<sup>96</sup>, devido a dificuldade que há em controlar esses atos num cenário de guerra, mesmo havendo uma legislação específica que regula o recrutamento militar.

Embora não haja evidências sobre a integração de crianças nestas hostilidades, rumores de violação dos seus direitos chegam de todos os lados, onde milhares delas são forçadas a abandonar a escola, privadas de assistência médica, alimentação, abrigo e de outros serviços básicos, devido a insegurança nas suas zonas de origem<sup>97</sup>, aspectos essenciais para o gozo pleno do direito à saúde.

### **1.1.4. Convenção n.º 138 da OIT de 1973 sobre a idade mínima para admissão ao emprego**

Moçambique ratificou este instrumento através da Resolução n.º 5/2003, de 23 de Abril e a sua implementação fez-se sentir logo com a aprovação da Lei de Trabalho, em 2007, que, de forma clara,

---

<sup>94</sup> Cf. Amnistia Internacional Portugal, *As Armas Não São Brinquedos*, s/d p. 2.

<sup>95</sup> Cf. Matias LOSEGO (coord.), *Manual de Educação para os Direitos Humanos com Jovens*, 2016, p. 588, disponível em [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29195731/compass\\_2016\\_pt.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29195731/compass_2016_pt.pdf) [10.11.2019].

<sup>96</sup> Cf. Jornal DW, edição 27.12.2016, disponível em <https://www.dw.com/pt-002/h%C3%A1-risco-de-recrutamento-militar-infantil-em-mo%C3%A7ambique/a-36921554> [10.11.2019].

<sup>97</sup> Cf. A. J. EUSÉBIO e S. B. MAGALHÃES, "Instabilidade político-militar, deslocamentos compulsórios e a vida cotidiana em Moçambique", in *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 49, n.º 1, 2018, pp. 349-374, disponível em <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6408177.pdf> [10.11.2019].

veio estabelecer o limite etário mínimo para admissão no mercado de trabalho, que é de 15 anos, nos termos do artigo 26 da Lei do Trabalho.

O objetivo da Convenção n.º 138 da OIT é estabelecer deveres aos Estados Parte para adotar medidas de modo a abolir o trabalho infantil, aceitando-o nas idade e ramos de atividades que não comprometem o seu desenvolvimento físico e mental.

Apesar de a Convenção não se expressar diretamente sobre questões de saúde da criança, entende-se que a preocupação demonstrada com a idade mínima de admissão ao trabalho é um sinal de que a entrada prematura no contexto laboral pode afetar negativamente o seu desenvolvimento normal e saudável<sup>98</sup>.

A adoção do instrumento normativo em análise não foi acompanhada de outras medidas como a assistência às crianças desfavorecidas, maior fiscalização no setor laboral, principalmente o informal que, segundo a Rede das Organizações da Sociedade Civil – ROSC,

O trabalho infantil atinge mais do que uma em cada cinco crianças dos 5 aos 14 anos de idade. É difícil avaliar as tendências do trabalho infantil, pois não existem dados para anos diferentes. O Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008 detectou que 22% de crianças trabalhavam, envolvendo uma percentagem maior de raparigas do que de rapazes (24% para 21%). O Inquérito Contínuo aos Agregados Familiares (INCAF) publicado pelo INE em 2013 – que definiu o trabalho infantil de maneira diferente não incluindo o trabalho dentro do agregado familiar – constatou que, no último trimestre de 2011, 12% de crianças entre os 5 e os 17 anos de idade, trabalhavam em Moçambique, com proporções mais ou menos semelhantes de raparigas e rapazes envolvidos<sup>99</sup>.

Trata-se, portanto, de uma questão que ainda precisa de uma maior reflexão no que tange a adoção de políticas mais eficazes para a proteção da criança face ao comportamento do mercado laboral, principalmente o recrudescimento, por exemplo do garimpo ilegal e artesanal nas Províncias de Manica, Zambézia, Nampula e Cabo Delgado<sup>100</sup>, pois aqui as relações laborais são muito mais difíceis de controlar.

### **1.1.5. Convenção n.º 182 da OIT de 1999 sobre a Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para a sua Eliminação**

A Convenção n.º 182 da OIT foi ratificada pelo Estado moçambicano através da Resolução n.º 6/2003, de 26 de Maio, e aponta como as piores formas de trabalho infantil a escravidão, prostituição,

---

<sup>98</sup> Cf. Ana Lúcia KASSOUF, *Trabalho Infantil: Causas e Consequências*, 2005, p. 25, disponível em <http://www.fnpeti.org.br/arquivos/biblioteca/3e5b72878dd035e3d3ed1c7e4cf9f69f.pdf> [09.02.2019].

<sup>99</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 58.

<sup>100</sup> Cf. Observatório do Meio Rural, *Mineração Artesanal em Moçambique – Cenário Farwest e Propostas de Mudança*, 2017, p. 1, disponível em <https://omrmz.org/omrweb/publicacoes/dr-26-mineracao-artesanal-em-mocambique-cenario-far-west-e-propostas-de-mudanca/> [21.10.2019].



uso de crianças em atividades ilícitas e todas aquelas que, pela sua natureza, constituem perigo para o seu desenvolvimento físico ou mental ou afeta a sua moralidade.

À semelhança da Convenção n.º 138, a Convenção n.º 182 não se pronuncia sobre a saúde, mas a sua preocupação não foge à anterior, visando garantir um crescimento saudável, pois as atividades consideradas piores formas de trabalho infantil têm também consequências na saúde da criança.

Em Moçambique, mesmo sem dados concretos sobre este fenómeno, segundo a ROSC, a pobreza das famílias, a falta de serviços sociais adequados nas comunidades e elementos socioculturais, representam algumas causas do mal<sup>101</sup>.

Sobre o assunto, a UNICEF recomenda que se faça um trabalho de fiscalização sobre os direitos das crianças, não apenas nas comunidades rurais mais empobrecidas, mas também nas famílias urbanas mais abastecidas que podem representar as empregadoras destas crianças<sup>102</sup>.

#### **1.1.6. Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança (CABEC)**

O Estado moçambicano ratificou a Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança por meio da Resolução n.º 20/98, de 26 de Maio, depois de ter sido aprovada pela Organização da Unidade Africana<sup>103</sup>, em 1991.

A Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança<sup>104</sup> segue os mesmos princípios e direitos consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança, destacando algumas questões específicas da realidade africana, que, na opinião de Brant, são,

A consagração dos valores tribais como corolário do espírito da Carta; a disposição singular não só de direitos, mas também de deveres dos indivíduos africanos para com seus grupos familiares, finalmente, a afirmação conceitual dos direitos dos povos como direitos humanos em especial aqueles concernentes ao direito à independência, à autodeterminação e à autonomia dos Estados africanos<sup>105</sup>.

Ainda dentro do quadro das características da realidade africana exaltadas pela Carta, podemos encontrar a proibição de práticas culturais e sociais passíveis de prejudicar o bem-estar, a dignidade, o

---

<sup>101</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 58.

<sup>102</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique*, Maputo, 2014, p. 27.

<sup>103</sup> Atualmente União Africana.

<sup>104</sup> Cf. Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança, disponível em [http://cdh.uem.mz/images/pdfs/Carta\\_Africana\\_dos\\_Direitos\\_e\\_Bem-Estar\\_da\\_Crianca.pdf](http://cdh.uem.mz/images/pdfs/Carta_Africana_dos_Direitos_e_Bem-Estar_da_Crianca.pdf) [10.11.2019].

<sup>105</sup> Cf. Leonardo Nemer Caldeira BRANT *et al.*, *O Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos e dos Povos*, p. 3, disponível em [http://www.dhnet.org.br/direitos/sjp/africa/ua\\_brant\\_sistema\\_africano\\_leonardo\\_nemer\\_caldeira\\_brant.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sjp/africa/ua_brant_sistema_africano_leonardo_nemer_caldeira_brant.pdf) [07.02.2019].

são desenvolvimento da criança (artigo 21.º); e a proteção da criança em deslocação no interior do país (artigo 22.º).

A crescente taxa da população feminina em situação de reclusão mereceu atenção na Carta, lembrando aos Estados a necessidade de proteger as mulheres grávidas e as crianças cujas mães estão a cumprir penas de prisão, ao abrigo do artigo 30.º, tendo em conta as consequências para a criança que cresce nesse ambiente.

Mereceu ainda atenção na Carta a rapariga grávida no contexto escolar, ao estabelecer-se a necessidade de medidas apropriadas de modo a que esta não abandone a escola (artigo 11.º, n.º 6), visto que é prática comum, ou seja, a gravidez precoce associada à uniões prematuras têm sido apontadas como as maiores causas de abandono escolar em países como Moçambique.

Na vertente dos deveres, nota-se ser de capital importância destacar o artigo 31.º da Carta, por se tratar de um dever que resulta do reconhecimento dos valores tradicionais e culturais africanos, onde a criança, desde cedo, tem responsabilidade perante a sua família e a comunidade em que está inserida.

À semelhança da Convenção, o artigo 14.º da Carta estabelece a saúde e o serviço médico como um direito que toda a criança tem de fruir de forma a garantir o seu bem-estar mental, físico e espiritual.

Se, na Convenção, o impacto da consagração do “melhor estado de saúde possível” (artigo 24.º, n.º 1) é quase insignificante, por se tratar de um instrumento que regula também países desenvolvidos que oferecem os melhores serviços de saúde, na Carta, esta disposição (artigo 14.º, n.º 1) ganha maior relevância, pois regula Estados que enfrentam dificuldades para garantir condições de saúde infantil digna, onde a desnutrição crónica, a VIH/SIDA e a malária continuam a ser algumas das principais causas da mortalidade infantil em África e em Moçambique<sup>106</sup>.

## **2. A Posição dos Instrumentos Internacionais de Proteção da Criança no Ordenamento Jurídico Moçambicano**

A matéria da incorporação do Direito Internacional no ordenamento jurídico moçambicano ganha eco devido a linha seguida pela Constituição<sup>107</sup> relativamente às normas internacionais.

O artigo 18.º, n.º 2, estabelece que as normas de Direito Internacional têm, na ordem jurídica interna, o mesmo valor que assumem atos normativos infraconstitucionais emanados da Assembleia

---

<sup>106</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 68.

<sup>107</sup> Cf. Constituição da República de Moçambique, disponível em <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Media/Files/Constituicao-da-Republica-PDF> [10.11.2019].

da República e do Governo, consoante a respetiva forma de recepção. Por sua vez, o artigo 43.º da Constituição, sobre interpretação dos direitos fundamentais, estabelece que os preceitos constitucionais relativos aos direitos fundamentais são interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.

A primeira dificuldade que se levanta centra-se na falta de clareza sobre a posição que ocupa a Convenção sobre os Direitos da Criança e as demais normas internacionais sobre os direitos da criança no ordenamento jurídico moçambicano, sendo que a Convenção e todos os outros instrumentos normativos internacionais sobre a criança foram ratificadas por Resoluções da Assembleia da República sem, no entanto, clarificar o seu valor.

O que nos parece é que o artigo 18.º, n.º 2, seguiu uma solução inédita quando comparada, por exemplo as Constituições da maioria dos países de expressão portuguesa<sup>108</sup>, demonstrando uma clara manifestação dos princípios da soberania e da legalidade, o que, na opinião de Bastos, pode ter constituído um recuo significativo para a inserção da República de Moçambique no plano internacional<sup>109</sup>.

Para alguns estudos, esta falta de clareza da posição dos instrumentos internacionais de proteção dos direitos da criança no ordenamento jurídico moçambicano, particularmente da CDC, enfraquece a implementação desta e, conseqüentemente, dos direitos nela previstos<sup>110</sup>.

É facilmente notória a incongruência patente na CRM entre os artigos 18.º, n.º 2, e 43.º, relativamente à hierarquia das normas internacionais e à interpretação das normas sobre direitos fundamentais, o que pode gerar equívocos na sua implementação. Porém, para o caso da CDC parece ter avançado com a solução ao estabelecer, no artigo 3.º, n.º 1, no sentido de que sobre todas as decisões relativas às crianças prevalecem sempre aquelas que melhor defendem o seu superior interesse, desvalorizando, desta forma, a posição hierárquica que elas ocuparem num determinado ordenamento jurídico.

Outro argumento não menos importante resulta do próprio artigo 43.º ao dar primazia à interpretação tendo em conta os direitos fundamentais, sem se preocupar com a posição que tais dispositivos normativos ocupam no meio de todo o arcabouço jurídico nacional.

---

<sup>108</sup> Sobre a mesma matéria, a Constituição de Timor-Leste, no seu artigo 9.º, n.º 3, estabelece que são inválidas todas as normas das leis contrárias às disposições das convenções, tratados e acordos internacionais recebidos na ordem jurídica interna timorense. A Constituição cabo-verdiana dispõe, no artigo 12.º, n.º 4, que as normas e os princípios do Direito Internacional geral ou comum e do Direito Internacional convencional validamente aprovados ou ratificados têm prevalência, após a sua entrada em vigor na ordem jurídica internacional e interna, sobre todos os actos legislativos e normativos internos de valor infraconstitucional. A Constituição República Federativa do Brasil, apesar de não ser clara quanto à hierarquia das normas internacionais diante do Direito interno, quanto aos direitos humanos, o seu artigo 4.º dá prevalência às normas que defendem os direitos humanos. Por fim, a Constituição Portuguesa, no artigo 8.º, n.º 1, não define a posição hierárquica que as normas internacionais ocupam na ordem jurídica, devendo ser definida no ato da sua recepção.

<sup>109</sup> Cf. Fernando Loureiro BASTOS, *O Direito Internacional na Constituição Moçambicana de 2004*, Lisboa, 2007, p. 4, disponível em <http://www.fd.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2014/12/Bastos-Fernando-O-Direito-Internacional-na-Constituicao-mocambicana-de-2004.pdf> [15.11.2019].

<sup>110</sup> Cf. Rede da Criança, *Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*, op. cit., p. 11.

Por fim, importa salientar ainda que, se é verdadeira a ideia de que a CDC visa consagrar direitos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos para as crianças, não devem restar dúvidas que as normas constitucionais relativas aos direitos das crianças serão interpretadas tendo em atenção a CDC, deixando de lado os princípios consagrados no artigo 18 da Constituição da República.

### **3. Normas internas de proteção dos direitos da criança no acesso à saúde**

As Constituições moçambicanas (de 1975, 1990 e 2004) nunca foram silenciosas em relação ao direito à saúde, uma vez que todas elas apresentaram normas que tratam deste tema, embora não com a mesma clareza e profundidade.

A primeira Constituição, de 1975, aprovada logo após a independência, estabeleceu, no título dos princípios gerais, que a República Popular de Moçambique “organiza um sistema de saúde que beneficia todo o povo moçambicano” (artigo 16.º)<sup>111</sup>.

O que se depreende da análise constitucional do texto de 1975, relativamente ao direito à saúde, é que, apesar de ter mostrado preocupação por esta matéria, não se pode dizer que este direito assumia o mesmo valor que assumia, por exemplo, o direito à educação ou ao trabalho, já que o artigo 31.º da CRPM estabelecia que “o trabalho e a educação constituem direitos e deveres de cada cidadão. Combatendo a situação de atraso criada pelo colonialismo, o Estado promove as condições necessárias para a extensão do gozo destes direitos a todos os cidadãos”.

A Constituição da República Popular de Moçambique de 1975 apenas incumbiu ao Estado moçambicano o dever de organizar um sistema de saúde que fosse capaz e eficiente para beneficiar todos os cidadãos (artigo 16.º), mas não reconheceu a saúde como um direito fundamental consagrado na Constituição ao lado dos direitos como educação ou trabalho, cujo gozo podia ser exigido ao Estado pelos cidadãos.

Parece-nos certa a conclusão de que a não inclusão deste direito no rol dos direitos fundamentais de força constitucional, onde o Estado é obrigado a praticar determinadas ações com vista à sua satisfação, deveu-se, como se pode retirar do já mencionado artigo 31.º, ao facto de a saúde, quando comparada com, por exemplo, a educação, não ser uma prioridade para a FRELIMO logo após a independência, cuja linha ideológica se centrava na formação do Homem novo e de alavancar a economia do país para, rapidamente, apagar as marcas da colonização<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> Cf. Constituição da República Popular de Moçambique de 1975, disponível em [www.cedjis.fd.unl.pt](http://www.cedjis.fd.unl.pt) [10.11.2019].

<sup>112</sup> Cf. Sabino Tobana INFANQUE e Carlos SUMBANA, “Educação Pós-independência em Moçambique”, in *Revista África e Africanidade*, Ano XI, n.º 26, Abril. 2018, p. 4, disponível em [www.africaeaficanidade.com.br](http://www.africaeaficanidade.com.br) [09.02.2019].

Todavia, não se pode dizer que não havia um reconhecimento pelo Estado de que a saúde era um direito dos cidadãos, tendo em conta a consagração do artigo 16.º da Constituição, bem como pelas diversas ações realizadas para garantir o acesso à saúde pelas populações, nomeadamente a expansão da rede sanitária e nacionalização das clínicas privadas<sup>113</sup>.

Em 1990, foi aprovada a segunda Constituição da República, que veio introduzir o multipartidarismo em Moçambique, como resultado dos consensos alcançados para o fim da guerra dos 16 anos, o que só aconteceu dois anos mais tarde.

Esta Constituição evoluiu significativamente em matéria de direitos e deveres fundamentais, pois consagrou um leque mais vasto dos mesmos, tendo estabelecido no Título III os direitos, deveres e liberdades fundamentais, Capítulo V, sobre direitos e deveres económicos, sociais e culturais.

O artigo 89.º estabelece que todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública<sup>114</sup>. Com a previsão do direito à saúde dentro do quadro dos direitos fundamentais, transparece a ideia de que o Estado moçambicano decidiu dar um valor acrescentado a este direito, chamando a si uma responsabilidade maior do que apenas organizar o sistema de saúde de modo a facilitar a sua acessibilidade.

Foi dessa forma que o direito à saúde foi encarado até que, em 2004, foi aprovada a terceira Constituição da República, alicerçada no quadro do multipartidarismo, numa base mais consensual do que a anterior.

Relativamente à proteção dos direitos da criança, a Constituição da República de 2004 aprovou um quadro geral de respeito e proteção dos direitos da criança ao estabelecer, no artigo 47.º, n.º 3, que “todos os actos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, têm principalmente em conta o interesse superior da criança”. O artigo 120.º destaca o papel da família no crescimento harmonioso da criança e educando-a nos valores morais, éticos e sociais. Por fim, o artigo 121.º sobre a infância faz menção ao direito que esta tem de ser protegida pela família.

Entende-se, porém, que houve uma receção clara do princípio do interesse superior da criança e a sua concretização é tarefa tanto das instituições públicas e privadas.

Quanto ao direito à saúde, o novo texto constitucional não trouxe inovações, tendo mantido a mesma redação do texto anterior, dentro do mesmo título e capítulo sobre direitos, deveres e liberdades fundamentais e sobre direitos e deveres económicos, sociais e culturais, respetivamente.

---

<sup>113</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, in *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, pp. 26-79, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679> [10.11.2019].

<sup>114</sup> Cf. Constituição da República de Moçambique de 1990, disponível em <http://cedis.fd.unl.pt/wp-content/uploads/2016/01/CONST-19901.pdf> [10.11.2019].

O artigo 89.º da CRM de 2004 estabelece que “todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”. Dúvidas não restam de que a norma não tem aplicação direta, isto é, o direito à saúde só pode ser exigido ao Estado moçambicano nos termos em que estiver previsto na lei ordinária, seguindo a linha mais comum na proteção dos direitos económicos, sociais e culturais.

Relativamente ao direito de acesso à saúde infantil, a Constituição não faz nenhum destaque específico sobre esse direito a esta camada etária, tendo apenas consagrado no artigo antes referido, como um direito de todos os cidadãos, onde a criança também está inserida.

Ainda assim, da leitura do artigo 121.º, pode-se concluir que, embora de forma indireta, a Constituição acautelou o direito à saúde infantil, ao estabelecer que é dever da família garantir o desenvolvimento integral da criança (n.º 1); que é dever da família, da sociedade e do Estado proteger a criança contra maus tratos (n.º 2); e, por fim, ao proibir o trabalho infantil (n.º 4).

Todavia, era exetável que a consagração do direito à saúde aos cidadãos, às crianças, em particular, tendo em conta a sua maioria no país, estivesse estabelecida na Constituição, de tal forma a criar uma obrigação ao Estado a proporcionar uma assistência médica e sanitária, não deixar, como ensinam Estorninho e Macieirinha, que as leis ordinárias criassem as condições jurídicas, fácticas e institucionais de modo a garantir o exercício efetivo desse direito<sup>115</sup>.

### **3.1. Legislação Infraconstitucional de Proteção da Criança**

Um estudo realizado pela Unidade Técnica de Reforma Legal – UTREL, em 2004, com vista a averiguar a existência de um ambiente legal e institucional adequado para a proteção os direitos da criança, concluiu que, apesar de existirem políticas e várias normas que se debruçam sobre essa matéria, são enormes as insuficiências e lacunas, como, por exemplo, nos aspetos da proteção dos direitos da criança na sua relação com a família, comunidade e Estado<sup>116</sup>.

