

P O R U M A C U L T U R A D E



DIREITOS HUMANOS

DIREITO AO MAIS ALTO PATAMAR
DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Secretaria de
Direitos Humanos

G O V E R N O F E D E R A L
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



POR UMA CULTURA DE DIREITOS HUMANOS

DIREITO AO MAIS ALTO PATAMAR
DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Dilma Rousseff

Presidenta da República Federativa do Brasil

Michel Temer

Vice-Presidente da República Federativa do Brasil

Maria do Rosário Nunes

Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Patrícia Barcelos

Secretária Executiva da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Gabriel dos Santos Rocha

Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

Redação: Fabio Henrique Araújo Martins

Revisão técnica: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Revisão gramatical e editorial: Unidade de Comunicação, Informação Pública e Publicações da Representação da UNESCO no Brasil

Projeto gráfico: Unidade de Comunicação, Informação Pública e Publicações da Representação da UNESCO no Brasil

Ilustração: João Mendes (Joni)

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
Direito ao mais alto patamar de saúde física e mental. – Brasília: Coordenação
Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção
e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.
64 p., il. – (Por uma cultura de direitos humanos).

Incl. Bibl.

ISBN: 978-85-60877-42-3

1. Direitos humanos 2. Direito à saúde 3. Saúde física 4. Saúde mental 5. Brasil
I. Título II. Série

Esta publicação tem a cooperação da UNESCO no âmbito do Projeto 914BRA3034 Educação em Direitos Humanos, o qual tem o objetivo de contribuir para a construção de uma cultura de direitos humanos no país e na implementação e avaliação de ações previstas no Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH). O autor é responsável pela escolha e pela apresentação dos fatos contidos nesta publicação, bem como pelas opiniões nela expressas, que não são necessariamente as da UNESCO, nem comprometem a Organização. As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, tampouco da delimitação de suas fronteiras ou limites. As ideias e opiniões expressas nesta publicação são as dos autores e não refletem obrigatoriamente as da UNESCO nem comprometem a Organização.

Esclarecimento: a SDH/DR e a UNESCO mantêm, no cerne de suas prioridades, a promoção da igualdade de gênero, em todas as suas atividades e ações. Devido à especificidade da língua portuguesa, adotam-se, nesta publicação, os termos no gênero masculino, para facilitar a leitura, considerando as inúmeras menções ao longo do texto. Assim, embora alguns termos sejam grafados no masculino, eles referem-se igualmente ao gênero feminino.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SCS-B - Quadra 9 - Lote C - Edifício Parque Cidade Corporate

Torre A - 10º. Andar Cep: 70.308-200 - Brasília-DF

Fone: (61) 2025-3076 - Fax (61) 2025-3682

Site: www.sdh.gov.br / direitoshumanos@sdh.gov.br

Siga-nos no Twitter: @DHumanosBrasil

Distribuição gratuita
É permitida a reprodução total ou parcial
desta obra, desde que citada a fonte.
Tiragem: 1.250 exemplares

Impresso no Brasil

LISTA DE SIGLAS

CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAMD	Serviço de Assistência Médico Domiciliar e de Urgência
SIEDSUP	Sistema Integrado de Informações da Educação Superior
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIRH	Sistema de Informações de Recursos Humanos
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



SUMÁRIO

Apresentação	7
Introdução	9
Parte 1: Conceito e histórico	
1. A medicina científica moderna	13
2. A Internacionalização do direito à saúde	14
2.1. O Direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948	16
2.2. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966	17
2.3. O Comentário Geral nº 14/2000	18
3. Marcos legais e orientadores no Brasil	23
3.1. O Sistema Único de Saúde	27
3.2. O Conselho Nacional de Saúde	29
3.3. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	32
3.4. Outras normativas	32
Parte 2: O cenário brasileiro	
4. A saúde em números	35
4.1. Financiamento da saúde	35
4.2. Gastos públicos com saúde como proporção do PIB	39
4.3. Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar	40
4.4. O valor médio pago por internação hospitalar no SUS	42
4.5. Indicadores de desempenho do SUS em 2013:	
a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	43
4.6. Cobertura populacional estimada pelas equipes equipes básicas de saúde bucal	44

4.7. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal . . .	45
4.8. Indicadores de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade: razão entre exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária	47
4.9. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	48
4.10. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	49