Portanto, foi a partir destas constatações, aliadas à dispersão das normas atinentes à criança, que se iniciou um movimento legislativo que visava, não só unificar as diferentes leis, mas também introduzir um quadro legal que definisse um conjunto de obrigações, tanto por parte da família, da comunidade e do Estado na proteção dos direitos fundamentais das crianças.

---

<sup>115</sup> Cf. Maria João ESTORNINHO e Tiago MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, 2014, p.36.

<sup>116</sup> Cf. Unidade Técnica da Reforma Legal, *Reforma Legal para Protecção das Crianças em Moçambique*, Maputo, Editora UTREL, 2004, p. 49.

### **3.1.1. Lei de Bases de Proteção da Criança – Lei n.º 7/2008, de 9 de Julho**

Trata-se do primeiro instrumento específico de proteção e promoção dos direitos da criança a ser aprovado em Moçambique e foi visto como uma transformação da Convenção sobre Direitos da Criança em norma emanada da Assembleia da República.

À semelhança da Convenção, a presente lei também consagra o princípio do interesse superior da criança, no artigo 9.º, n.º 1, ao estabelecer que “na interpretação da presente lei deve ter-se em conta ao superior interesse da criança”.

Sobre o direito à saúde infantil, a lei consagrou, no artigo 17.º, n.º 1, a necessidade de se assegurar o atendimento médico à criança através do Sistema Nacional da Saúde, garantindo o acesso igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Por sua vez, o artigo 18.º estabelece como obrigação das unidades públicas de saúde de atendimento de crianças o dever de proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável da criança, nos casos de internamento.

Por fim, o artigo 19.º consagra a necessidade de o Sistema Nacional de Saúde promover programas de assistência médica para prevenir enfermidades que normalmente afetam as crianças, bem como campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Como se pode notar, a Lei de Bases de Proteção da Criança estabeleceu um conjunto de deveres às instituições de saúde para a promoção dos direitos da criança. Apesar desta consagração, a questão da saúde infantil continua preocupante, como aponta a UNICEF que,

A situação geral da saúde das crianças e dos adolescentes em Moçambique permanece preocupante. O custo e a distância dos serviços de saúde representam uma barreira para o acesso aos mesmos e, apesar das desigualdades existentes entre os agregados familiares por quintis de riqueza, alguns indicadores de saúde, tais como a desnutrição crónica e a mortalidade infantil, apresentam valores ainda elevados mesmo na camada social mais abastada. Ainda, o número de profissionais de saúde continua insuficiente, em particular nas zonas rurais e os protocolos de tratamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) não costumam ser cumpridos de uma forma generalizada. Apesar do acesso aos serviços de saúde por parte de crianças e a aderência às vacinações terem subido na última década, mais da metade das crianças moçambicanas que ficam doentes não são levadas aos serviços de saúde<sup>117</sup>.

O que se pode dizer é que, apesar da consagração de um quadro legal sobre os direitos da criança de acesso à saúde, ainda é fraco o progresso realizado, na medida em que continuam altos os índices da mortalidade neonatal (que é de 30 por 1000), infantil (que é de 64 por 1000) e infanto-

---

<sup>117</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique*, op. cit., p. 43.

juvenil (de 97 por 1000 nados vivos). A mortalidade materna e a gravidez na adolescência também apresentam cifras elevadas, onde 48.5% das mortes maternas ocorre nas adolescentes e jovens, sendo que nesse *quantum* o VIH/SIDA é responsável por 12.5% destas mortes<sup>118</sup>.

Outras normas dentro da lei, embora de forma indireta, protegem o direito à saúde infantil, designadamente o artigo 14.º, que consagra a proteção que se deve dar à mulher grávida quanto à sua alimentação e atendimento pré-natal, que são condições necessárias para o desenvolvimento saudável do feto.

Já o artigo 15.º, n.º 2, estabelece a necessidade de o Estado adotar medidas que salvaguardem o superior interesse da criança e da mulher trabalhadora em fase de aleitamento, por exemplo, a redução da carga horária, intervalos para aleitamento e a licença de maternidade, que, com a última revisão do Estatuto do Funcionários e Agentes do Estado - EGFAE, subiu de dois para três meses<sup>119</sup>.

Tratando-se de criança trabalhadora, o artigo 47.º estabelece que é necessário que se respeite o tipo de atividade, horário e medidas de segurança especiais, para que não se comprometa a sua saúde e educação.

Ainda no interesse de proteger a sua saúde, o artigo 58.º limita a aquisição de determinados produtos para as crianças, nomeadamente armas, munições, explosivos, bebidas alcoólicas, produtos que causam dependência, fogo-de-artifício, bilhetes de lotaria e equivalentes.

Por fim, o artigo 85.º, n.º 3, proíbe a colocação de criança que tenha cometido um facto considerado crime no mesmo estabelecimento prisional com pessoas adultas, defendendo-se sempre a criação de estabelecimentos apropriados.

Portanto, como se pode depreender, a Lei de Bases foi bastante inovadora ao trazer uma série de direitos de proteção da criança e atribuição de mais responsabilidades e deveres às famílias, comunidades e o próprio Estado. Todavia, no campo prático ainda são quase invisíveis os avanços como consequência da sua entrada em vigor, ao se continuar com as práticas nocivas contra o bem-estar da criança que ditaram a aprovação da tal legislação.

### **3.1.2. Lei da Organização Jurisdicional de Menores – Lei n.º 8/2008, de 9 de Julho**

A grande preocupação prende-se com o tratamento que é dado às crianças que se encontram em conflito com a lei<sup>120</sup>.

---

<sup>118</sup> Cf. Inquérito Demográfico de Saúde de 2011, disponível em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr266/fr266.pdf> [10.11.2019].

<sup>119</sup> Cf. Estatuto dos Funcionários e Agentes do Estado, aprovado pela Lei n.º 10/2017, de 1 de Agosto, disponível em <http://www.maefp.gov.mz/wp-content/uploads/2018/07/REGFAE.pdf> [10.11.2019].

<sup>120</sup> Cf. Lei da Organização Jurisdicional de Menores, disponível em <https://pt.scribd.com/document/219216226/Lei-8-2008-Organizacao-Tutelar-de-Menores> [10.11.2019].



Da presente lei, importa referir os artigos 17.º e 59.º, que estabelecem a necessidade de o juiz contar sempre com assessoria de técnicos especialistas em matéria de proteção de infância em qualquer fase processual.

No que concerne ao interrogatório da criança, o artigo 75.º consagra que este deve ser efetuado no gabinete do juiz, na presença do curador de menores, seu representante e outras pessoas que se mostrar conveniente.

A lei prevê ainda medidas de prevenção desde o recurso a detenção, mas o que se verifica na prática é que o número de crianças que cometem factos considerados crimes aumentou exponencialmente<sup>121</sup> e a sua inoperância é ainda mais notável, pois as crianças são colocadas nos mesmos estabelecimentos penitenciários com adultos, como apurou a Amnistia Internacional<sup>122</sup>.

Ao se não beneficiarem de tratamento diferenciado dos adultos, as crianças serão facilmente vítimas de abusos perpetrados por estes, violando o direito de não serem submetidos a tortura ou outros tratamentos cruéis e desumanos<sup>123</sup>, que atentam contra sua saúde.

Apesar do esforço que começou com a aprovação do presente diploma legal, ainda são muitos os desafios que se colocam, tais como a privação da liberdade como último recurso, principalmente antes da condenação, pois contraria os princípios e padrões internacionais, formalmente adotados.

### **3.1.3. Lei sobre Tráfico de Pessoas – Lei n.º 6/2008, de 9 de Julho**

Num país em que 52% da sua população é composta por crianças e, desse número, 15% são órfãos<sup>124</sup>, a sua vulnerabilidade ao tráfico para exploração torna-se uma realidade muito mais presente e preocupante, daí a aprovação da presente lei<sup>125</sup> com objetivo central de melhorar o sistema de combate ao tráfico de pessoas, particularmente da criança.

A consagração mais relevante desta lei encontra-se no artigo 7.º ao não fazer depender a ação penal da queixa, denúncia ou participação dos ofendidos ou seus representantes legais, o que abre mais possibilidade de responsabilização dos criminosos pela prática deste tipo legal de crime.

A segurança das testemunhas e denunciantes em crimes desta natureza, devido à sua perigosidade, sempre foi uma inquietação para o seu combate. Como forma de ultrapassar esse

---

<sup>121</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 61.

<sup>122</sup> Cf. AMNISTIA INTERNACIONAL, *Aprisionando os Meus Direitos: Prisão e Detenção Arbitrária e Tratamento dos Reclusos em Moçambique*, 2012, p. 33, disponível em <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=v&docid=50af34e12> [10.11.2019].

<sup>123</sup> Cf. Nelson Ferreira da CRUZ, "Proteção dos direitos humanos em Moçambique: Realidade ou apenas idealismo", in Patrícia Jerónimo (coord.), *Direitos Humanos no Mundo Lusófono: O Estado da Arte*, Braga, OLDHUM, 2015, pp. 115-147.

<sup>124</sup> Cf. UNICEF, <http://www.unicef.org/mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/child-social-protection/> [10.11.2019].

<sup>125</sup> Cf. Lei sobre Tráfico de Pessoas, disponível em <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86030/96743/F88437680/MOZ86030.pdf> [10.11.2019].

constrangimento, o artigo 20.º estabelece garantias de proteção dos denunciantes ou testemunhas, embora a sua aplicação ainda esteja longe de tornar-se uma realidade.

As vítimas de tráfico humano ou qualquer tipo de violência sexual sofrem vários traumas e como forma de acelerar a sua recuperação, reabilitação e reintegração social, o artigo 21.º define medidas, tais como o abrigo de emergência e alojamento apropriado, assistência médica e medicamentosa, assistência e acompanhamento psicológico, aconselhamento, assistência jurídica e patrocínio judiciário gratuitos e educação e formação profissional ou profissionalizante.

Um estudo recente da Procuradoria da República revelou que as mulheres e crianças são os principais alvos do crime de tráfico de pessoas, destacando que,

As zonas rurais e as suburbanas são as mais afectadas pelos crimes de tráfico de pessoas, o que deriva, fundamentalmente, não só dos altos índices de pobreza que ainda afecta a maioria da população, mas também da falta de integração de jovens e adolescentes nas comunidades associado a fraca capacidade de provimento de serviços por parte do Estado<sup>126</sup>.

A ausência de dados sobre a magnitude do tráfico de pessoas em Moçambique, a complexidade do crime, a corrupção, o recurso ao silêncio das vítimas e a fragilidade dos postos fronteiriços que permitem a entrada e saída de pessoas, sem nenhum controlo são apontados como sendo as principais causas que continuam a dificultar o combate deste mal.

Enquanto se desenham estratégias para o seu combate, cerca de 300 mulheres e crianças<sup>127</sup> são traficadas diariamente para países vizinhos como a África do Sul para alimentar a indústria do sexo.

### **3.1.4. Lei da Família – Lei n.º 10/2004, de 25 de Agosto**

A primeira consagração importante que a nova Lei da Família<sup>128</sup> trouxe foi o estabelecimento de um dever especial à família no sentido de garantir o desenvolvimento integral da criança, nos termos do seu artigo 4.º, alínea c).

Um outro avanço destacado na reforma da lei no âmbito da proteção da criança refere-se à alteração da idade nupcial de 16 anos para 18 anos (artigo 19.º, n.º 2, e artigo 30.º, n.º 1, alínea a).

Apesar do esforço realizado nesse sentido, a consagração da exceção do n.º 2 do artigo 30.º tem sido apontada em vários estudos como uma falha grave da lei, pois fragiliza a proteção dos direitos

---

<sup>126</sup> Cf. Procuradoria-Geral da República, *Tráfico de Pessoas em Moçambique, em particular, de Crianças*, Maputo, Instituto Superior de Relações Internacionais (ISRI), 2014, p. 39.

<sup>127</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 60.

<sup>128</sup> Cf. Lei da Família, disponível em [www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei\\_da\\_Familia.pdf](http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei_da_Familia.pdf) [10.11.2019].

da criança e a definição da idade núbil para o casamento em Moçambique<sup>129</sup>, tendo sido depositada na Assembleia da República uma proposta de revisão da lei pelas organizações da sociedade civil, que culminou com aprovação da nova Lei da Família.

A união de facto com crianças é admitida à luz desta disposição, como exceção à previsão do n.º 1, alínea a) do mesmo artigo, segundo o homem e a mulher com mais de 16 anos podem contrair casamento em determinadas circunstâncias, o que tem sido usado para prática de uniões prematuras, deitando por terra toda possibilidade de proteção dos direitos das crianças.

Ainda nos termos da presente lei, os artigos 282.º e 284.º estabelecem direitos dos filhos e os deveres especiais dos progenitores, de “no superior interesse dos filhos, garantir a sua proteção, saúde, segurança e sustento, orientando a sua educação e promovendo o seu desenvolvimento harmonioso”.

A necessidade de a criança ser ouvida pelo tribunal no âmbito da decisão sobre o exercício do poder parental, ao abrigo do artigo 309.º da Lei da Família, entendemos que é também uma forma de acautelar que as decisões a serem proferidas correspondam efetivamente ao seu superior interesse, embora, na opinião da Rede da Criança, faltam exemplos dessa prática nos tribunais<sup>130</sup>.

Por fim, importa realçar que, apesar da evolução trazida pela Lei da Família na proteção dos direitos da criança, por meio de reconhecimento de mais direitos e definição de deveres aos progenitores, esta entra na lista das leis que devem ser revistas no sentido de suprimir aspetos como a exceção do artigo 30.º, n.º 2, por ser o refúgio seguro para a celebração de casamentos antes da idade núbil prevista no n.º 1 do mesmo artigo, violando, desta forma, os direitos das crianças.

### **3.1.5. Código de Registo Civil – Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de Março**

A mais importante inovação trazida pela norma no âmbito do interesse superior da criança resulta do artigo 118.º, que estende o prazo de 30 para 120 dias para o registo gratuito do recém-nascido, reduzindo a possibilidade de existência de “*crianças invisíveis*”<sup>131</sup>.

### **3.1.6. Lei sobre Tráfico de Pessoas – Lei n.º 6/2008, de 9 de Julho**

Num país em que 52% da sua população é composta por crianças e, desse número, 15% são órfãos<sup>132</sup>, a sua vulnerabilidade ao tráfico para exploração torna-se uma realidade muito mais presente e

---

<sup>129</sup> Cf. V. PAPANAKIS & G. JÚLIO, *Análise da Legislação e Políticas Públicas Referentes aos Direitos da Criança e da Rapariga para Influenciar a Revisão do Quadro Legal em Moçambique*, Maputo, 2016, p. 37.

<sup>130</sup> Cf. Rede da Criança, *Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*, op. cit., p. 31.

<sup>131</sup> Cf. UNICEF, *Situação Mundial da Infância 2006 – Excluídas e Invisíveis*, Nova Iorque, 2006, p. 7.

preocupante, daí a aprovação da presente lei<sup>133</sup> com objetivo central de melhorar o sistema de combate ao tráfico de pessoas, particularmente da criança.

A consagração mais relevante desta lei encontra-se no artigo 7.º ao não fazer depender a ação penal da queixa, denúncia ou participação dos ofendidos ou seus representantes legais, o que abre mais possibilidade de responsabilização dos criminosos pela prática deste tipo legal de crime.

A segurança das testemunhas e denunciantes em crimes desta natureza, devido à sua perigosidade, sempre foi uma inquietação para o seu combate. Como forma de ultrapassar esse constrangimento, o artigo 20.º estabelece garantias de proteção dos denunciantes ou testemunhas, ainda que, infelizmente, a sua aplicação ainda esteja longe de tornar-se uma realidade.

As vítimas de tráfico humano ou qualquer tipo de violência sexual sofrem vários traumas e como forma de acelerar a sua recuperação, reabilitação e reintegração social, o artigo 21.º define medidas, tais como o abrigo de emergência e alojamento apropriado, assistência médica e medicamentosa, assistência e acompanhamento psicológico, aconselhamento, assistência jurídica e patrocínio judiciário gratuitos e educação e formação profissional ou profissionalizante.

Um estudo recente da Procuradoria da República revelou que as mulheres e crianças são os principais alvos do crime de tráfico de pessoas, destacando que,

As zonas rurais e as suburbanas são as mais afectadas pelos crimes de tráfico de pessoas, o que deriva, fundamentalmente, não só dos altos índices de pobreza que ainda afecta a maioria da população, mas também da falta de integração de jovens e adolescentes nas comunidades associado a fraca capacidade de provimento de serviços por parte do Estado<sup>134</sup>.

A ausência de dados sobre a magnitude do tráfico de pessoas em Moçambique, a complexidade do crime, a corrupção, o recurso ao silêncio das vítimas e a fragilidade dos postos fronteiriços que permitem a entrada e saída de pessoas, sem nenhum controlo são apontados como sendo as principais causas que continuam a dificultar o combate deste mal.

Enquanto se desenham estratégias para o seu combate, cerca de 300 mulheres e crianças<sup>135</sup> são traficadas diariamente para países vizinhos como a África do Sul para alimentar a indústria do sexo.

---

<sup>132</sup> Cf. UNICEF, <http://www.unicef.org/mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/child-social-protection/> [10.11.2019].

<sup>133</sup> Cf. Lei sobre Tráfico de Pessoas, disponível em <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86030/96743/F88437680/MOZ86030.pdf> [10.11.2019].

<sup>134</sup> Cf. Procuradoria-Geral da República, *Tráfico de Pessoas em Moçambique, em particular, de Crianças*, Maputo, Instituto Superior de Relações Internacionais (ISRI), 2014, p. 39.

<sup>135</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 60.

### **3.1.7. Lei do Trabalho – Lei n.º 23/2007, de 1 de Agosto**

Não sendo uma lei relativa à proteção da criança, a Lei do Trabalho<sup>136</sup> trata de algumas matérias relativas à proteção da saúde da criança trabalhadora e da maternidade no setor laboral.

O artigo 12.º estabelece um conjunto de direitos que a mãe trabalhadora tem no seu estabelecimento laboral, nomeadamente a licença de parto que pode ser acrescida às férias, independentemente de ter nascido nado vivo ou morto, acompanhamento da criança em caso de internamento hospitalar, sem prejuízo da licença de parto ou disciplinar a que tiver direito, intervalos durante o horário de trabalho para amamentar a criança, entre outros.

Do artigo 23.º ao artigo 27.º, estabelece-se o regime jurídico da criança no setor laboral, desde a observância da natureza da atividade, tendo em conta a sua idade e saúde, carga horária, medidas de segurança específicas, formação profissional, necessidade de exames prévios para sua admissão no trabalho.

Apesar de a lei ter definido a idade mínima na qual a criança pode entrar no mercado de trabalho, a consagração de condições especiais nas quais uma criança de 15 anos de idade pode ser admitida, abriu espaço para que todo o quadro legal estabelecido seja desrespeitado, pois são notáveis crianças a trabalhar em setores altamente perigosos como o garimpo informal nas regiões centro e norte do país, pesca, agricultura e trabalho doméstico.

A ausência de políticas claras sobre a matéria, a fraca e difícil fiscalização da implementação e respeito pelas normas existentes, afastam cada vez mais o Estado dos objetivos definidos na aprovação das normas e ratificação dos vários instrumentos internacionais sobre proteção dos direitos da criança no setor laboral, que hoje se estima em cerca 22% das crianças<sup>137</sup>, destacando-se os setores agrícola e doméstico como os maiores empregadores de crianças.

### **3.1.8. Código Penal – aprovado pela Lei n.º 35/2014, de 31 de Dezembro**

O Código Penal<sup>138</sup> para responder o atendimento especial às crianças que se encontram em situação de conflito com a lei, estabeleceu um conjunto de regras a serem respeitadas.

O artigo 75.º prevê a colocação de menores em estabelecimentos vocacionados à recuperação juvenil e nunca nos mesmos estabelecimentos com delinquentes adultos.

---

<sup>136</sup> Cf. Lei de Trabalho, disponível em <http://www.mitess.gov.mz/sites/default/files/documents/files/Lei%2023%202007%20%20Lei%20de%20Trabalho.pdf> [10.11.2019].

<sup>137</sup> Cf. UNICEF, <http://www.unicef.org/mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/child-social-protection/> [10.11.2019].

<sup>138</sup> Cf. Código Penal, disponível em <http://www.mitess.gov.mz/sites/default/files/documents/files/Lei%2023%202007%20%20Lei%20de%20Trabalho.pdf> [10.11.2019].

Por sua vez o artigo 134.º, estabelece a impossibilidade de a sanção de privação de liberdade aplicada à criança ascender 8 anos, independentemente do facto contrário à norma praticado.

A integração dos crimes de violência doméstica no atual Código Penal, artigos 245.º e seguintes, veio trazer mais proteção às crianças, visto que estas têm sido as principais vítimas da violência que ocorre no meio familiar.

Apesar das vantagens inquestionáveis quanto à proteção, lamenta-se o facto de os crimes de violência sexual contra crianças dependerem de denúncia prévia, nos termos do artigo 223.º do Código Penal, o que enfraquece a sua proteção, visto que a maior parte destes crimes acontece no seio familiar, onde há sempre uma tendência de optar-se pelo silêncio, por causa da desestruturação familiar que a sua publicitação pode causar, aumentando, desta forma, o risco contra sua saúde.

### **3.1.9. Lei do Sistema Nacional de Educação, Lei n.º 6/92 de 6 de Maio**

O estabelecimento do Sistema Nacional de Educação<sup>139</sup> visava garantir a educação como um direito e dever de todos os cidadãos sem discriminação de qualquer natureza.

O aspeto mais importante desta lei, para além do provimento do ensino para todas as crianças, prende-se com a estratégia de inclusão através da criação do ensino especial para as crianças com deficiências físicas, sensoriais e mentais ou de difícil enquadramento escolar, artigo 29.º, n.º 1, através de um trabalho conjunto entre o Ministério de tutela, Ministério da Saúde e o Ministério do Género, Criança e Ação Social, com vista a melhorar o acompanhamento e integração daquelas crianças.

Actualmente só existe uma escola especial em funcionamento para responder a educação das crianças com necessidades educativas especiais, facto que compromete que muitas crianças que necessitam dessa assistência tenham oportunidade de frequentar a escola.

### **3.1.10. Despacho Ministerial n.º 39/GM/2003, de 5/2012,**

O Diploma Ministerial n.º 39/GM/2003, de 5/2012<sup>140</sup> proíbe envolvimento sexual dos professores com alunas e estabelece que toda a rapariga grávida deve ser transferida para o curso noturno. O documento surge do claro reconhecimento por parte do Ministério da Educação de que a situação da violência sexual contra a rapariga na escola, muitas vezes praticada pelos professores, é uma realidade que urge estancar.

---

<sup>139</sup> Cf. Lei do Sistema Nacional de Educação, disponível em <http://www.mined.gov.mz/Legislacao/Legislacao/Lei%20%20do%20Sistema%20Nacional%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf> [10.11.2019].

<sup>140</sup> Cf. Despacho Ministerial n.º 39/GM/2003, de 5/2012, disponível em <https://www.facebook.com/Despacho-39-2047713928592465/> [10.11.2019].

No tocante a primeira parte do presente despacho, há um entendimento generalizado de que havia necessidade de se tomar medidas disciplinares mais severas contra professores que se envolvessem sexualmente com alunas afetas na mesma escola onde lecionavam.

Já a segunda medida, relativamente a transferência da rapariga grávida para o curso noturno, nunca foi consensual, pois era vista como revitimização da rapariga e tornava-a mais vulnerável à violação sexual, bem como punha em causa a sua permanência na escola.

Face aos poucos resultados conseguidos por este documento na proteção à rapariga contra violência sexual na escola, várias vozes, particularmente da sociedade civil ligada aos direitos humanos e da proteção dos direitos da criança, têm-se levantado a pedir a sua revogação e aprovação de instrumentos legais que dão mesmas oportunidades a todas as crianças, independentemente do sexo e que responsabiliza severamente os professores que adotam comportamentos impróprios contra crianças.

Como resposta, ainda que sem dados numéricos, há registo, em todas províncias, de professores punidos por sanção de expulsão do aparelho do Estado por atos de violência sexual contra crianças. Também já não se fazem transferências de alunas grávidas para o curso noturno, nos termos do já referido diploma.

### **3.1.11. Diploma Ministerial n.º 129/2007, de 3 de Outubro – Código de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno**

O empoderamento da mulher em Moçambique permitiu que ela não só se dedicasse exclusivamente aos trabalhos domésticos, incluindo os cuidados pelos filhos.

A sua entrada na vida laboral e a maternidade, aliada também ao facto de a legislação nacional de trabalho prever apenas 90 dias de licença de parto, sempre se levantaram problemas relacionados com o aleitamento do recém-nascido, onde, desde logo, mostrou-se necessário encontrar meios alternativos ao aleitamento materno exclusivo.

A aprovação do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno<sup>141</sup> tinha como objetivo central incrementar o aleitamento exclusivo das crianças, e garantir que as mesmas tenham uma nutrição adequada, bem como protegê-las dos riscos associados ao não aleitamento exclusivo, através do controlo e regulamentação da venda e distribuição de substitutos e complementos do leite materno.

---

<sup>141</sup> Cf. Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, disponível em [www.misau.gov.mz/index.php/diplomas?...codigo-de-c...substitutos-do-leite-materno](http://www.misau.gov.mz/index.php/diplomas?...codigo-de-c...substitutos-do-leite-materno) [10.11.2019].

Portanto, havendo cada vez mais mulheres que, por razões culturais, sanitárias e profissionais, não cumprem com o aleitamento materno exclusivo, era importante um quadro legal que garantisse que esse facto não resultasse em prejuízos para o desenvolvimento são e harmonioso da criança.

A pertinência do instrumento é indubitável, mas o seu desconhecimento nas camadas onde o seu efeito seria maior é elevado, concorrendo para quase sua não aplicação. Aliado ao desconhecimento das prerrogativas criadas por este instrumento, encontramos a impossibilidade de compra desses instrumentos, visto que para além dos preços que são demasiados altos para a maioria das mulheres, ainda temos a insuficiência na sua disponibilização pelo resto do país, dificultando ainda o seu recurso.

### **3.1.12. Lei n.º 4/2007 de 7 de Fevereiro – Lei de Proteção Social**

A Lei de Proteção Social<sup>142</sup> define a proteção social como “um conjunto de medidas que visam mitigar [a] pobreza absoluta da população”<sup>143</sup>.

No conjunto de beneficiários importa-nos destacar aqueles que integram crianças, nomeadamente, famílias de acolhimento, agregados familiares com crianças em situação difícil, agregados familiares chefiados por crianças entre os 12 e os 18 anos, agregados familiares com crianças com má-nutrição aguda e crianças repatriadas em processo de reunificação e/ou reintegração familiar.

Não há dúvidas sobre a sua relevância para a proteção da criança em situação de vulnerabilidade, mas é muito pouco implementada de tal forma que não existem exemplos significativos de benefícios concretos que ela trouxe para milhares de crianças que se encontram nas situações por si descritas.

### **3.1.13. Lei n.º 25/91 de 31 de Dezembro - Sistema Nacional da Saúde**

O Sistema Nacional da Saúde (SNS) aprovado pela Lei n.º 25/91 de 31 de Dezembro foi criado como mecanismo de realização dos objetivos fixados na Constituição sobre a prestação de assistência médica e sanitária aos cidadãos.

É impossível falar do SNS e da lei que o cria sem recuar na história de Moçambique desde a independência em 1975, quando, como forma de garantir que os cuidados de saúde primária,

---

<sup>142</sup> Cf. Lei n.º 4/2007 de 7 de Fevereiro – Lei de Proteção Social, disponível em <https://www.inss.gov.mz/publicacoes/leis/viewdownload/3-leis/4-lei-4-2007-de-07-de-fevereiro-lei-da-proteccao-social.html> [10.11.2019].

<sup>143</sup> Cf. Anexo da Lei n.º 4/2007 de 7 de Fevereiro – Lei de Proteção Social.



secundária e terciária, bem como a formação dos quadros da saúde fossem exclusivos do Estado, foi aprovado o Decreto-lei n.º 5/75 de 19 de Agosto.

Para o efeito todas as clínicas privadas que funcionavam no tempo colonial foram nacionalizadas como forma de garantir um acesso à saúde indiscriminado para todos os moçambicanos, independentemente da sua condição económica, reforçando o direito ao acesso à saúde.

A entrada em vigor da Lei n.º 2/77 que introduziu pagamentos de taxa fixa nas consultas médicas e farmacêuticas, recuou o direito ao acesso à saúde para muitos moçambicanos, tendo em conta que os níveis de pobreza, principalmente nas comunidades rurais onde residia a maioria da população, os valores eram elevados e impossibilitavam o acesso àqueles serviços, para além da quase inexistência do serviço de saúde em muitos lugares do país naquela época.

Já em 1991, o Estado, depois de quase 15 anos de um quase inexistente direito ao acesso à saúde pelas razões acima mencionadas, mas também pela guerra civil, que destruiu as poucas infraestruturas de saúde até então existentes, o Estado aprova a Lei n.º 25/91 de 31 de Dezembro que estabeleceu o Sistema Nacional de Saúde que, entre vários objetivos, visava promover a saúde, prevenir doenças, prestar assistência e reabilitação, formar recursos humanos qualificados e capazes realizar pesquisas para seu desenvolvimento contínuo.

O SNS estabeleceu uma organização sanitária em diferentes níveis de atendimento: nível primário – constituído por Centros e Postos 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<sup>144</sup>.

De acordo com Mitano, o ano de 1991 foi também o ano de reconhecimento de que o Estado, sozinho, não estava em condições de dar resposta da demanda pelos serviços de saúde, readmitindo a existência de serviços de assistência médica, através das clínicas privadas<sup>145</sup>.

Outro sinal dado nesse sentido foi quando em 2004 o Estado, através da aprovação da Política da Medicina Tradicional, reconhece oficialmente a importância desta, determinando a sua integração ao SNS, para ampliar o acesso aos cuidados de saúde primários de qualidade a toda a população moçambicana<sup>146</sup>.

O mesmo autor avança ainda que,

Este reconhecimento não parece ser, necessariamente, uma valorização desta prática sanitária e da importância dos médicos tradicionais, mas uma limitação do SNS em ofertar acesso universal aos serviços de saúde e cobertura à toda população, uma vez que, neste período, o SNS cobria

---

<sup>144</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, *op. cit.*, pp. 26-79.

<sup>145</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, *op. cit.*, pp. 26-79.

<sup>146</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, *op. cit.*, pp.26-79.

apenas 40% dos serviços, sendo que os demais eram cobertos pelos praticantes da medicina tradicional e serviços de saúde privados. Salienta-se que, mesmo envidados todos os esforços pelo Estado, até 2013 o SNS cobria apenas cerca de 50%<sup>147</sup>.

Apesar desta integração não se poder considerar efetiva, dúvidas não restam dúvidas que esta medicina hoje consegue abarcar toda a população, onde se inclui os que têm acesso aos serviços de saúde proporcionado pelo Estado e aqueles que não.

Olhando para o SNS relativamente ao direito de acesso à saúde infantil, podemos dizer que foram adotadas várias estratégias, nomeadamente, progressão dos níveis de formação do pessoal da Enfermagem em Saúde Materno-Infantil, abrangência das ações do Programa Nacional Integral de Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar – Programa Alargado de Vacinações e Saúde Escolar e de Adolescente e sensibilidade governamental no incentivo e garantia de educação formal à jovem/mulher<sup>148</sup>.

Face a maior vulnerabilidade que a mulher e a criança sempre representaram no contexto sanitário, o governo foi adotando diferentes programas ao longo do tempo, começando pelo Programa de Proteção Materno-Infantil (PPMI), cujo objetivo central visava reduzir a mortalidade materna e infantil.

Para o efeito, as ações deste programa se concentravam exclusivamente na assistência à saúde da mulher apenas no ciclo gravídico, parto e puerpério imediato, e da criança, no período neonatal.

Devido às condições socioeconómicas que continuavam a colocar a mulher numa situação desfavorável, o governo transitou para o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI), que era caracterizado essencialmente pela formação do pessoal de saúde para assistência da mulher e da criança.

E, por fim, diante de uma relativa melhoria da condição social da mulher, houve necessidade de adotar programas integrados, nomeadamente Programa de Saúde Materno-Infantil, Planeamento Familiar e Programa Alargado de Vacinação (PSMI/PF-PAV)<sup>149</sup>.

Ainda que seja digno de reconhecimento os resultados que têm sido alcançados pelo Estado no que se refere aos cuidados médicos, particularmente na construção e reabilitação de infraestruturas de saúde, a situação da saúde das crianças em Moçambique continua preocupante.

No topo das preocupações, o custo, a distância aos serviços de saúde e a qualidade dos mesmos, principalmente nas zonas rurais, representam um obstáculo para o acesso ao direito à saúde

---

<sup>147</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, *op. cit.*, pp.26-79.

<sup>148</sup> Cf. Maria Acácia Ernesto LOURENÇO e Maria Antonieta Rubio TYRREL, “Programas de Saúde Materno-infantil em Moçambique: Marcos evolutivos e a inserção da enfermagem”, in *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 13, n.º 3, 2009, pp. 617-624, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300023) [10.11.2019].

<sup>149</sup> Cf. Fernando MITANO *et al.*, “Direito à Saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, *op. cit.*, pp. 26-79.

infantil que faz com que, muitas vezes, as crianças, mesmo quando doentes, não sejam levadas às unidades sanitárias.

A desnutrição crónica constitui preocupação, pois não só se circunscreve apenas nas camadas sociais desfavorecidas ou carenciadas.

Os últimos dados indicam que 43% de crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crónica moderada, 20% sofrem de desnutrição crónica grave, enquanto 8% de crianças são afetadas pela desnutrição aguda. As províncias do centro e norte do país, por sinal as mais produtivas em termos agrícolas, apresentam índices de desnutrição crónica acima da média nacional<sup>150</sup>.

No quadro da mortalidade infantil tem-se registado avanços significativos. Em 1997 a mortalidade infantil dos 0-5 anos era de 20 em cada 100 crianças. Em 2014 esse número baixou para 10. Concorrem para esta redução o uso da rede mosquiteira, reidratação oral, programas de vacinação mais abrangentes e tratamento de IRA<sup>151</sup>.

O VIH/SIDA constitui um mal que continua a ser uma preocupação, visto que coloca o país na 8ª posição mais afetado do mundo, com cerca de 11,5 % da sua população dos 15-49 anos infetada, colocando a criança numa situação também vulnerável, visto que apenas 36% das crianças seropositivas é que estão a beneficiar de tratamento<sup>152</sup>.

## **4. Quadro Político de Proteção da Criança**

### **4.1. Plano de Ação para a Criança (PNAC II) 2013-2019**

O Plano de Ação para a Criança baseado no princípio fundamental “A Criança em Primeiro Lugar”, reitera o compromisso de Moçambique em garantir todos os direitos para todas as crianças até os 18 anos de idade<sup>153</sup>.

O PNAC II que assenta nos princípios e direitos estabelecidos na Constituição da República de Moçambique, na Lei sobre a Promoção e Proteção dos Direitos da Criança e demais legislação em vigor no país, e na legislação internacional sobre os direitos da criança, visa alcançar os objetivos de proteção da criança, nomeadamente: interesse superior da criança, sobrevivência da criança (aqui serão desenvolvidos ações relativas a melhoria ao acesso aos serviços sanitários e nutrição),

---

<sup>150</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 45.

<sup>151</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique*, Maputo, 2014, p. 59, disponível em <http://sitan.unicef.org.mz/> [10.11.2019].

<sup>152</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique*, op. cit., p.59.

<sup>153</sup> Cf. Governo de Moçambique, *Plano Nacional de Ação para a Criança II (PNAC) 2013-2019*, Maputo, 2012, p. 5, disponível em [www.mitess.gov.mz](http://www.mitess.gov.mz) [10.11.2019].

desenvolvimento da criança (este objetivo será realizado através de ações viradas para educação básica e lazer), proteção e participação.

#### **4.2. Plano Estratégico da Saúde (2014-2019)**

O Plano Estratégico da Saúde definiu como prioridades na defesa dos direitos da criança no setor da saúde as seguintes: acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal; acelerar os progressos na redução da malnutrição crónica; reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a Malária, VIH/SIDA, TB e Doenças Tropicais Negligenciadas; sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos<sup>154</sup>.

#### **4.3. Política Nacional de Educação (PNE)**

A Política Nacional de Educação definiu como objetivos a alcançar: proporcionar uma formação básica nas áreas da comunicação, da matemática, das ciências naturais e sociais e da educação física, estética e cultural; encorajar a criança a observar e pensar, e a desenvolver um sentido de crescente autonomia; capacitar a criança a desenvolver valores e atitudes relevantes para a sociedade em que vive; ajudar a criança a desenvolver plenamente as suas potencialidades; e desenvolver conhecimentos sobre a saúde e nutrição e a proteção do ambiente.

#### **4.4. Plano de Ação para Redução da Pobreza (PARP)**

No campo da proteção dos direitos da criança, o Plano de Ação para Redução da Pobreza definiu como objetivos estratégicos: reforçar ações com vista ao aumento do acesso das mulheres grávidas ao parto institucional, através de financiamento e melhoria no número e qualidade dos provedores de serviços e incentivos para aumentar a demanda pelos serviços; implementar atividades de vigilância nutricional preventiva e curativas para redução da mortalidade por malnutrição em crianças de 0-5 anos; implementar pacotes de intervenção do plano multissetorial para a redução da desnutrição crónica; formação de profissionais de saúde em assistência materna e neonatal humanizada inclusive o apoio ao aleitamento materno exclusivo e a alimentação infantil no contexto de VIH/SIDA<sup>155</sup>.

---

<sup>154</sup> Cf. *Plano Estratégico da Saúde (2014-2019)*, disponível em [www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz) [10.11.2019].

<sup>155</sup> Cf. *Plano de Ação para Redução da Pobreza*, disponível em [www.mef.gov.mz](http://www.mef.gov.mz) [10.11.2019].

## **5. Quadro Institucional de Proteção da Criança**

### **5.1. Ministério da Saúde (MISAU)**

O Ministério da Saúde encabeça as instituições com maior relevância na proteção dos direitos da criança ao acesso à saúde na medida em que aparece como o garante da sobrevivência da criança, através da criação de diversos serviços para o atendimento da mãe grávida e posteriormente da criança em diferentes estágios do seu desenvolvimento.

### **5.2. Ministério do Género, Criança e Ação Social**

Entendendo-se que as ações de proteção da criança são desenvolvidas em muitos setores públicos e privados, caberá a este Ministério o papel de executar as mesmas ações, mas também promover e coordenar as ações das instituições governamentais e não-governamentais que trabalham nas áreas da criança e da ação social.

No quadro das suas competências na área da criança, pode-se destacar a elaboração propostas de leis, políticas, estratégias, programas e planos de desenvolvimento nas áreas da criança, bem como proceder a sua divulgação, controlo e avaliação da sua implementação; promover a ratificação e observância das normas de direito internacional referente aos direitos da criança; estabelecer e promover mecanismos de diálogo permanente com a sociedade civil que atua na área da criança; elaborar normas de organização administrativa e pedagógica dos centros infantis e escolinhas comunitárias, bem como dirigir e controlar o seu funcionamento; promover, coordenar e realizar ações de apoio, educação, reabilitação psicossocial e reintegração social da criança em situação difícil; promover ações de prevenção e combate a todas as formas de violência contra a criança, em especial o abuso sexual de menores, as uniões forçadas, raptos e tráfico de menores, o trabalho infantil, bem como assistência e reintegração das vítimas<sup>156</sup>.

### **5.3. Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano**

Assume uma função inquestionável de garantir desenvolvimento da criança, através da providência de uma educação de qualidade e de consciencialização sobre a saúde preventiva nas escolas e na comunidade. Em coordenação com o Ministério da Saúde, desenham e implementam

---

<sup>156</sup> Cf. Estatuto Orgânico do Ministério do Género, Criança e Ação Social, aprovado pela Resolução n.º 18/2015, de 10 de Julho, disponível em [www.mgcas.gov.mz](http://www.mgcas.gov.mz) [10.11.2019].

programas ligados à saúde escolar, que são um contributo incontornável para os primeiros passos rumo aos cuidados sobre a saúde pessoal e saúde sexual reprodutiva para estas camadas.

#### **5.4. Ministério da Justiça e Assuntos Constitucionais e Religiosos**

A criação de tribunais de menores, estabelecimentos penitenciários de recuperação juvenil mostra-se como um passo importante para a defesa dos direitos das crianças que se encontram em conflito com a lei.

A inexistência destas instituições num contexto em que os índices de crianças em conflito com a lei tendem a aumentar, preocupa bastante pelo facto de haver cada vez mais crianças a serem colocados nos mesmos locais com criminosos, o que pode atentar contra a sua saúde.

#### **5.5. Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social**

O papel deste Ministério no quadro da proteção da criança é definir estratégias, através de um quadro legal que possa combater o trabalho infantil que continua a absorver milhares de crianças por todo o país, estimando-se que mais de quatro milhões de crianças estejam a ser exploradas como mão-de-obra em Moçambique<sup>157</sup>.

#### **5.6. Ministério do Interior**

A criação dos Gabinetes de Atendimento da Mulher e da Criança em todas as Esquadras da Polícia do país é responsável pela denúncia de muitos casos de maus tratos contra criança, violência doméstica e abuso sexual, que constituem o principal atentado à saúde da criança.

#### **5.7. Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar**

A desnutrição crónica tem dominado o discurso do Presidente da República de Moçambique<sup>158</sup> e afeta milhares de criança e só pode ser combatida com a maior produção e produtividade, bem com adoção de melhores hábitos alimentares.

Neste contexto, esta instituição, em coordenação com seus parceiros de cooperação, é responsável pela inversão deste cenário através de adoção de políticas e tecnologias para o

---

<sup>157</sup> Cf. RFI, *UNICEF e OIT Denunciam o Trabalho Infantil em Moçambique*, Edição de 22/3/2017, disponível em <http://pt.rfi.fr/mundo/20170322-unicfe-e-oit-denunciam-o-trabalho-infantil-em-mocambique> [10.11.2019].

<sup>158</sup> Cf. Presidência Aberta no Distrito de Zavala, Província de Inhambane, na inauguração da Feira de Raizes e Tubérculos, dia 6 de Julho de 2017.

melhoramento da produção e produtividade, principalmente das comunidades rurais, onde o fenómeno da desnutrição crónica é mais acentuado.

## CAPÍTULO IV

### 1. Exercício do Direito à Saúde Infantil nos Espaços Estruturais

#### 1.1. Direito à Saúde Infantil na Família

Historicamente, a família é considerada o local ideal para o desenvolvimento mais adequado e equilibrado da criança, pois é nela que se dão os primeiros vínculos como os cuidados e estímulos necessários para o seu crescimento harmonioso e saudável.

Por isso, a qualidade do ambiente familiar é determinante no desenvolvimento da criança, particularmente na sua saúde<sup>159</sup>, na medida em que todas as práticas negativas ou positivas vão repercutir-se diretamente na sua saúde física, psíquica ou emocional.

Nesse sentido, é impossível estudar a saúde da criança sem tomar em consideração a instituição família, porque, de acordo com Barros,

A família como determinante fundamental dos processos de desenvolvimento, adaptação e perturbação do sujeito, é chamada a explicar a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis e de risco, a exposição a comportamentos de risco e as estratégias de confronto com esses riscos<sup>160</sup>.

A influência dos pais na saúde infantil ou a influência duma criança doente na adaptação da família são as relações que têm sido mais estudadas<sup>161</sup>. Todavia, a primeira é que constitui objeto principal do nosso estudo, pelo que procuraremos incidir particularmente nela.

No quadro da saúde infantil, a legislação internacional e nacional reconhece o papel que a família desempenha na defesa e promoção desse direito.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 24.º, n.º 2, alínea f), estatui que como forma de garantir um desenvolvimento saudável da criança, é importante que se desenvolvam “os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respectivos”.

A Constituição da República, artigo 120.º, n.º 2, coloca a família como a primeira instituição que deve garantir o desenvolvimento integral da criança.

---

<sup>159</sup> Cf. Luísa BARROS, *Família, Saúde e Doença: A Intervenção Dirigida aos Pais*, 2010, p. 2, disponível em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/768/1/Fam%C3%ADlia,%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf> [23.10.2019].

<sup>160</sup> Cf. Luísa BARROS, *Família, Saúde e Doença: A Intervenção Dirigida aos Pais*, op. cit., p. 2.

<sup>161</sup> Cf. Luísa BARROS, *Família, Saúde e Doença: A Intervenção Dirigida aos Pais*, op. cit., p. 2.



A Lei da Família consagra no artigo 1.º, n.º 2, que “a família é o lugar privilegiado no qual se cria, desenvolve e consolida a personalidade dos seus membros”. Por sua vez o artigo 4.º, alínea c) estabelece como um dos deveres da família a garantia do crescimento e desenvolvimento da criança.

A Lei de Bases de Proteção da Criança estabelece no artigo 7.º, n.º 1, como dever de a família “assegurar à criança, com absoluta prioridade, a efectivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à segurança alimentar, à educação, ao desporto, ao lazer, ao trabalho, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

Apesar de toda a legislação internacional e moçambicana sobre os direitos da criança, particularmente da saúde infantil, considerar a família como instituição incontornável para a sua materialização, a realidade quotidiana tem revelado que é neste mesmo meio que a maior parte dos direitos da criança são violados<sup>162</sup> pelas pessoas que a mesma legislação atribui responsabilidades acrescidas na sua proteção e promoção, configurando, desta forma, uma negação aos mesmos direitos.

De seguida vamos analisar algumas das mais frequentes formas de violação dos direitos da criança na família que constituem perigo na sua saúde e, conseqüentemente no seu desenvolvimento são e harmonioso.

Mostra-se ser importante salientar que esta distinção, muitas vezes, como no caso concreto, é feita por questões didáticas e de compreensão, pois numa análise mais aprofundada as várias formas de violência são permeáveis entre si.

### **1.1.1. Violência sexual**

A violência apresenta-se como um fenómeno de difícil definição, pois envolve sentimentos e emoções de quem comete a violência e de quem é vítima desses atos.

Numa ação pioneira, a OMS, citada pela UNICEF, definiu a violência como “um fenómeno extremamente difuso e complexo, que inclui a violência física, sexual, psicológica e ainda a privação e a negligência”<sup>163</sup>.

---

<sup>162</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 42.

<sup>163</sup> Cf. UNICEF, *Proteção da Criança: Manual para Parlamentares*, Genebra, União InterParlamentar, 2004, p. 100.

Quando falamos da violência contra criança, é apenas uma categoria específica que desperta atenção particular, sobretudo por ser direcionada a quem não se pode defender dela. Para Santos e Yakuwa, a violência apresenta-se, quase sempre, “de forma velada”<sup>164</sup>, sendo um fenômeno com várias causas e que tem consequências de natureza física e psicológica para a criança.

Existem várias formas de violência, particularmente contra crianças, mas nesse conjunto das diferentes formas, a violência sexual apresenta-se como a mais grave. A maioria da doutrina usa os termos violência sexual e abuso sexual de forma indiferente. Não obstante, é possível encontrar algumas diferenças que, desde logo, importa clarificar.

Do ponto de vista do Ribeiro,

A violação sexual de menores traduz-se no envolvimento do menor em práticas que visam a gratificação e satisfação do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aquele. Trata-se de práticas que o menor, dado o seu estágio de desenvolvimento, não consegue compreender e para as quais não está preparado, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares<sup>165</sup>.

No entendimento de Azambuja,

O abuso sexual deve ser entendido como uma situação de ultrapassagem de limites dos direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento e compreensão da vítima, do que o abusado não pode consentir, de regras sociais e familiares e de tabus. Nesse sentido, as situações de abuso configuram maus-tratos à vítima<sup>166</sup>.

Como se pode depreender dos conceitos avançados, a diferença reside exatamente na gravidade de violação, da liberdade sexual da criança, sendo que, a violação ou violência sexual pode resultar de todo o tipo de constrangimento sexual, mesmo quando não haja contato físico entre o autor e a vítima.

A decisão de preferir pela terminologia “violência sexual” foi para acompanhar a terminologia adotada pela maioria da legislação moçambicana que se debruça sobre o assunto.

---

<sup>164</sup> Cf. Jaqueline Silva SANTOS e Marina Sayuri YAKUWA, “A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: Revisão integrativa”, in *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, vol. 15, n.º 1, 2015, pp. 38-43, disponível em [https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15n1/vol\\_15\\_n\\_2-artigo-de-revisao-2.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15n1/vol_15_n_2-artigo-de-revisao-2.pdf) [12.11.2019].

<sup>165</sup> Cf. Catarina RIBEIRO, *A Criança na Justiça, Trajetórias e Significados do Processo Judicial de Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar*, Coimbra, Almedina, 2009, p. 52.

<sup>166</sup> Cf. Maria Regina Fay de AZAMBUJA, *Inquirição da Criança Vítima de Violência Sexual: Proteção ou Violação de Direitos?* Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2011, p. 53.

Em Moçambique “a violência contra as crianças é um problema generalizado, que representa grave violação dos direitos humanos”<sup>167</sup>, sendo de crescente preocupação e constituindo um dos maiores problemas socioculturais e de saúde pública.

O seu reconhecimento, embora seja político e não efetivo da questão, a sua inclusão na agenda governativa é evidência desta preocupação<sup>168</sup>, pois é a segunda maior violência à integridade das crianças, depois da violência física simples ou grave<sup>169</sup>.

Atualmente, milhares de crianças (rapazes e raparigas) têm sido vítimas de violência sexual, que colocam em causa o seu desenvolvimento saudável<sup>170</sup>.

Um estudo realizado pelo Ministério de Saúde e UNICEF concluiu que,

Embora os dados quantitativos sejam limitados, nos últimos anos, foram realizados vários estudos que demonstram uma incidência significativa de várias formas de violência e abuso contra crianças no país. A violência pode tomar formas como sejam violência física, violência sexual, violência psicológica e violência económica. São ainda comuns o abuso sexual e exploração sexual, privação e negligência, particularmente quando as crianças são do sexo feminino<sup>171</sup>.

Sobre a mesma matéria, o Inquérito sobre a Violência contra Menores 2014-2016 reportou uma tendência crescente da violência sexual contra menores de 12 anos, sendo 981 para raparigas e 244 para rapazes<sup>172</sup>.

Esta matéria também mereceu atenção nas recomendações do Comité para os Direitos da Criança (Ponto 50, alínea b) ao se mostrar preocupado com as múltiplas formas de violência contra crianças, tendo instruído o Estado a usar os estudos das Nações Unidas “como ferramenta para a ação em parceria com a sociedade civil e, em particular, a participação das crianças, para garantir que todas as meninas e todos os rapazes sejam protegidos de todas as formas de violência física, sexual e psicológica e ganhar impulso para ações concretas com prazos definidos para prevenir e dar resposta à violência e ao abuso”.

O facto de os protagonistas ou agressores variarem e poderem incluir diferentes categorias, parentes e estranhos, dificulta a intervenção neste tipo de violência, em particular contra crianças no

---

<sup>167</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 38.

<sup>168</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique*, Maputo, 2008, p. 16.

<sup>169</sup> Cf. INE, *Estatísticas de Violência Doméstica 2014-2016*, Maputo, 2017, p.18, disponível em [http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/accao-social/estatisticas-de-violencia-domestica-2014-2016/at\\_download/file](http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/accao-social/estatisticas-de-violencia-domestica-2014-2016/at_download/file) [12.11.2019].

<sup>170</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 38.

<sup>171</sup> Cf. Ministério da Saúde & UNICEF, *Violência e Abuso Sexual de Crianças em Moçambique*, Maputo, 2011, p. 62.

<sup>172</sup> Cf. INE, *Estatísticas de Violência Doméstica*, op. cit., p. 7.

contexto da família, representando o maior desafio de todos, considerando que ela é vista, pela maioria, como a mais “privada” das esferas privadas, tornando-a camuflada<sup>173</sup>.

Um outro fator relacionado com atos que perigam a saúde da criança no contexto familiar está ligado aos casamentos prematuros que, muitas vezes, os dados não constam dos relatórios sobre violência sexual devido a complexidade do fenómeno.

A Lei da Família ao estabelecer, nos artigos 19.º e 30.º, 18 anos de idade como idade para contrair matrimónio, e em casos excepcionais de interesse público e familiar 16 anos, parece ter criado condições para que muitas crianças abaixo dessa idade sejam submetidas a uniões forçadas.

Apontam-se razões para ocorrência desse facto a pobreza dos progenitores, fatores culturais, pagamento de dívidas ou outro tipo de promessas, principalmente na região norte com predominância da religião muçulmana<sup>174</sup>.

O MICS, citado pelo Departamento de Estado dos Estados Unidos, constatou que em 2012, 14,3% das raparigas uniam-se maritalmente antes dos 15 anos na região setentrional do país, devido às práticas costumeiras<sup>175</sup>.

Para travar esta onda de violação dos direitos da criança por atos que põem em causa a sua saúde, o governo reforçou as suas ações através de aprovação de um quadro legal mais pesado para lidar com casos de violência sexual contra crianças.

O Código Penal, nos crimes contra liberdade sexual, prevê uma moldura penal abstrata de dois a oito anos àquele que cometer crime de violação sexual, nos termos do artigo 218.º.

O mesmo crime, quando praticado contra criança menor de 12 anos, a moldura penal passa para vinte e quatro anos, sendo que a violência e outros maus tratos ou sevícias corporais contra a vítima constituirão circunstâncias agravantes, nos termos da conjugação dos artigos 219.º e 118.º do mesmo diploma.

O artigo 220.º CP desvaloriza o consentimento do ato sexual praticado com menor de dezasseis anos, que não envolva cópula, punindo o agente com pena prisão de dois aos oito anos.

---

<sup>173</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique*, op. cit., p. 17.

<sup>174</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique*, op. cit., p. 28

<sup>175</sup> Cf. Departamento de Estado dos Estados Unidos: Gabinete de Democracia, Direitos Humanos e Trabalho, *Relatório dos Direitos Humanos em Moçambique em 2014*, 2014, p. 27, disponível em [https://mz.usembassy.gov/wpcontent/uploads/sites/182/2017/08/2014\\_human\\_rights\\_mozambique\\_pt.pdf](https://mz.usembassy.gov/wpcontent/uploads/sites/182/2017/08/2014_human_rights_mozambique_pt.pdf) [12.11.2019].

Por sua vez o artigo 221.º sobre o atentado ao pudor, estabeleceu no seu número 2 que se a vítima deste ato for menor, a moldura penal de prisão aplicada será agravada se houver violência.

Já o artigo 222.º, n.º 1, agrava as molduras penais dos crimes contra crianças se o seu agente for ascendente, adotante ou irmão da vítima, tutor, curador, mestre, professor, encarregado de educação ou qualquer autoridade contra a vítima.

Este dispositivo ganha significativa importância, visto que a maioria dos agressores sexuais da criança são pessoas com as quais a criança convive, tem alguma aproximação ou confiança, pelo que houve necessidade de se estabelecer medidas específicas contra esse grupo específico, punindo de forma mais severa aqueles comportamentos.

O mesmo dispositivo pune também a utilização de crianças para fins pornográficos, prostituição e corrupção de menores para fins sexuais, nos termos dos artigos, 226.º, 227.º e 228.º, respetivamente.

Apesar do esforço empreendido pelo legislador ao estabelecer as penas mais gravosas para os agressores, não escapa críticas vindas de todas as direções, principalmente dos defensores dos direitos das crianças pelo facto de o mesmo Código Penal parece trazer novo conceito de criança, isto é, assegurar maior proteção apenas para as vítimas de violência sexual até aos 12 anos de idade, nos termos do artigo 219.º, contrariando os demais dispositivos legais sobre a proteção da criança, nomeadamente a CDC, Lei de Bases de Proteção da Criança que definem a criança até aos 18 anos.

É ainda favorável o agravamento da moldura penal do autor do atentado ao pudor, nos termos do n.º 2, do artigo 221, apenas nos casos em que o crime for acompanhado por violência, pois, no nosso entender, nestes crimes (atentado ao pudor, violência sexual) está sempre patente qualquer forma de violência, seja de natureza psicológica ou física, contra a criança.

Ademais, o n.º 3 do artigo 47.º da CRM defende o princípio de que todos os atos referentes às crianças praticados pelas entidades públicas e privadas devem ter sempre presente o interesse superior desta. Inclui-se nestes, a nosso ver, os atos legislativos referentes as crianças, o que não se depreende nesta norma ao proteger apenas a criança vítima de violência sexual até aos 12 anos, deixando de fora as outras que, nas mesmas circunstâncias deviam merecer a mesma proteção do legislador.

Outro aspeto não menos importante prende-se com as condições de punição previstas no artigo 223.º, ao condicionar que a responsabilização do agente só pode-se conseguir se a própria vítima,

quando for maior 16 anos, apresentar queixa, o que faz escapar a maioria ou quase todos os agressores no seio familiar, onde ocorrem a maioria destes casos, devido a relação de parentesco ou outra entre a vítima e o agressor.

Para além do estabelecimento de medidas punitivas cada vez mais pesadas contra os agressores dos crimes de violência sexual contra crianças, o governo adotou outras medidas como construção de gabinetes para atendimento da criança e da mulher vítima de qualquer tipo de violência que funcionam anexas às Esquadras da Polícia, ações de sensibilização com parceiros nacionais e internacionais (Organizações da Sociedade Civil), para o respeito dos direitos da criança e para denunciar tais atos que, muitas vezes, têm proteção dos membros da família.

Chegados a este momento podemos dizer que é reconhecível o esforço do governo, OSC e agências internacionais na luta pela proteção da criança contra a violência sexual, devido às suas consequências para a sua saúde, ainda continua a ser pouco para inverter o sentido do gráfico que é caracterizado pelo aumento cada vez mais de casos de violência sexual contra crianças em todo o país.

### **1.1.2. Violência doméstica: vitimização indireta da criança**

Falar da violência doméstica é falar de uma prática que se confunde com o surgimento da humanidade<sup>176</sup>, cuja divulgação é muito recente, graças a consciência dos movimentos feministas ao redor de todo o mundo<sup>177</sup>, devido também as proporções que esta prática vem ganhando nas últimas décadas.

Durante muito tempo a violência doméstica foi vista como um problema das classes sociais mais baixas, mas logo esta teoria caiu por terra, porque a prática veio revelar que se trata de um fenómeno que atinge também as classes mais altas como políticos, advogados, médicos<sup>178</sup>, entre outras.

As causas da violência doméstica são diversas, mas há que frisar aspetos como o desemprego, a alcoolismo, a toxicoddependência, a frustração, o *stress*, crenças e atitudes, problemas financeiros, gravidez precoce, vivências infantis de agressão ou de violência parental, distúrbio de personalidade, perturbações mentais ou físicas, normas culturais que negam à mulher um estatuto social, legislação

---

<sup>176</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, Brasília, 2007, p. 16.

<sup>177</sup> Cf. Ana de Miguel ÁLVAREZ, "La violencia de género: La construcción de un marco feminista de interpretación", in *Revista Internacional de Sociología*, 2003, pp. 127-150.

<sup>178</sup> Cf. Carla MACHADO e Rui Abrunhosa GONÇALVES, *Violência e Vítimas de Crimes*, Coimbra, Quarteto, 2003, p. 135.

que, muitas vezes, apenas representa os interesses dos homens, falta de acesso das mulheres aos serviços básicos como saúde e educação, leis discriminatórias, como por exemplo, em relação aos direitos de propriedade da mulher; o fraco compromisso das lideranças para tratar a violência doméstica contra a mulher como um problema social<sup>179</sup>.

Muitas teorias sobre o mesmo fenómeno foram desenvolvidas, mas todas convergiam na ideia de que ela não era o fim em si, mas um meio, um instrumento para ganhar controlo sobre as ações, os pensamentos e os sentimentos do outro<sup>180</sup>.

Numa primeira fase de estudo do fenómeno foi visto como uma prática que incidia essencialmente contra a mulher, daí que as primeiras literaturas sobre o assunto estavam focadas nesse sentido. Foi nesse sentido que Reguant citado por Varela olhava para violência doméstica numa ideia de autoridade e liderança do varão, na qual os homens são superiores às mulheres, o marido à esposa; o pai à mãe, os filhos às filhas, os velhos aos jovens e a linha de descendência paterna à linha de descendência materna<sup>181</sup>.

Na mesma linha De Miguel Álvarez olha a violência como um sistema de dominação baseado no sexo-género (mulheres como inferiores e como propriedade dos homens) independente dos outros sistemas de dominação e que apresenta formas de opressão e legitimação específicas, relacionadas com a desigualdade tanto na esfera pública como na esfera privada<sup>182</sup>.

Por sua vez as NU reconhecendo a vulnerabilidade da mulher como vítima da violência, incluindo a violência doméstica, avançaram uma definição sobre a violência que só incidia contra mulher. O artigo 1.º da Declaração das Nações Unidas Sobre Erradicação da Violência Contra as Mulheres define “violência contra as mulheres significa qualquer acto de violência baseado no género do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais actos, a coacção ou a privação arbitrária de liberdade, que ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada”<sup>183</sup>.

---

<sup>179</sup> Cf. N. WETI, *Revisão da Literatura sobre Violência Doméstica contra a Mulher*, Maputo, 2006, p.13

<sup>180</sup> Cf. Advocates for Human Rights, *Documenting the Implementation of Domestic Violence Laws: A Human Rights Monitoring Methodology*, 2011, p. 45, disponível em [https://scholar.google.com/scholar?q=Advocates+for+Human+Rights,+Documenting+the+Implementation+of+Domestic+Violence+Laws:+A+Human+Rights+Monitoring+Methodology&hl=pt-PT&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.com/scholar?q=Advocates+for+Human+Rights,+Documenting+the+Implementation+of+Domestic+Violence+Laws:+A+Human+Rights+Monitoring+Methodology&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar) [12.11.2019].

<sup>181</sup> Cf. Nuria VARELA, *Feminismo para Principiantes*, Barcelona, Ediciones B, 2005, p. 20

<sup>182</sup> Cf. Ana de Miguel ÁLVAREZ, “La violencia de género: La construcción de un marco feminista de interpretación”, *op. cit.*, pp. 127-150.

<sup>183</sup> Cf. Declaração das Nações Unidas Sobre Erradicação da Violência Contra as Mulheres, disponível em [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/1967\\_declaracao\\_sobre\\_a\\_eliminacao\\_da\\_discriminacao\\_contra\\_as\\_mulheres.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/1967_declaracao_sobre_a_eliminacao_da_discriminacao_contra_as_mulheres.pdf) [12.11.2019].

Esta redação foi um marco histórico na medida em que lançou bases para análise de um problema que já ganhava contornos cada vez mais preocupantes e que culminou com a assunção de que havia necessidade de atuar contra os crimes praticados entre os integrantes de uma mesma família.

Por isso, atualmente o entendimento sobre a violência no seio da família é mais abrangente, olhando-se não apenas para atos infligidos contra a mulher, mas também contra o homem e contra as crianças que integram essa família. E é nessa ideia que autores como Machado e Gonçalves definem violência doméstica como,

Qualquer acto, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital<sup>184</sup>.

Como se pode aferir do conceito de violência doméstica avançado por estes autores, já não se faz nenhuma distinção, podendo homem e mulher, em qualquer fase etária, serem vítimas ou autores deste mal, ainda que não seja de forma reiterada, ao contrário da formulação daqueles autores.

É este o sentido abraçado pelo legislador moçambicano ao considerar, nos termos do n.º 1 do artigo 245.º CP que pratica crime de violência “aquele que voluntariamente causar dano físico ao cônjuge, ex-cônjuge, pessoa com quem viva como tal, parceiros ou ex-parceiros, namorados ou ex-namorados e familiares”.

O artigo 245.º CP não faz distinção de género para efeitos de tipificação do ato como violência doméstica, ou seja, é violência doméstica a violência física praticada por homem contra mulher, por mulher contra homem, de mulher para mulher e de homem para homem, desde que entre eles haja um certo grau de familiaridade, haja ou tenha havido partilha coabitação ou relação marital, independentemente da idade do agredido.

---

<sup>184</sup> Cf. Carla MACHADO e Rui Abrunhosa GONÇALVES, *Violência e Vítimas de Crimes*, op. cit., p. 138.



O mesmo dispositivo legal estabelece 5 modalidades de violência doméstica, nomeadamente a violência física (artigos 245.º e 246.º), violência psicológica (artigo 247.º), violência moral (artigo 248.º), violência patrimonial (artigo 250.º) e violência social (artigo 251.º).

Como já se referiu, a violência doméstica é uma prática que não escolhe as suas vítimas, podendo ser qualquer um, pelo que para responder os objetivos do presente estudo, vamos debruçarmo-nos apenas sobre a violência doméstica que atinge a criança e como é que ela afeta negativamente no seu desenvolvimento são e harmonioso.

A violência doméstica contra crianças, coloca-se em duas perspetivas, como ensina Sani, testemunhar a violência e ser vítima<sup>185</sup>. As consequências práticas no desenvolvimento harmonioso e são das crianças que testemunham e as que são vítimas diretas da violência são as mesmas, daí que o nível de preocupação deve ser igual para ambos os casos.

O que geralmente acontece é que, segundo escreve Gaspar

A base da saúde mental de uma criança é prejudicada quando a mesma não sente o apoio dos pais para a proteger. A idade pré-escolar é um período onde a criança começa a desenvolver as relações com os outros e a conhecer o autocontrolo. Inicia, assim, o desenvolvimento da sua regulação emocional e capacidades pró-sociais. Um ambiente violento, pelas suas características caóticas, compromete o desenvolvimento emocional das crianças, porque não existe estrutura para ensinar a controlar as emoções que desconhecem. Neste contexto, a probabilidade de desenvolvimento da agressividade, ansiedade de separação, dificuldades nas capacidades de empatia e na compreensão de sociais, aumenta [.] Portanto, se até aos seis anos, as crianças aprendem a expressar a agressividade, a raiva, assim como, outras emoções, a vivência num contexto violento leva a que adquiram formas não saudáveis de expressar a sua agressividade e raiva, uma vez que lhes são transmitidas mensagens opostas relativamente ao que devem fazer e aquilo que observam<sup>186</sup>.

Na prática, o que se verifica é uma certa despreocupação social sobre o fenómeno da vitimação indireta, pelo facto de ser menos alarmante quando comparado com situações de lesão direta à integridade da criança, mas que, segundo a mesma autora,

Nesta idade, as crianças apresentam um pensamento egocêntrico e, deste modo, podem vir a atribuir a violência interparental a algo que elas próprias tenham feito, o que pode desenvolver

---

<sup>185</sup> Cf. Ana Isabel SANI, "Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar", in *Análise Social*, vol. XLI, n.º 180, 2006, pp. 849-864.

<sup>186</sup> Cf. Susana Patrícia Gonçalves GASPARG, *Vítimas Silenciosas: Crianças Expostas à Violência Interparental*, Lisboa, 2016, p. 18, disponível em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2591/1/Susana%20Gaspar%2020130648%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf> [12.11.2019].

sentimentos de culpa [e] de que não são dignos de respeito e conforto [...] Começam também a formar as suas ideias acerca dos papéis de género, adquiridas através das mensagens sociais, sendo que, neste sentido, irão associá-los à violência e à vitimização<sup>187</sup>.

Os dados sobre violência doméstica contra a criança em Moçambique referem-se à violência onde a criança é a vítima direta dos atos perpetrados pelo agressor, deixando de fora aqueles em que a mesma presencia a sua prática contra outra pessoa no seio da família.

De 2014 à 2016 foram reportados mais de 25 mil casos de violência doméstica em Moçambique, apontando-se mais a violência doméstica contra mulheres e crianças<sup>188</sup>, nas suas diferentes modalidades, com destaque para a violência sexual.

Este número de casos reportados pode não corresponder a realidade, pois muitas vítimas ainda preferem manterem-se em silêncio para proteger o agressor, ou por considerar a violência doméstica como uma situação normal, principalmente no meio rural, onde a sua aceitação cultural é uma das suas principais causas. Algumas formas de violência estão enraizadas em dinâmicas sociais discriminatórias e desigualdades de género e práticas nocivas contra as mulheres e crianças<sup>189</sup>.

O reconhecimento desta prática como nociva para o desenvolvimento são e harmonioso da criança começa com a Lei de Proteção da Criança, ao instar, nos termos do n.º 1 do artigo 20.º que “os casos em que há suspeita ou confirmação de maus-tratos, abuso ou violência contra a criança, devem ser obrigatoriamente comunicados à autoridade policial mais próxima, sem prejuízo de outras providências legais”.

Apesar do reconhecimento das consequências negativas reportadas sobre a violência doméstica contra criança, o legislador penal moçambicano não previu um regime jurídico específico para sua punição. Ou seja, nos termos estabelecidos no n.º 1 do artigo 245.º CP, o agressor que praticar o crime de violência doméstica contra uma criança será punido pela mesma moldura penal abstrata que cabe àquele que praticar o mesmo ato contra um adulto, ignorando todos os aspetos da sua vulnerabilidade, incapacidade de se defender e, sobretudo, as suas consequências no desenvolvimento harmonioso e são da criança.

---

<sup>187</sup> Cf. Susana Patrícia Gonçalves GASPARG, *Vítimas Silenciosas: Crianças Expostas à Violência Interparental*, op. cit., p. 19.

<sup>188</sup> Cf. INE, *Estatísticas de Violência Doméstica 2014-2016*, Maputo, 2017, p.7, disponível em [http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/accao-social/estatisticas-de-violencia-domestica-2014-2016/at\\_download/file](http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/accao-social/estatisticas-de-violencia-domestica-2014-2016/at_download/file) [12.11.2019].

<sup>189</sup> Cf. N.º WETI, *Revisão da Literatura sobre Violência Doméstica contra a Mulher*, op. cit., p. 16.

A criança apenas é mencionada nas situações em que ela presencia o cometimento deste crime contra terceira pessoa, constituindo uma circunstância agravante de caráter especial, nos termos da alínea a) do artigo 254.º CP, reduzindo toda a base teórica sobre o perigo na saúde presente e futura da criança no seio de uma família violenta.

A agressão entre casais, na sua maioria é praticada na presença de crianças, mas esse facto raras vezes é discutido nas audiências de julgamento do agressor, o que significa que embora haja uma preocupação do ponto de vista legal, ainda não se assumiu o mesmo compromisso no seio dos aplicadores da lei.

Outrossim, a aplicação das medidas punitivas contra o agressor só previne que o mesmo não volte a cometer os mesmos crimes, mas em nada contribui para resolver aquilo que é mais importante para a criança, isto é, o seu bem-estar emocional, psicológico, que necessita de acompanhamento de especialistas, o que não acontece.

### **1.1.3. Maus-tratos e Negligência contra a Criança**

Os maus-tratos e a negligência são outras manifestações da violência doméstica contra a criança, mas que são aqui analisados isoladamente, como já avançamos, por uma questão de comodidade metodológica.

Os maus-tratos e a negligência referem-se a um conjunto não especificado de ações nocivas contra a criança. Mas, como avança a UNICEF, “inclui várias práticas expressivas de violência, desde a incapacidade de ir ao encontro das necessidades emocionais e materiais da criança e a incapacidade de providenciar estímulo físico e intelectual, e garantir orientação e supervisão adequadas”<sup>190</sup>.

A mesma fonte avança ainda que a falta de supervisão adequada é um importante fator de lesões e morte por acidentes no lar e contribui para o envolvimento de crianças em atividades perigosas como o abuso de drogas e a atividade sexual prematura e não protegida, colocando em risco a sua saúde<sup>191</sup>.

Em Moçambique este tipo de violência é ainda preocupante, primeiro a olhar para os números de crianças “de rua” que, embora sem dados recentes sobre o assunto, já em 2011 rondavam por cerca

---

<sup>190</sup> Cf. UNICEF, *Proteção da criança: Manual para Parlamentares*, op. cit., p.105.

<sup>191</sup> Cf. UNICEF, *Proteção da criança: Manual para Parlamentares*, op. cit., p.105.

de 5 mil<sup>192</sup>, segundo, porque muitos casos não são reportados, considerando-se como uma prática normal, até quando se atingir níveis muito mais graves.

As uniões prematuras ocupam os lugares cimeiros das causas deste mal, principalmente nas zonas rurais onde se estima que em cada duas meninas, uma une-se maritalmente antes de atingir 18 anos<sup>193</sup>, cujas consequências desembocam na violência doméstica, nas suas diferentes formas de manifestação, particularmente o abandono e a negligência.

Este facto tem reforçado cada vez mais vozes sobre a necessidade de revogação do artigo 30.º da Lei da Família que permite a celebração de casamento de pessoas com menos de 18 anos e responsabilizar criminalmente os autores e os cúmplices desses atos.

A negligência e os maus-tratos apesar de encontrarem proibição no Código Penal, sob forma de maus-tratos ou sobrecarga de menores, exposição ou abandono e desleixo, artigos 179.º, 213.º e 217.º, respectivamente, notícias sobre práticas desses atos não param de aumentar<sup>194</sup>, desacompanhadas da devida responsabilização criminal dos seus autores.

Aliado à fragilidade da aplicação da lei, encontramos a ausência de políticas claras de proteção da criança vítima de negligência e de maus-tratos, bem como da ausência de instituições de acolhimento das mesmas quando identificadas, embora se reconheça o perigo para a sua saúde ao permanecer no seio da família violenta.

#### **1.1.4. Ritos de Iniciação**

Os ritos de iniciação são uma prática ainda presente em Moçambique, com maior incidência nas regiões central e norte do país, cujo objetivo, como avançam alguns estudos, é manter a coesão identitária no grupo, hierarquização e diferenciação tendo como base o sexo e a idade<sup>195</sup>.

---

<sup>192</sup> Cf. Universal, *Ajuda às crianças de rua de Moçambique*, disponível em [https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1&q=Universal%2C+Ajuda+%C3%A0s+crian%C3%A7as+de+rua+de+Mo%C3%A7ambique&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Universal%2C+Ajuda+%C3%A0s+crian%C3%A7as+de+rua+de+Mo%C3%A7ambique&btnG=) [12.11.2019].

<sup>193</sup> Cf. Jornal Notícias, edição de 17 de Maio de 2018, disponível em <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/1-plano/77488-uniões-prematuras-desamparo-promovido-por-quem-devia-protger> [12.11.2019].

<sup>194</sup> Cf. <https://noticias.sapo.mz/actualidade/artigos/pobreza-aumenta-abandono-de-criancas-no-centro-de-mocambique>; <http://www.verdade.co.mz/destaques/democracia/59542-crimes-sexuais-e-maus-tratos-lideram-as-queixas-de-criancas-em-mocambique>; <http://www.dw.com/pt-002/viol%C3%Aancia-infantil-preocupa-autoridades-em-mo%C3%A7ambique/a-16313629>; [http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/desporto/52798-fifa-investiga-atribuicao-do-mundial-2006?fb\\_comment\\_id=1143845108999432\\_1144110062306270](http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/desporto/52798-fifa-investiga-atribuicao-do-mundial-2006?fb_comment_id=1143845108999432_1144110062306270); <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/primeiro-plano/32078-violencia-contra-criancas-um-mal-que-urge-estancar.html> [12.11.2019].

<sup>195</sup> Cf. Conceição OSÓRIO e Ernesto MACUÁCUA, *Os Ritos de Iniciação no Contexto Actual: Ajustamentos, Rupturas e Confrontos Construindo Identidades de Género*, Maputo, 2013, p. 41.

Segundo estudos realizados por Bagnol & Mariano, Osório & Macuácuá, e Chirinza, citado pela ROSC, os ritos de iniciação podem representar uma violação dos direitos das crianças sob diferentes aspectos,

Pelo seu conteúdo explícito sobre o sexo e muitas vezes depreciador do estatuto das crianças (violência psicológica e informação inadequada); pelos ensinamentos que preveem a submissão das mulheres aos homens (discriminação); pelas práticas vaginais e as tatuagens, violência física infligida durante os ritos (violência e risco para saúde); pela influência que exerce no início precoce da atividade sexual e no subsequente casamento prematuro (risco para saúde, abandono escolar, pobreza) e pelo impacto negativo no aproveitamento escolar, devido às faltas nas aulas para participar dos ritos (insucesso escolar), entre outros aspetos negativos<sup>196</sup>.

Para um estudo como este, focado às questões de saúde infantil, importa, nas várias representações das consequências dos ritos de iniciação, olhar aquelas que vão afetar diretamente a saúde da criança, nomeadamente a violência e as uniões prematuras dos iniciados. Esta delimitação não equivale necessariamente o não reconhecimento como o fracasso na educação, por exemplo, pode influenciar nos comportamentos de risco para a saúde das crianças.

Os ritos de iniciação são caracterizados por práticas de circuncisão, recorrendo a métodos tradicionais não seguros quanto a sua higiene como, por exemplo, a não esterilização dos instrumentos usados, o que possibilita a contaminação por várias doenças; incitação para uniões prematuras por incutir nas crianças comportamentos de pessoas adultas e entrada na vida sexual ativa prematura; alongamentos de lábios genitais femininas e, em casos mais graves, a mutilação genital que já foi denunciada como uma prática que ocorre em algumas comunidades de Moçambique<sup>197</sup>.

O Código Penal de Moçambique estabelece normas com vista a desencorajar esta prática, através de aplicação de penas pesadas que variam de doze a dezasseis anos, nos termos do artigo 178.º, cuja aplicação ainda está longe de ser conseguida, pois, apesar da perigosidade dos atos acima mencionada, o Estado não mostra nenhuma ação enérgica para sua radicação.

O posicionamento das entidades públicas em relação a este fenómeno mostra sua aceitação da prática, porém tenta-se mitigar o seu impacto negativo no campo da educação, por exemplo, ao sensibilizar as comunidades onde a prática ainda é comum a harmonizar o período das cerimónias

---

<sup>196</sup> Cf. ROSC, *Implementação da Convenção dos Direitos da Criança em Moçambique*, op. cit., p. 48.

<sup>197</sup> Cf. ONU NEWS, disponível em <https://news.un.org/pt/story/2017/02/1576321-mocambique-deve-pesquisar-casos-recentes-de-mutilacao-genital-feminina> [12.11.2019].

com as férias escolares, para que as crianças envolvidas não percam o ano letivo, como sucedia no passado.

Embora reconhecendo o valor desta intervenção pelo facto de garantir que as crianças continuem a frequentar a escola, julgamos ainda ser pouco, porque muito cedo as mesmas abandonam a escola para assumir responsabilidades e papéis que lhes foram transmitidos na iniciação.

Os dados IDS 2011 revelam que cerca de 9.3% de meninas entre 15-19 anos foram forçadas a manter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual. 9% de meninas e 3% de meninos entre 15 e 18 anos sofreram violência sexual. Os meninos e as meninas estão muito expostos a violência física: 28% de meninos e 22% de meninas entre os 15-18 anos sofreram violência física. Os pais e outros cuidadores são os perpetradores mais citados de violência física contra as crianças; seguido de parceiros 37%, mães/madrastas 20% e os irmãos 17%<sup>198</sup>.

Estes dados levam-nos a concluir que em Moçambique, seguindo os ensinamentos de Jaffe, Wolfe e Wilson, 1990, citados por Sani, a ideia de que a família é o lugar mais seguro, onde a criança deve encontrar toda a satisfação que necessita para um crescimento são e harmonioso tem vindo a ser quebrada pelo conhecimento, cada vez mais frequente, de vários incidentes familiares violentos, muitas vezes ocultos, por se considerar segredos de família ou comportamentos aceites numa sociedade patriarcal<sup>199</sup>.

## **1.2. Direito à Saúde Infantil nas Instituições de Ensino**

Ainda é difícil encontrar um conceito de saúde escolar já elaborado. Mas para perceber o surgimento da união entre a saúde e a escola, tem que se recuar na história, concretamente para o ano de 1977, quando a OMS decretou o ano 2000 como o ano em que todos os cidadãos deveriam ter acesso à saúde, “Saúde para Todos no Ano 2000”<sup>200</sup>.

Esta meta, “Saúde para Todos no Ano 2000”, foi responsável pelas várias conferências que se seguiram a nível mundial, em busca da melhor estratégia para atingir a meta definida em 1977 pela OMS, tais como: 1978 – Alma Ata (Ex URSS) - Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários; 1986 – 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – carta de Otawa

<sup>198</sup> Cf. MISAU, *Inquérito Demográfico e de Saúde*, disponível em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR14/PR14.pdf> [12.11.2019].

<sup>199</sup> Cf. Ana Isabel SANI, “Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar”, *op. cit.*, pp. 849-864.

<sup>200</sup> Cf. Amarilis ROCHA *et al.*, “Saúde Escolar em construção: Que projetos?”, in *Millennium*, vol. 41, 2011, p. 3, disponível em [www.ipv.pt/millennium/Millennium41/7.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium41/7.pdf) [12.11.2019].

(Canadá) – Promoção da Saúde nos Países Industrializados; 1988 – 2ª Conferência Internacional sobre a promoção da saúde – Declaração de Adelaide (Austrália) – Promoção da Saúde e Políticas Saudáveis; 1991 – 3ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – Declaração de Sundswall (Suécia) – Promoção da Saúde e Ambientes favoráveis à Saúde; 1997 – 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta (Indonésia) – Promoção da Saúde no século XXI; 2000 – 5ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – Declaração do México (EUA) – Promoção da Saúde Rumo a maior Equidade; 2005 – 6ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – carta de Banguocoque, Promoção da Saúde num mundo Globalizado; 2009 – 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – África (Quênia) – Justiça Social; maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político; criação de condições que permitam às pessoas um maior controlo sobre as suas próprias vidas<sup>201</sup>.

O objetivo destas conferências era encontrar uma estratégia eficaz de tornar a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, mais acessível, independentemente das diferenças de qualquer natureza.

Em Moçambique não há dados claros sobre a eleição do setor da educação como o mais eficaz para implementação de programas de saúde, mas não há dúvidas de que depois da família que deve ser o lugar mais adequado para inculcar hábitos e comportamentos saudáveis, a escola aparece em segundo lugar.

De acordo com Precioso citado por Rocha, a escolha da escola como o lugar adequado para desenvolvimento de ações da saúde, assenta em quatro pressupostos fundamentais,

Todas as crianças de um país passam pelo sistema de ensino, logo dificilmente algum programa de educação para a saúde implementado noutra local atingiria tanta gente; inúmeros estudos de investigação mostram claramente que as raízes do comportamento humano, nos seus diferentes níveis, se situam na infância e na adolescência; a educação para a saúde na escola permite trabalhar o indivíduo numa fase de formação em que ainda não adquiriu hábitos prejudiciais à saúde, estando numa fase do desenvolvimento em que são mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos; a colaboração de profissionais pedagogicamente preparados para o ensino, bem como o seu valioso contributo no processo de educação, enquanto agentes construtivos e fomentadores da autonomia<sup>202</sup>.

---

<sup>201</sup> Cf. Amarílis ROCHA *et al.*, "Saúde Escolar em construção: Que projetos", *op. cit.*, p.7.

<sup>202</sup> Cf. Amarílis ROCHA *et al.*, "Saúde Escolar em construção: Que projetos?", *op. cit.*, p. 9.

O terceiro Plano Estratégico do Setor da Saúde – PESS (2014-2019), definiu como objetivo, orientar a edificação do sistema de saúde moçambicano, em particular o Sistema Nacional de Saúde – SNS, tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população, em especial da criança.

Um dos princípios basilares do SNS para a promoção dos cuidados sanitários primários é o estabelecimento de parcerias com vários setores privados, públicos e da sociedade civil, o que prescreve o envolvimento dos diversos setores do Estado na busca ou promoção da saúde e bem-estar dos cidadãos e das crianças, em particular<sup>203</sup>.

Neste sentido, a educação aparece no topo dos vários setores parceiros de promoção da saúde, visto que, segundo as conclusões da Secretaria de Políticas de Saúde,

O setor educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersectorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde<sup>204</sup>.

Em Moçambique esta aliança, saúde e educação, mostra-se cada vez mais relevante, visto que de acordo com dados estatísticos disponíveis, as crianças compõem em mais de 52%<sup>205</sup> da população moçambicana, pelo que qualquer estratégia direcionada para esta camada e que pretende resultado e impacto significativos deve estar ligada à escola, por ser lá onde grande parte se encontra.

No entendimento de que o setor da educação é incontornável para obtenção de ganhos satisfatórios na promoção da saúde, principalmente dos cuidados sanitários primários, o PESS estabeleceu o Programa de Saúde Escolar, definindo como objetivos principais: a) incentivar práticas de vida saudáveis, através de educação sanitária regular nas escolas (higiene individual e coletiva, exercícios físicos), jornadas de limpeza, hortas escolares, não consumo de álcool, tabaco e promoção de segurança rodoviária, como porta de entrada para a promoção das doenças não transmissíveis; b) intensificar as ações de Vacina Anti Tetânica - VAT2 nas Escolas; c) Alargar o pacote básico de saúde

---

<sup>203</sup> Cf. MISAU, *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014 – 2019*, Maputo, 2013, p. 36, disponível em [www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos](http://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos) [23.02.2019].

<sup>204</sup> Cf. Secretaria de Políticas de Saúde, "Projeto de Promoção à Saúde", in *Rev. Saúde Pública*, vol. 36, n.º 2, 2002, pp. 533-535, disponível em [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp) [25.03.2019].

<sup>205</sup> Cf. UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique 2014*, op., cit. p. 32.



escolar às escolas de nível secundário e pré-universitário, incluindo a realização de observações e/ou exames médicos periódicos nas escolas e a realização de campanhas de desparasitação<sup>206</sup>.

Por sua vez o Plano Estratégico da Educação – PEE 2012-2016, definiu programas específicos ligados à saúde da criança, nomeadamente desporto escolar e alimentação e nutrição, que visam desenvolver capacidades psicomotoras que são de importância vital para o processo de ensino-aprendizagem e uma alimentação equilibrada e adequada para a retenção dos alunos e melhorar o seu desempenho escolar, respetivamente<sup>207</sup>.

O mesmo documento integrou ainda no setor da educação outras matérias, embora na qualidade de assuntos transversais, questões ligadas a prevenção e mitigação do VIH/SIDA, ambiente escolar saudável e seguro e necessidades educativas especiais<sup>208</sup>.

No quadro da prevenção e mitigação do VIH/SIDA, o setor da educação vai atuar em quatro níveis, nomeadamente,

Como empregador: desenvolvimento de acções de prevenção e de redução do impacto do HIV e SIDA nos professores, gestores e funcionários da Educação; Como educador: desenvolvimento de acções de formação e de redução do impacto do HIV e SIDA nos alunos e estudantes, incluindo o apoio às crianças órfãs e mais vulneráveis; Como sistema: desenvolvimento de um quadro institucional que permita ao sector responder apropriadamente à pandemia do HIV e SIDA, de modo a que as principais missões do sector da Educação não sejam colocadas em risco; Como parte da resposta nacional: desenvolvimento de relações com os parceiros governamentais e não-governamentais para um apoio efectivo no combate à propagação do HIV e SIDA<sup>209</sup>.

A determinação das matérias como VIH/SIDA, ambiente escolar saudável, isto é, livre de violência (física e sexual), malária, cólera e outras doenças, bem como a educação inclusiva, foi determinada pelo facto de estes males continuarem a constituir as principais razões para que metade das crianças que ingressa no ensino primário não termine este ciclo de ensino<sup>210</sup>.

Este quadro pode justificar a ideia de que apesar da relação escola-saúde ser já longa, os seus resultados ainda não se podem considerar efetivos, pois parece ainda haver uma submissão da escola ao setor da saúde, impedindo que esta desenhe o seu plano de atuação com vista a resolver os

---

<sup>206</sup> Cf. MISAU, *Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019*, op. cit., p. 63,

<sup>207</sup> Cf. MINED, *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*, Maputo, 2012, pp. 45-46, disponível em <http://www.mined.gov.mz/PROGS/Pages/plano-estrategico-educacao.aspx> [12.11.2019].

<sup>208</sup> Cf. MINED, *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*, op. cit., p. 43.

<sup>209</sup> Cf. MINED, *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*, op. cit., p. 44

<sup>210</sup> Cf. Unicef, *Situação das Crianças em Moçambique*, op. cit., p.54.

problemas, tendo em conta as influências de fatores como a alimentação, meio ambiente onde a escola se encontra, as tradições dos seus integrantes e aspetos socioculturais a tomar em consideração e não apenas depender do que for definido pela setor da saúde para educação.

É nesse mesmo sentido que Tarlov, citado por Silva, entende que esta relação sempre foi caracterizada por uma certa passividade da escola em cumprir tudo o que vinha da saúde, sem nunca questionar sobre o valor dos fatores sociais que são, no final de tudo determinantes para a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco<sup>211</sup>.

Embora tenha ficado descrito ao longo do presente capítulo que a escola desempenha um papel importante na promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, na realidade moçambicana, as escolas ainda não têm conseguido alinhar com os objetivos pretendidos na aproximação destes dois setores, pois são vários os comportamentos atentatórios à saúde da criança, mas que do momento importa olhar para duas formas mais ou menos já estudadas, violência física e violência sexual.

### **1.2.1. Violência física nas escolas**

Não se pode negar o papel da escola na proteção contra a violência, mas também constitui preocupação o perigo que ela própria representa para muitas crianças, porque, se, por um lado ela expõe as crianças à violência, por outro ela pode ensiná-las ou contribuir para que elas desenvolvam comportamentos violentos.

Apesar de pouco documentada, a violência física nas escolas moçambicanas constitui uma realidade com a qual as crianças são forçadas a conviver com ela no seu quotidiano, apresentando-se sob duas formas principais.

A primeira forma de violência física nas escolas tem como principais atores professores e outros funcionários de escolas e pode incluir castigos corporais, formas cruéis, principalmente bater em crianças com as mãos ou varas<sup>212</sup>, o que se enquadra naquilo que Faleiros e Faleiros consideram como disciplina física abusiva com fim corretivo<sup>213</sup>.

---

<sup>211</sup> Cf. Carlos dos Santos SILVA, "O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens", in *Saúde e Educação*, 2008, pp. 22-31, disponível em [www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf](http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf) [12.11.2019].

<sup>212</sup> Cf. Nações Unidas, *Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças*, 2006, p. 17, disponível em [www.unric.org/pdf/criancas](http://www.unric.org/pdf/criancas) [21.11.2018].

<sup>213</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, Brasília, 2007, p. 35.

A segunda forma de violência física ocorre sob forma de brigas e atitudes intimidatórias entre colegas. Estas práticas têm merecido pouca atenção por parte dos educadores e dos encarregados de educação, olhando-as apenas como questões de indisciplina sem grande relevância<sup>214</sup>.

A violência física na sua segunda forma tem como principais autores os rapazes que, algumas vezes, resulta das desigualdades de relacionamento que são explicadas pela natureza que atribui características diferenciadas às mulheres e aos homens, ou seja, a tolerância manifesta dos professores em relação às alunas, tem a ver com uma “normalidade” social que, tendo em conta a fragilidade das mulheres, aceita as fraquezas inerentes ao sexo feminino e, portanto, exige menos em termos de sucesso escolar do que aos rapazes<sup>215</sup>.

Apesar de nunca ter sido regulado, o recurso à violência física sempre foi aceite como um método de ensino nas escolas moçambicanas e tacitamente reconhecida pelas instituições de tutela do setor da educação e pelos encarregados de educação. Esta foi a conclusão de um estudo conduzido pelo WSLA, no qual se avança que “professores e encarregados de educação acham que se deve bater nos alunos para os disciplinar, para estes aprenderem”<sup>216</sup>.

Estas práticas mereceram especial atenção do Comité dos Direitos da Criança nas observações feitas ao primeiro relatório periódico sobre a proteção dos direitos da criança dos Estados-parte, onde o recurso aos castigos corporais e abusos das crianças nas instituições de ensino eram grande preocupação para aquele organismo das Nações Unidas<sup>217</sup>.

Nesse sentido, foi aprovada, em 2008, a Lei de Bases de Proteção da Criança que, reconhecendo a prática enraizada nas instituições de ensino em Moçambique, veio estabelecer no artigo 24.º o repúdio do recurso à qualquer medida corretiva que a própria criança não puder compreender o seu propósito. O artigo seguinte continua defendendo a dignidade da criança, chamando a todos para a defender contra qualquer tipo de tratamento desumano, cruel, violento, humilhante, constrangedor ou discriminatório.

Aproximadamente um ano depois da entrada em vigor da Lei de Proteção da Criança, o Comité dos Direitos da Criança das Nações Unidas, na análise daquele que foi o segundo relatório e último do Estado moçambicano sobre os direitos da criança, Este volta, no ponto 47, a manifestar a sua

---

<sup>214</sup> Cf. Nações Unidas, *Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças*, op. cit., p.18.

<sup>215</sup> Cf. Conceição OSÓRIO, *A Socialização Escolar: Educação Familiar e Escolar e Violência de Género nas Escolas*, 2007, p. 3, disponível em <http://www.wlsa.org.mz/artigo/a-socializacao-escolar-educacao-familiar-e-escolar-e-violencia-de-genero-nas-escolas> [12.11.2019].

<sup>216</sup> Cf. Brigitte BAGNOL e Zaida CABRAL, *Estudo sobre o Estatuto do Professor do Ensino Primário em Moçambique*, Maputo, 1998, p. 47.

<sup>217</sup> Cf. Comité para os Direitos da Criança, *Análise dos Relatórios Apresentados pelos Estados-partes nos termos do artigo 44 da Convenção – Observações Finais do Comité para os Direitos da Criança*. Moçambique, 2009, p. 11.

preocupação com os castigos corporais, sendo frequentemente considerados pelos professores como a única forma de disciplinar as crianças nas escolas.

O Comité preocupou-se ainda com o facto de, apesar dos regulamentos do exercício do professorado proibirem os castigos corporais, estes continuam a ser infligidos às crianças por professores e pais em todo o território do Estado-parte. Face a esta constatação, aquele organismo recomendou, no ponto 48, que o Estado moçambicano adote medidas concretas para a proteção da criança contra castigos corporais e outras formas cruéis ou degradantes de punição, sendo que a sua eliminação é uma obrigação imediata e incondicional.

Exortou-se a proibição expressa por lei dos castigos corporais nas famílias, nas escolas e garantir que essas leis sejam efetivamente aplicadas e que sejam sistematicamente levantadas ações judiciais contra os responsáveis pela prática de maus-tratos às crianças. Recomendou-se ainda a realizar-se um estudo abrangente para avaliar as causas, a natureza e a extensão dos castigos físicos em todo o território nacional. Por fim, apelou-se que o Estado levasse a cabo ações de sensibilização e campanhas de mobilização social públicas sobre os efeitos nocivos dos castigos corporais com vista a alterar a atitude geral em relação a esta prática e a promover valores e formas de educar e instruir positivas, participativas e não violentas<sup>218</sup>.

Foi como que respondendo às recomendações feitas ao relatório periódico que a nova lei penal trouxe medidas claras a serem tomadas aos agentes de maus-tratos contra crianças, quando estes são seus educadores, nos termos da alínea a), do n.º 1, do artigo 179.º CP.

Esta lei, já há muito se mostrou inoperante. Esta inoperância pode estar também associada à participação do ofendido ou qualquer pessoa para que haja procedimento criminal, nos termos do n.º 3 do artigo 179.º CP. Todavia, não se pode reclamar da inexistência de norma punitiva dos castigos físicos como forma de disciplinar os alunos, mas a prática ainda continua muito longe de ser estancada, até porque não se conhecem exemplos de professores que tenham sido sancionados por práticas similares.

---

<sup>218</sup> Cf. Comité dos Direitos da Criança das NU, *Análise dos Relatórios Apresentados pelos Estados-partes nos termos do artigo 44 da Convenção: Observações Finais do Comité para os Direitos da Criança: Moçambique*, disponível em [www.rosc.org.mz/.../111-recomendacoes-do-comite-dos-direitos-da-crianca-2009-mocambique](http://www.rosc.org.mz/.../111-recomendacoes-do-comite-dos-direitos-da-crianca-2009-mocambique) [12.11.2019].

### 1.2.2. Abuso Sexual nas Escolas Moçambicanas

O abuso sexual que na literatura é indiferentemente chamada violência sexual, é definido de diferentes maneiras.

Segundo Faleiros, citado por Santos, o abuso sexual deve ser apreendido como “uma situação de ultrapassagem dos limites de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais e familiares e de tabus”<sup>219</sup>.

No entendimento Queiroz,

O abuso sexual é o caso de um indivíduo ser submetido por outro para obter gratificação sexual. Envolve o emprego, uso, persuasão, indução, coerção ou qualquer experiência sexual que interfira na saúde do indivíduo incluindo componentes físicos, verbais e emocionais<sup>220</sup>.

A Save the Children define abuso sexual como,

Molestar ou atacar sexualmente uma criança ou permitir que uma criança seja sexualmente molestada ou atacada; encorajar, induzir ou forçar uma criança a ser usada para satisfação sexual de outra pessoa, e usar uma criança ou deliberadamente expor uma criança a actividades sexuais ou pornografia, induzir ou permitir que se induza uma criança a exploração sexual comercial ou de alguma forma apoiar ou participar na exploração sexual comercial da criança<sup>221</sup>.

Para Faleiros e Faleiros violência sexual contra crianças e adolescentes é simplesmente “uma violação de direitos, uma transgressão, uma relação de poder perversa e desestruturante”<sup>222</sup>.

De acordo com Faleiros no seu conceito de abuso sexual, as regras sociais, familiares e os tabus de cada cultura vão influenciar bastante no que se pode considerar aceitável ou não<sup>223</sup>, daí que para a realidade moçambicana, o conceito avançado pela Save the Children parece ser o que incorpora todos os comportamentos que devem ser considerados abuso sexual.

---

<sup>219</sup> Cf. Eugénia da Conceição José dos SANTOS, *Análise do Abuso Sexual da Rapariga e o Papel da Gestão nas Escolas Primárias em Moçambique*, Maputo, UEM, 2011, p.13.

<sup>220</sup> Cf. Katia QUEIROZ, *Abuso Sexual: Conversando com esta Realidade*, CEDECA-BA, 2001, p. 2, disponível em <http://www.cedeca.org.br/conteudo/noticia/arquivo/384BB619-A577-6B44-55158CB799D9AB10.pdf> [12.11.2019].

<sup>221</sup> Cf. Save de Children, *Pesquisa sobre o Abuso Sexual de Raparigas nas Escolas Moçambicanas: Principais Resultados*, Maputo, 2005, p. 2, disponível em <http://www.wlsa.org.mz/artigo/pesquisa-sobre-o-abuso-sexual-de-raparigas-nas-escolas-mocambicanas-principais-resultados/> [12.11.2019].

<sup>222</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 38.

<sup>223</sup> Cf. Eugénia da Conceição José dos SANTOS, *Análise do Abuso Sexual da Rapariga e o Papel da Gestão nas Escolas Primárias em Moçambique*, op. cit., p. 13.

O abuso sexual, dependendo da relação de parentesco ou não entre a vítima e o/a agressor/a, pode ocorrer dentro ou fora do contexto familiar. O abuso que ocorre dentro da família é caracterizado pela existência de laços de parentesco entre a vítima e o/a agressor/a mãe, pai, tio/a, irmão/a, etc. Enquanto o abuso extrafamiliar ocorre fora do convívio familiar, será também caracterizado pela existência de uma certa relação de proximidade entre a vítima e o/a agressor/a, professor, amigo/a da família, vizinho, etc.<sup>224</sup>.

Para o estudo presente importa o abuso sexual que ocorre fora do convívio familiar, praticado na escola, onde o principal abusador pode ser o professor, funcionário ou colega.

À semelhança do que acontece noutros quadrantes, em Moçambique esta forma de violência na escola, violência e/ou abuso sexual, é a mais documentada, dado as suas implicações para a preservação e garantia de direitos e saúde das crianças, particularmente das raparigas por serem as principais vítimas destes atos.

Um estudo realizado em cinco províncias de Moçambique por Matavel, citado pela FDC, revelou que o abuso sexual é uma prática frequente no quotidiano das alunas nas escolas, onde o recurso a força física é mais recorrente que a forma verbal. Toques e insinuações indecentes são as manifestações de abuso sexual menos reconhecidas<sup>225</sup>.

A mesma pesquisa notou que “num universo de aproximadamente 950 raparigas 8 a 16% sofreu alguma forma de abuso com relação sexual e, até aproximadamente 35% esteve sujeita ao assédio sexual envolvendo a persuasão verbal”<sup>226</sup>.

Num outro estudo levado a cabo pela Save the Children UK<sup>227</sup>, aponta que 65% dos abusos sexuais que ocorrem nas escolas moçambicanas envolvem relação sexual, nos quais o professor é indicado como o principal abusador. O mesmo estudo apontou três formas principais de atuação daqueles profissionais para materializar as suas intenções.

No primeiro cenário o professor oferece à rapariga que está com dificuldades na escola, a oportunidade de ser aprovada para o ano seguinte em troca de favores sexuais; o segundo cenário envolve a rapariga a ser chantageada para ter relações sexuais com o professor que a ameaça reprová-la, embora tenha resultados escolares adequados; e o terceiro cenário envolve o professor a forçar e

---

<sup>224</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique, op. cit.*, p. 17.

<sup>225</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique, op. cit.*, p. 18;

<sup>226</sup> Cf. FDC, *Violência contra Menores em Moçambique, op. cit.*, p. 18.

<sup>227</sup> Cf. Save the Children UK, *Proteger as Crianças: Atitudes Comunitárias em Relação ao Abuso Sexual de Crianças nas Crianças Rurais em Moçambique*, Maputo, 2007, p. 43;

assaltar sexualmente e a violar as estudantes do sexo feminino na própria escola ou em sua casa, que sob qualquer pretexto convida a aluna a dirigir-se para lá<sup>228</sup>.

Embora a primeira forma seja consideradaa mais frequente, as outras duas estão bem patentes nas escolas moçambicanas, uma vez que as próprias vítimas relatam que mesmo aquelas alunas que mostram domínio das matérias, os seus resultados das avaliações revelam um aproveitamento orquestrado como forma de chantagem do próprio professor.

A Actionaid sobre a violência sexual nas escolas moçambicanas, concluiu que as alunas mais vulneráveis a este crime são as que frequentam os níveis básicos, EP1 e EP2, tendendo a reduzir quanto maior for o nível de escolaridade. Nesse sentido o número de alunas abusadas correspondeu a 31,6% no EP1 e na EP2 45,2%, contra 21% do ES 1 e 2.6% para ES2<sup>229</sup>.

A mesma organização acrescenta que este comportamento pode estar associado ao facto de a personalidade e convicções estarem num processo ainda muito baixo de consolidação, o que se pode justificar pela redução dos casos quanto maior for o nível de escolaridade e, naturalmente a sua idade<sup>230</sup>.

Apesar dessa conclusão e das consequências destas atitudes terem consequências negativas para a rapariga, parece que a comunidade responsabiliza a aluna como a principal culpada do sucedido e nunca o professor, embora seja o principal agressor.

A título de exemplo, o Ministério da Educação tem aprovado instrumentos, alguns dos quais não têm reunido consenso, precisando ainda de análise. A primeira medida foi a aprovação do DM n.º 39/GM/2003, que para além de sancionar o professor que é o perpetrador de abuso sexual contra a rapariga na escola, remete para a transferência da rapariga grávida para o curso noturno, considerando-a como a principal responsável do sucedido.

O Comité sobre os Direitos da Criança não ficou indiferente à esta violação dos direitos das crianças, nas recomendações ao segundo relatório periódico de Moçambique sobre os direitos das crianças, que recomendou no ponto 74 o Estado a “Conceber estratégias para prevenir a ocorrência de violência sexual nas escolas, organizando programas de comunicação de âmbito nacional sobre o impacto da violência sexual nas escolas e reforçar o recrutamento de professores do sexo feminino, o

---

<sup>228</sup> Cf. Save the Children UK, *Proteger as Crianças: Atitudes Comunitárias em Relação ao Abuso Sexual de Crianças nas Crianças Rurais em Moçambique*, op. cit., p. 44.

<sup>229</sup> Cf. Actionaid, *Estudo sobre o Abuso Sexual da Rapariga nas Escolas*, Maputo, 2004, p. 25.

<sup>230</sup> Cf. Actionaid, *Estudo sobre o Abuso Sexual da Rapariga nas Escolas*, op. cit., p. 25.

que proporciona valiosos modelos às raparigas e reduz a probabilidade de abuso perpetrado por professores; incentivar os serviços de educação e saúde a detetar e notificar indícios de abuso, garantir inspeção plena e sem aviso prévio às instalações escolares e ampla publicidade das investigações efetuadas, e estabelecer claros sistemas de notificação de casos de violência nas escolas; tomar todas as medidas necessárias para prevenir, reprimir e punir os professores que cometam violência sexual”.

Respondendo a essa orientação, em 2009, foi adotada a Declaração sobre “Tolerância Zero à Violência contra Crianças na Escola”<sup>231</sup>, pelo Ministério da Educação, numa iniciativa multissetorial liderada por este Ministério com o Ministério do Interior e o então Ministério da Mulher e Acção Social juntamente com outras instituições, incluindo órgãos de comunicação social, políticos e líderes de opinião e da sociedade civil, e a respetiva Campanha que decorreu em todo o país, visava desencorajar práticas atentatórias ao desenvolvimento são e harmonioso das alunas nas instituições de ensino.

No mesmo ano foi aprovada a Lei de Bases de Proteção da Criança que, infelizmente, e para surpresa de muitos, não condenou de forma específica o que estava a acontecer com as raparigas nas escolas moçambicanas, não avançou com medidas concretas contra os agressores, concretamente o professor.

Na Secção V sobre “Exploração da criança na prostituição e noutras práticas sexuais ilícitas”, a Lei consagra na alínea a), n.º 1, do artigo 63.º que o Estado deve impedir que “a criança seja incitada ou coagida pelos pais, tutor, família de acolhimento, representante legal ou terceira pessoa a dedicar-se a actividade sexual”, sem, no entanto, avançar medidas concretas para o efeito.

Como se pode também constatar no presente artigo, a Lei nem sequer se refere ao professor, considerando-o como *terceira pessoa*, apesar de suficientemente ter sido provado que era um dos principais responsáveis pela violação dos direitos fundamentais da criança, nomeadamente liberdade sexual, desenvolvimento harmonioso e são.

Por estas razões, julgamos que a principal legislação sobre os direitos da criança não contribuiu para a mudança do mal que se instalou, pois considerar o professor como *terceira pessoa* parece-nos bastante redutor, visto que o afeto que o liga às suas vítimas e, tendo em conta o papel que a sociedade confiou-o, não pode ser equiparado com uma pessoa qualquer da comunidade.

---

<sup>231</sup> Cf. [www.unicef.org/mz](http://www.unicef.org/mz) [12.11.2019].



Em 2013-2014 foram adotados dois documentos de extrema importância, designadamente o Guião Escolar para os Professores sobre “Métodos de Sinais de Violência e Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes” e o Guião Escolar para os Alunos sobre “Métodos para Prevenir a Violência e o Abuso Sexual da Criança”, ambos no contexto da Iniciativa “Tolerância Zero à Violência contra a Criança”.

A aprovação do Código Penal foi mais uma espetativa gorada, pois quando se esperava que fosse mais duro em relação ao crime, apenas se limitou a considerar a profissão de professor uma circunstância agravante especial, nos termos da alínea b), n.º1 do artigo 222.º.

O outro aspeto de que já nos referimos anteriormente está relacionado com a exigência de denúncia prévia para dar lugar ao procedimento criminal, ao abrigo do artigo 223.º CP, o que, na nossa opinião, dificulta a responsabilização dos agressores, principalmente do professor, não só pelo facto de ainda as comunidades não o considerarem culpado por estas práticas, mas também pelo lugar que ocupa nestes locais, o que impede que sejam feitas denúncias contra si.

Finalmente, a aprovação da Instrução Ministerial n.º 5/2016<sup>232</sup> “Atinente às medidas que devem ser tomadas contra docentes e outros trabalhadores da educação que engravidam alunas”, embora tenha sido considerado ilegal por violar os direitos consagrados no Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado, são ainda o reconhecimento de que a luta contra o abuso sexual nas escolas moçambicanas continua longe de ser vencida.

Ainda que se reconheça a complexidade do mal que se está a combater, devido, muitas vezes, à inércia de quem deve denunciar, a suavidade do quadro legal instituído e a sua fraca implementação, são fatores determinantes para que o abuso sexual contra crianças nas escolas moçambicanas continue a afastar muitas delas, o que exige a participação de todos, pais e encarregados de educação, Conselhos de Escola, Gestores das Escolas e comunidade em geral na luta contra o fenómeno.

### **1.3. Direito à Saúde Infantil nos Serviços de Saúde**

Ao falar da violência contra a criança, é normal ressaltar-nos apenas a ideia de violência sexual, física, psicológica por serem as formas de que mais se fala. Porém, uma análise mais aprofundada

---

<sup>232</sup> Cf. Instrução Ministerial n.º 5/2016, disponível em <http://docplayer.com.br/111171137-29-september-2017-draft-rejected-january-versao-de-29-de-setembro-de-2017-rejeitada-em-janeiro-de-2018-republica-de-mocambique.html> [24.02.2019].

permite-nos identificar outras formas de violência, nomeadamente a violência estrutural, simbólica e institucional<sup>233</sup>.

A violência estrutural é caracterizada por práticas de exclusão, desigualdades que resultam, por exemplo, da localização da criança<sup>234</sup>. Este tipo de violência é claramente visível se compararmos o nível de disponibilidade dos serviços básicos das crianças das zonas urbanas das crianças das zonas rurais.

A violência simbólica é resultado de preconceitos, ideias de inferiorização de determinadas crianças em função da sua proveniência, condições sociais, entre outros critérios. Portanto, se trata de estabelecimento de regras, crenças e valores que fazem outras crianças aceitar a posição de inferioridade em relação às outras<sup>235</sup>.

Por fim, a violência institucional, a mais importante para esta parte do nosso trabalho, pois se trata de um tipo de violência que ocorre por ausência de cuidados de quem devia exercê-los. Na verdade, a violência institucional ocorre de várias maneiras, nomeadamente, física, psicológica e ganha esta classificação por causa da local onde ela ocorre, por exemplo nas unidades hospitalares<sup>236</sup>.

A insuficiência de pessoal preparado, equipamentos, filas de espera, falta de material, horários inadequados de atendimento, ausência de profissionais no trabalho, negligência profissional (desrespeito, falta de interesse) e outras questões que concorrem ao não atendimento ou atendimento precário e ao desrespeito dos direitos das crianças nas unidades sanitárias são algumas manifestações desse tipo de violência.

Quando se fala do exercício dos direitos da criança, particularmente dos direitos relativos à saúde, pensa-se num cenário em que esta não passa por nenhuma privação como consequência da ausência deste serviço ou do seu mau funcionamento, ignorando todos os sinais de risco que, em casos mais graves, levam à morte de crianças ou das mães nas unidades sanitárias.

No quadro dos direitos fundamentais da criança consagrados na Lei de Bases da Protecção da Criança, o direito à vida e à saúde, artigos 11.º e seguintes, é um dos mais tratados com profundidade, pois a sua inobservância põe em causa a verificação dos demais direitos.

---

<sup>233</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 31.

<sup>234</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 32.

<sup>235</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 33.

<sup>236</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 33.

Apesar dessa previsão, a situação da saúde da criança em Moçambique continua preocupante, embora se fale de algumas melhorias registadas nos últimos anos, desde a redução da mortalidade infantil, aumento das unidades sanitárias, de quadros qualificados, aumento de adesão e abrangência dos programas de vacinação<sup>237</sup>, entre outros aspetos que teremos oportunidade de analisar mais adiante.

A análise do exercício do direito à saúde nas instituições de saúde em Moçambique tem de ser feito tendo em conta diferentes aspetos que afetam o próprio sistema, nomeadamente infraestruturas e distância aos serviços de saúde, insuficiência de técnicos e negligência.

### **1.3.1. Infraestruturas e distância aos serviços de saúde**

O acesso aos serviços de saúde é condicionado por vários fatores como dinheiro, permissão para ir ao hospital, companhia para ir ao hospital e a distância que separa a residência e a unidade sanitária. Contudo, a distância é apontada como o maior problema de acesso aos cuidados de saúde nas unidades sanitárias e o problema afeta mais mulheres que residem nas zonas rurais do que as das zonas urbanas<sup>238</sup>.

Nos últimos anos o governo tem implementado projetos de construção de infraestruturas sanitárias para cuidados primários. Essa ampliação foi bastante grande, mas ainda apenas 65% da população tem acesso a unidades sanitárias a menos de 45 minutos a pé de sua residência<sup>239</sup>.

Essa melhoria foi também constatada pelo Comité das Nações Unidas, mas ainda com muita preocupação, visto que as taxas de mortalidade infantil continuam altas; a malária, doenças respiratórias, diarreias e doenças tratáveis ou preveníveis por vacina, o mau estado nutricional das crianças e o VIH/SIDA continuam a ser as principais causas de mortalidade infantil; os serviços de saúde continuam inadequados em termos de cobertura e qualidade; e apenas 30% das crianças com menos de seis meses de idade têm aleitamento materno exclusivo<sup>240</sup>.

A falta de exercício efetivo do direito de acesso à saúde infantil levou a que o Comité recomendasse ao Estado moçambicano que, dentre várias ações, dê-se prioridade a provisão da

---

<sup>237</sup> Cf. Unicef, *Situação das Crianças em Moçambique*, op. cit., p. 63.

<sup>238</sup> Cf. INE, *Inquérito Demográfico e Saúde*, 2011, op. cit., p. 133.

<sup>239</sup> Cf. Unicef, *Situação das Crianças em Moçambique*, op. cit., p. 63.

<sup>240</sup> Cf. Comité dos Direitos da Criança das NU, *Análise dos Relatórios Apresentados pelos Estados-partes nos termos do artigo 44 da Convenção: Observações Finais do Comité para os Direitos da Criança: Moçambique*, op. cit., p. 16.

assistência médica necessária e o acesso a cuidados de saúde, desenvolvendo principalmente os cuidados de saúde primário, prevenção e tratamento, incluindo vacinação, melhores condições de nutrição e sanitárias e afetação de recursos financeiros e humanos ao setor da saúde, a fim de garantir igualdade de acesso a serviços de saúde de qualidade a todas as crianças, incluindo as que vivem nas províncias e áreas remotas do país, geralmente mais desfavorecidas<sup>241</sup>.

Na componente da mortalidade infantil, que constitui o principal indicador da melhoria da situação da saúde materno-infantil, verificou-se um decréscimo para cerca de 408 mortes por cada 100.000 nados vivos, um resultado que se alcançou como consequência de entre vários fatores, aumento de partos institucionalizados e das mulheres que frequentam as consultas pré-natais<sup>242</sup>.

A situação das infraestruturas de saúde não só se resume aos centros de saúde, maternidade, mas também às infraestruturas auxiliares como as casas mãe-espera que são muito decisivas na realização de partos institucionalizados, visto que garantem que, num cenário de longas distâncias entre a casa e a maternidade, a parturiente possa ir ficar perto da maternidade a espera do dia do parto, o que não se conseguiria se esperasse do momento em sua casa.

A precariedade das infraestruturas do setor da saúde, aliada ao comportamento dos técnicos faz com que o que está estabelecido na Lei de Bases de Protecção da Criança, artigo 18.º, segundo o qual, em caso de internamento da criança, a unidade sanitária deve proporcionar condições de permanência efetiva e condigna de um dos progenitores.

Infelizmente não é o que acontece, pois o pai ou mãe acompanhante é obrigado a dormir no soalho, porque não há compartimento dentro do hospital para acompanhante, não há cama de reserva, não há cadeiras nas enfermarias e não se deve sentar na borda da cama. Portanto, como não se pode deixar a criança só ao cuidado do pessoal da saúde, é uma permanência difícil, violando os direitos da criança, visto o seu acompanhamento não será efetivo.

O outro aspeto também relacionado com esta fraqueza prende-se com o facto de os serviços de saúde, principalmente nas zonas rurais, os centros de saúde não puderem dar resposta em tempo útil (decisão demorada e falta de meios de transporte – ambulância) as transferências em caso de complicações obstétricas e outras situações de emergência das mulheres ou recém-nascidos.

---

<sup>241</sup> Cf. Comité dos Direitos da Criança das NU, *Análise dos Relatórios Apresentados pelos Estados-partes nos termos do artigo 44 da Convenção: Observações Finais do Comité para os Direitos da Criança: Moçambique, op. cit.*, p. 16.

<sup>242</sup> Cf. INE, *Inquérito Demográfico e Saúde, 2011, op. cit.*, p. 134.

### **1.3.2. Insuficiência de Pessoal Técnico de Saúde**

Com vista a minimizar o défice de pessoal, o Plano Estratégico do Setor da Saúde 2014-2019 definiu, dentre várias prioridades, a expansão da capacidade da rede de formação e acesso aos cursos de saúde do nível médio e superior<sup>243</sup>.

O número de profissionais de saúde duplicou entre os períodos de 2000 e 2010, apesar disso os rácios de profissionais de saúde por população ainda estão aquém dos rácios internacionais. O pessoal designado à saúde materna e infantil (SMI) quase triplicou, mas as necessidades atuais rondam aos 87%<sup>244</sup>.

O Ministério da Saúde previa ter 65 médicos generalistas, médicos de SMI e enfermeiras por cada 100.000 habitantes até 2015, mas mesmo assim, seria apenas um quarto do rácio recomendado pela OMS, que é de 240<sup>245</sup>.

### **1.3.3. Negligência profissional no setor da saúde**

A negligência profissional no setor da saúde é caracterizado por atendimento precário, desrespeito, longas horas de espera e por desinteresse pelos direitos dos usuários<sup>246</sup>.

Não existem dados que apontam a negligência como o fator único das causas da mortalidade infantil, mas quando associada com as outras causas, ela eleva a probabilidade de morte por falta de cuidados médicos adequados, daí que não se pode recusar a sua inclusão na análise das causas de mortalidade infantil e violação dos direitos de acesso à saúde da criança

Todos nós somos testemunha do mau funcionamento dos serviços de saúde público em Moçambique. Na apreciação das causas da precariedade, encontramos o mau atendimento ao público, tempo de espera do atendimento bastante longo, tratamento desumano e ineficaz, corrupção e outras práticas inapropriadas.

O Código Penal, nos termos do artigo 266.º contempla punição para médicos e outros técnicos de saúde que, sem justificação, não realizarem as suas actividades de salvamento ou tratamento aos

---

<sup>243</sup> Cf. MISAU, *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*, op. cit., p. 107.

<sup>244</sup> Cf. MISAU, *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*, op. cit., p. 107.

<sup>245</sup> Cf. MISAU, *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025*, Maputo, 2016, p. 109, disponível em [www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos-orhs?download=136:plano](http://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos-orhs?download=136:plano), [12.11.2019].

<sup>246</sup> Cf. Vicente de Paula FALEIROS e Eva Silveira FALEIROS, *Escola que Protege: Enfrentando a Violência contra Crianças e Adolescentes*, op. cit., p. 33.

doentes. Todavia, a produção de prova de que houve essa negligência não tem sido fácil, visto que isso deve contar com a colaboração do setor, algo que não acontece, havendo sempre tendência de proteção do pessoal da saúde pela própria instituição. A outra razão é que as vítimas da negligência dos médicos e outros profissionais não é habitual intentarem ações de responsabilização destes por tais comportamentos.

Para além da previsão do Código Penal, os comportamentos desviantes dos médicos e outros profissionais de saúde são punidos nos termos do Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado<sup>247</sup> por incumprimento dos seus deveres profissionais (artigo 43.º). Trata-se de uma responsabilização que poucas vezes tem sido recorrida pelas autoridades, embora a violação dos direitos dos cidadãos, particularmente das crianças é uma prática quase diária e em quase todos os hospitais públicos.

#### **1.3.4. Falta de Medicamentos**

Os custos diretos do sistema de saúde pública em Moçambique ainda são muito baixos, com taxas que há vários anos não sofrem qualquer alteração (1 MT por cada consulta, 5 MT para prescrição médica) e com isenções para as crianças menores de 5 anos.

Todavia, estes custos são, na prática, bem mais altos quando os medicamentos não estão disponíveis nas farmácias das unidades sanitárias públicas e há também os custos indiretos (de deslocação) e de oportunidade (tempo), em especial para os pacientes das zonas rurais.

A falta de medicamentos nas unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde constitui um problema frequente, anulando todo o esforço empreendido pelo governo, porque a maioria dos cidadãos nacionais não consegue pagar pelos medicamentos nas farmácias privadas, que só existem nos grandes centros urbanos.

---

<sup>247</sup> Cf. Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado, disponível em <http://www.maefp.gov.mz/wp-content/uploads/2018/07/EGFAE.pdf> [27.03.2019]

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ideia de infância não existiu sempre, pois apesar de ter havido sempre crianças, nem sempre houve infância como um estágio de desenvolvimento em que o ser humano é sujeito de direitos.

A construção contemporânea da infância é consequência, embora inacabada, das múltiplas transformações que se produziram ao longo dos séculos. O avanço na definição da infância que existe atualmente permitiu o rompimento da ideia da criança como negatividade, vista como o período do “ainda não”, em que a criança é só uma cópia em miniatura do adulto, uma tabua rasa, ou ainda, como uma etapa na qual a criança passará da irracionalidade para a racionalidade, da imaturidade para maturidade.

A aprovação da Convenção sobre Direitos da Criança foi o momento um elemento impulsionador, pois foi a partir daí que muitos Estados, incluindo Moçambique, começaram a integrar no seu quadro jurídico matérias ligadas à promoção e proteção dos direitos da criança.

Em Moçambique a resposta do apelo ao respeito dos direitos da criança foi dada não só pela ratificação da Convenção, mas também pela inclusão dos princípios da participação, do superior interesse da criança na Constituição de 1990 e da aprovação das principais leis de promoção e proteção dos direitos da criança, nomeadamente a Lei de Bases de Proteção da Criança, Lei da Organização Jurisdicional de Menores, entre outras que se seguiram.

No quadro do direito ao acesso à saúde infantil, apenas a Convenção sobre os Direitos da Criança ratificada pelo Estado moçambicano é que, nos termos do artigo 24 estabelece diretamente a necessidade de as crianças beneficiarem de serviços médicos, aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção.

Com o desenvolvimento da nossa pesquisa ficou evidenciado que o debate sobre o direito do acesso à saúde infantil é extremamente importante e complexo, pelo que não era possível esgotá-lo. Contudo, foram criados os alicerces para que o tema continue a ser analisado tendo em conta os diferentes estágios do desenvolvimento do Estado.

A legislação aprovada pelo legislador pátrio não consagra de forma direta esse direito, mas nem por isso podemos afirmar a não existência da promoção e proteção do mesmo em diversa legislação, começando pela Constituição da República ao determinar o direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar, de acordo com o insculpido no artigo 47, nº 1.

Apesar desta consagração, ainda é notório a existência da prática de tortura ou maus-tratos nos estabelecimentos policiais e prisionais em relação às crianças que se encontram em conflito com a lei ao ser colocados nos mesmos estabelecimentos penitenciários com pessoas adultas, propiciando um ambiente a que sejam vítimas de todo o tipo de maus-tratos incluindo violência sexual e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para o VIH/SIDA.

No campo da família, há evidências mais do que suficientes de que ela representa o ambiente perigoso para criança, pois trata-se de onde ela sofre as piores formas de violação dos seus direitos, nomeadamente a violação sexual, negligência, mutilação genital entre outras. Apesar desse reconhecimento, aliado ao facto de não existirem instituições que providenciam cuidados alternativos, ela é obrigada a conviver com os seus agressores, a despeito de todo o perigo que isso representa para a sua saúde.

A escola, apesar do seu papel que esta pode ter na identificação e denúncia e prevenção dos direitos da criança, representa um perigo que vem de dentro de si, onde o professor é apontado como o principal violador dos direitos da criança através da violência sexual, maus-tratos corporais. É importante lembrar que apesar do trabalho feito pela órgão de tutela da educação, com a aprovação de instrumentos de punição bastante rigorosos, o seu efeito ainda continua invisível na prática.

O tráfico de pessoas, em particular o tráfico de crianças para a exploração sexual em países como a África do Sul, o trabalho infantil, com destaque para a mineração artesanal, agricultura e trabalho doméstico nas zonas urbanas, e os ritos de iniciação continuam a constituir maior preocupação no que toca a proteção da saúde da criança apesar da aprovação de instrumentos importantes nesse campo como o Código Penal, por um lado. Por outro lado, a aceitação dos ritos de iniciação como uma prática de disseminação de saberes culturais por parte do Estado, propicia um ambiente de multiplicação de casamentos prematuros que representam uma violação do direito de a criança crescer de forma harmoniosa e sã.

No campo das instituições de tutela do direito ao acesso à saúde infantil, houve melhorias significativas nas áreas de mortalidade infantil, vacinação para prevenção de várias doenças, prevenção de transmissão intra-uterina do VIH/SIDA, partos institucionalizados, no campo das infraestruturas de saúde, recursos humanos e humanização dos serviços de saúde, principalmente saúde infantil.

Esses indicadores só são animadores quando vistos numa perspetiva macro, pois na prática ainda se assiste uma quase ausência total de capacidade de atender aos cuidados de saúde para crianças. A



distância que as pessoas percorrem para os hospitais, os partos não institucionalizados, a negligência e mau atendimento nos serviços de saúde, a falta de medicamentos básicos nas farmácias públicas, a ratio médico/população continuam a preocupar.

Portanto, não se pode falar de um vazio legal de proteção dos direitos da criança, concretamente do direito de acesso à saúde infantil, mas maior, adequada disseminação e implementação, envolvendo todos os sectores de cooperação, a sociedade civil, o governo e as próprias crianças para uma melhor apropriação destes direitos e da necessidade de promover e protegê-los.

## BIBLIOGRAFIA

- AAV, *As armas não são brinquedos*, Lisboa, Amnistia Internacional Portugal, s/d.
- AAV, *Documenting the Implementation of Domestic Violence Laws: A Human Rights Monitoring Methodology, Advocates for Human Rights*, 2011, disponível em [http://www.stopvaw.org/Theories\\_of\\_Violence.htm](http://www.stopvaw.org/Theories_of_Violence.htm) [12.11.2019].
- AAV, *Estudo sobre o Abuso Sexual da Rapariga nas Escolas*, Maputo, ACTIONAID, 2004.
- AAV, *Proteger as crianças: atitudes comunitárias em relação ao abuso sexual de crianças nas crianças rurais em Moçambique*, Maputo, Save the Children UK, 2007.
- AAV, *Reforma Legal para Protecção das Crianças em Moçambique*, Maputo, Editora UTREL, 2004.
- AAV, *Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*, Maputo, Rede da Criança, 2009, disponível em [http://www.rosc.org.mz/index.php/documentos/doc\\_details/57-relatorio-sobre-a-implementacao-da-convencao-dos-direitos-da-crianca-em-mocambique](http://www.rosc.org.mz/index.php/documentos/doc_details/57-relatorio-sobre-a-implementacao-da-convencao-dos-direitos-da-crianca-em-mocambique) [10.11.2019].
- AAV, *Violência e Abuso Sexual de Crianças em Moçambique*, Maputo, MINISTÉRIO DA SAÚDE & UNICEF, 2011.
- ALMEIDA, Gisela Patrícia Duarte de, “A saúde como um direito”, in AAV, *Direito da Saúde*, Braga, ELSA UMinho, 2012.
- ÁLVAREZ, Ana de Miguel, “La violencia de género: La construcción de un marco feminista de interpretación”, in *Revista Internacional de Sociología*, 2003.
- ALEXANDRINO, José Melo, *Os Direitos Humanos em África: Estudos sobre o Sistema Africano de Protecção dos Direitos Humanos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011.
- ALEXANDRINO, José Melo et al., *Os Direitos Humanos em África*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011.
- ARIÈS, Phillippe, *História Social da Criança e da Família*, tradução de Dora Flaksman, 2.ª ed., Rio de Janeiro, LCT, 2006.
- ASCENSÃO, José de Oliveira et al., *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, Lex, 1996.
- ASHER, Judith, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Londres, Commonwealth Medical Trust, 2004.
- AZAMBUJA, Maria Regina Fay de, *Inquirição da criança vítima de violência sexual: proteção ou violação de direitos?* Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2011.
- BAGNOL, Brigitte, e CABRAL, Zaida, *Estudo sobre o Estatuto do Professor do Ensino Primário em Moçambique*, Maputo, 1998.
- BARROS, Luísa, *Família, Saúde e Doença: A Intervenção Dirigida aos Pais*, 2010, disponível em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/.../Familia,%20saúde%20e%20doença.pdf> [data de consulta] [23.10.2019].

BASTOS, Fernando Loureiro, “O Procedimento de Vinculação Internacional do Estado Português após a revisão constitucional de 1997”, in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, vol. xxxix, n.º 1, 1998.

\_\_\_\_\_ *O Direito Internacional na Constituição Moçambicana de 2004*, disponível em <http://www.fd.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2014/12/Bastos-Fernando-O-Direito-Internacional-na-Constituicao-mocambicana-de-2004.pdf> [15.11.2019].

BRANT, Leonardo Nemer Caldeira et al., *O Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos e dos Povos*, disponível em [http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/ua\\_brant\\_sistema\\_africano\\_leonardo\\_nemer\\_caldeira\\_brant.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/ua_brant_sistema_africano_leonardo_nemer_caldeira_brant.pdf) [07.02.2019].

CANOTILHO, J.J. Gomes, *Direito Constitucional – Teoria Geral*, 7.ª edição, Coimbra, Almedina, 2003;

\_\_\_\_\_ “Estudos sobre direitos fundamentais”, in *Revista dos Tribunais*, 2008.

CANTEIRO, Elódia, *Mortalidade Infantil e Práticas Associadas ao 1.º Ano de Vida: Um Estudo no Território de Vizela*, Guimarães, s/e, 2005.

CASTRO, Michele Guedes Bredel de, *Noção de Criança e Infância: Diálogos, Reflexões, Interloquções*, Universidade Federal Fluminense, s/d, disponível em [http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes\\_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04\\_02.pdf](http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf) [22.10.2019].

CPLP, *Manual dos Direitos das Crianças nos Países da CPLP*, ACEP, Portugal, 2015, disponível em [https://issuu.com/acep\\_ongd/docs/manualdtoscricancas\\_-\\_final](https://issuu.com/acep_ongd/docs/manualdtoscricancas_-_final) [15.11.2019].

COSTA, Antônio Carlos Gomes da, “Infância, juventude e política social no Brasil”, in *AAVV, Brasil criança urgente*, São Paulo, Columbus Cultural Editora, 1990.

DEODATO, Sérgio, *Direito da Saúde: Colectânea de Legislação Anotada*, Coimbra, Almedina, 2012.

ESTOIRINHO, Maria João, e MACIERINHA, Tiago, *Direito da Saúde: Lições*, Lisboa, Universidade Católica, 2014.

EUSÉBIO, Albino José, e MAGALHÃES, Sônia Barbosa, “Instabilidade político-militar, deslocamentos compulsórios e a vida cotidiana em Moçambique”, in *Revista de Ciências Sociais*, vol. 49, n.º 1, disponível em <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6408177.pdf> [10.11.2019].

FALEIROS, Vicente de Paula, e FALEIROS, Eva Silveira, *Escola que Protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*, Brasília, Edições MEC/UNESCO, 2007.

FEITOSA, Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer, *Direitos humanos, econômicos, sociais e culturais*, 2011, disponível em <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/viewFile/7182/4322> [10.11.2019].

FERNANDES, António, “Os Direitos da Criança no Contexto das Instituições Democráticas”, in Júlia Formosinho (coord.), *A Criança na Sociedade Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta, 2004.

FERREIRA, Patrícia da Conceição Barbosa, *Importância dos Serviços de Saúde na Articulação com a Família e Escola da Criança-adolescente com Doença Crónica*, Covilhã, s/e, 2012.

FORMOSINHO, João (org.), *A Criança na Sociedade Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta, 2004.

GARCIA, Walker Marcolino dos Reis, *O Sistema Africano de Protecção dos Direitos Humanos e a sua Garantia em Angola*, Évora, Universidade de Évora, 2014.

GASPAR, Susana Patrícia Gonçalves, *Vítimas Silenciosas: Crianças Expostas à Violência Interparental*, Lisboa, 2016, disponível em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2591/1/Susana%20Gaspar%2020130648%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf> [12.11.2019].

GONZALES ARROYO, Miguel, “O significado da infância”, in *AAVV, Anais do I Simpósio Nacional de Educação Infantil*, Brasília, MEC/SEF/DPE/COEDI, 1994.

INFANQUE, Sabino Tobana, e SUMBANA, Carlos, “Educação Pós-idependência em Moçambique”, in *Revista África e Africanidade*, ano XI, n.º 26, 2018, disponível em [www.africaeafrcanidade.com.br](http://www.africaeafrcanidade.com.br) [09.02.2019].

JANUÁRIO, Rui, e GAMEIRO, António, *Direito Internacional Público Contemporâneo e Relações Internacionais*, vol. I, Lisboa, Coimbra Editora, 2011.

JELIN, Elizabeth, “Construir a cidadania: uma visão desde baixo”, in *Lua Nova*, n.º 33, 1994, disponível em [www.scielo.br/pdf/in/n33/a04n33.pdf](http://www.scielo.br/pdf/in/n33/a04n33.pdf) [10.11.2019].

JERÓNIMO, Patricia (org.), *Os Direitos Humanos no Mundo Lusófono: Estado da Arte*, Braga, Observatório Lusófono dos Direitos Humanos da Universidade do Minho, 2015.

\_\_\_\_\_ “Os Direitos da Criança em Timor-Leste”, in Luís Couto Gonçalves et al. (org.), *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Hörster*, Coimbra, Almedina, 2012.

JERÓNIMO, Patricia, e FINCH, Nadine, *Judicial Implementation of Article 3 of the Convention on the Rights of the Child in Europe*, Bruxelas, UNICEF, 2012.

KASSOUF, Ana Lúcia, *Trabalho Infantil: Causas e Consequências*, 2005, disponível em <http://www.fnpeti.org.br/arquivos/biblioteca/3e5b72878dd035e3d3ed1c7e4cf9f69f.pdf> [09.02.2019].

LAKATOS, E.M., MARCONI, M. de A, *Metodologia Científica*, 2.ª edição, S. Paulo, Atlas, 1991.

LIMA JÚNIOR, Jayme Benvenuto, *Os Direitos Humanos Económicos, Sociais e Culturais*, Rio de Janeiro, Renovar, 2001.

LOSEGO, Matias (coord.), *Manual de Educação para os Direitos Humanos com jovens*, 2016, disponível em [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/.../compass\\_2016\\_pt.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/.../compass_2016_pt.pdf) [10.11.2019].

LOURENÇO, Maria Acácia Ernesto, e TYRREL, Maria Antonieta Rubio, “Programas de Saúde Materno-infantil em Moçambique: Marcos Evolutivos e a Inserção da Enfermagem”, in *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, vol. 13, n.º 3, 2009, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300023) [10.11.2019].

MACHADO, Carla, e GONÇALVES, Rui Abrunhosa, *Violência e Vítimas de Crimes*, Coimbra, Quarteto, 2003.

- MARTINS, Ana Maria Guerra, *Direito Internacional dos Direitos Humanos*, Lisboa, Almedina, 2013.
- MITANO, Fernando et al., “Direito à saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde”, in *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae> [10.11.2019].
- MONTEIRO, Lígia Cláudia Gonçalves, *Educação e Direitos da Criança: Perspectiva Histórica e Desafios Pedagógicos*, Braga, Universidade do Minho, 2006, disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6207/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20L%C3%ADgia%20Monteiro.pdf> [22.10.2019].
- MOREIRA, Vital, e GOMES, Carla de Marcelino (coords.), *Compreender os Direitos Humanos*, 3.<sup>a</sup> edição, Coimbra, Centro de Direitos Humanos Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012.
- MORGADO, Emília, *Saúde da Criança*, Porto, Livraria Avis, 1983.
- MOTA, Manuel Carlos Batista, *A Proteção do Direito à Saúde no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: breves considerações sobre o sistema de monitoramento do direito humano de segunda dimensão*, 2015, disponível em <http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-internacional/336172-a-protecao-do-direito-a-saude-no-pacto-internacional-de-direitos-economicos-sociais-e-culturais-breves-consideracoes-sobre-o-sistema-de-monitoramento-do-direito-humano-de-segunda-dimensao> [10.11.2019].
- NUNES, João Arriscado, “Saúde, direito à saúde e justiça sanitária”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 87, 2009, disponível em [https://www.google.pt/?gfe\\_rd=cr&ei=PMbyVpnlMYms8wftbnlDg#q=JO%C3%A3O%09ARRISCADO%09NUNES+Sa%C3%BAde%2C%09direito%09%C3%A0%09sa%C3%BAde%09e%09justi%C3%A7a%09sanit%C3%A1ria](https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=PMbyVpnlMYms8wftbnlDg#q=JO%C3%A3O%09ARRISCADO%09NUNES+Sa%C3%BAde%2C%09direito%09%C3%A0%09sa%C3%BAde%09e%09justi%C3%A7a%09sanit%C3%A1ria) [10.11.2019].
- N’WETI, *Revisão da Literatura sobre Violência Doméstica contra a Mulher*, Maputo, 2006.
- OSÓRIO, Conceição, e MACUÁCUA, Ernesto, *Os Ritos de Iniciação no Contexto Actual: Ajustamentos, Rupturas e Confrontos Construindo Identidades de Género*, Maputo, Editora Maria José Arthur, 2013.
- OSÓRIO, Conceição, *A socialização escolar: educação familiar e escolar e violência de género nas escolas*, 2007, disponível em <http://www.wlsa.org.mz/artigo/a-socializacao-escolar-educacao-familiar-e-escolar-e-violencia-de-genero-nas-escolas> [12.11.2019].
- PAPADAKIS, V., e JÚLIO, G., *Análise da Legislação e Políticas Públicas Referentes aos Direitos da Criança e da Rapariga para Influenciar a Revisão do Quadro Legal em Moçambique*, Maputo, 2016.
- PAULA, João Miguel Pulquério de, “O direito à saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade”, in *Pensar Enfermagem*, vol. 16, n.º 1, 2012, disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) [10.11.2019].
- PEREIRA, Maria de Assunção do Vale, *A Intervenção Humanitária no Direito Internacional Contemporâneo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2009.
- PEREIRA JÚNIOR, Jefferson Tavares, *A Saúde como Direito Humano Fundamental*, disponível em <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/medicina/a-saude-como-direito-humano-fundamental.htm> [10.11.2019].

- PINTO, Carlos Alberto da Mota, *Teoria Geral do Direito Civil*, 4.<sup>a</sup> ed., Coimbra, Coimbra Editora, 2012.
- PIOVESAN, Flávia, *Direitos Humanos e Justiça Internacional: Um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*, 5.<sup>a</sup> ed., São Paulo, Saraiva, 2014.
- PIRES, Maria José Morais, “Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos”, in *Documentação e Direito Comparado*, n.º 79/80, 1999, disponível em <http://www.gddc.pt/atividadeeditorial/pdfs-publicacoes/7980-b.pdf> [10.11.2019].
- POSTMAN, Neil, *O Desaparecimento da Infância*, Rio de Janeiro, Graphia, 2002.
- PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA, *Tráfico de Pessoas em Moçambique em particular de Crianças*, Maputo, Instituto Superior de Relações Internacionais, 2014.
- QUEIROZ, Cristina, *Direitos Fundamentais – Teoria Geral*, 2.<sup>a</sup> edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.
- QUEIROZ, Katia, *Abuso Sexual: Conversando com esta realidade*, CEDECA-BA, 2001, disponível em <http://www.cedeca.org.br/conteudo/noticia/arquivo/384BB619-A577-6B44-55158CB799D9AB10.pdf> [12.11.2019].
- RAMOS, André de Carvalho, *Curso de Direitos Humanos*, 3.<sup>a</sup> ed., São Paulo, Saraiva, 2016.
- RAMOS, João Gualberto Garcez, e ESQUIVEL, Carla Liliane Waldow, “O Direito à Saúde como Direito Humano Fundamental: Breves Considerações a Respeito do seu Formato Legal à sua Eficácia Social”, in *Ciências Sociais Aplicadas em Revista*, vol. 15, n.º 28, 2015, disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/15308/10385> [10.11.2019].
- REALE, Miguel, *Lições Preliminares de Direito*, São Paulo, Saraiva, 1976.
- RIBEIRO, Catarina, *A criança na Justiça, Trajectórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*, Lisboa, Almedina, 2009.
- ROCHA, Amarílis et al., “Saúde Escolar em Construção: Que Projetos?”, in *Millennium*, vol. 41, 2011, disponível em [www.ipv.pt/millennium/Millennium41/7.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium41/7.pdf) [15.11.2019].
- ROCHA, Júlio César de Sá da, *Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos e Colectivos*, São Paulo, LTR, 1999.
- ROSEMBERG, Fúlvia, e MARIANO, Carmen Lúcia Sussel, “A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: Debates e Tensões”, in *Cadernos de Pesquisa*, vol. 40, n.º 141, 2010.
- ROSSI, Roberto de, *Direitos da Criança e Educação: Construindo e Ressignificando a Cidadania na Infância*, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2008, disponível em <http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/dissertacoes/2008/2008%20ROSSI,%20Roberto%20de.pdf> [23.11.2019].
- SANI, Ana Isabel, “Vitimação Indirecta de Crianças em Contexto Familiar”, in *Análise Social*, vol. XLI, n.º 180, 2006.
- SANTOS, António Marques dos et al., *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, AAIDL, 1996.
- SANTOS, Eugénia da Conceição José dos, *Análise do Abuso Sexual da Rapariga e o Papel da Gestão nas Escolas Primárias em Moçambique*, Maputo, Universidade Eduardo Mondlane, 2011.

SANTOS, Jaqueline Silva, e YAKUWA, Marina Sayuri, “A Estratégia Saúde da Família frente à Violência contra Crianças: Revisão Integrativa”, in *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, vol. 15, n.º 1, 2015, disponível em [https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol\\_15\\_n\\_2-artigo-de-revisao-2.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-revisao-2.pdf) [12.11.2019].

SILVA, Carlos dos Santos, “O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens”, in *Saúde e Educação*, 2008, disponível em [www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf](http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf) [12.11.2019].

SILVA, Leny Pereira da, *Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível*, s/l, 2014, disponível em [http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf) [10.11.2019].

SIMÃO, Márcia Buss, *Crianças, Infâncias, Educação e Corpo*, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Educação na Pequena Infância da UFSC, 2007, disponível em <http://www.uam.es/ptcedh> [23.10.2019].

SOARES, Natália Fernandes, e TOMÁS, Catarina Almeida, “Da emergência da participação à necessidade de consolidação da infância”, in *M. J. Sarmiento e A. B. Cerisara (org.), Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação*, Fórum Sociológico, IEDS/UNL, 2004.

SOUSA, Marcelo Rebelo de, e GALVÃO, Sofia, *Introdução ao Estudo do Direito*, 5.ª ed., Lisboa, 2000.

SOUZA, Sérgio Augusto G. Pereira de, *A Declaração dos Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos da Criança: Direitos Humanos a Proteger em um Mundo em Guerra*, 2002, disponível em <https://jus.com.br/artigos/2568/a-declaracao-dos-direitos-da-crianca-e-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca> [23.10.2019].

TAVARES, Mariana de Almeida, *A proteção dos Direitos Humanos em África*, disponível em [www.marilia.unesp.br/Home/.../a-protecao-dos-direitos\\_mariana-de-almeida.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/.../a-protecao-dos-direitos_mariana-de-almeida.pdf) [10.11.2019].

THOMAS, Nigel, “Children’s rights: Policy into practice”, in *Centre for Children and Young People Background Briefing Series*, n.º 4, 2011.

TOMAS, Catarina, “Paradigmas, imagens e concepções da infância em sociedades mediatizadas”, in *Média e Jornalismo*, n.º 11, 2007, disponível em [www.univerciencia.org/index.php/mediajornalismo/article/viewFile/5797/5252](http://www.univerciencia.org/index.php/mediajornalismo/article/viewFile/5797/5252) [23.10.2019].

TREVISAN, Gabriela de Pina, “Cidadania infantil e participação política das crianças: Interrogações a partir dos Estudos da Infância”, in *Leni Vieira Dornelles Principae Natália Fernandes (eds.), Perspetivas Sociológicas e Educacionais em Estudos da Criança: As Marcas das dialogicidades Luso-Brasileiras*, Braga, Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, 2012, disponível em [http://www.ciec-uminhOo.org/documentos/ebooks/2307/pdfs/Ebook\\_Final.pdf](http://www.ciec-uminhOo.org/documentos/ebooks/2307/pdfs/Ebook_Final.pdf) [23.10.2019].

UNICEF, Protecção da criança: *Manual para Parlamentares*, n.º 7, União Interparlamentar, 2004;

\_\_\_\_\_ *Situação Mundial da Infância – Excluídas e Invisíveis*, Nova Iorque, 2006;

\_\_\_\_\_ *Pobreza Infantil e Disparidades em Moçambique*, 2010, disponível em [www.unicef.org/mz/cpd/documents/pobreza-infantil-2010.pdf](http://www.unicef.org/mz/cpd/documents/pobreza-infantil-2010.pdf) [23.10.2019];

\_\_\_\_\_ *Situação das Crianças em Moçambique*, Maputo, 2014, disponível em [https://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT\\_WEB.pdf](https://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf) [10.11.2019].

VARELA, Núria, *Feminismo para Principiantes*, Barcelona, Ediciones B, 2005.

WELLER, Waldemar, *A Saúde da Criança*, Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1985.

ZAMBAM, Neuro et al., *Metodologia da Pesquisa Jurídica: Orientações Básicas*, Florianópolis, Conceito Editorial, 2013.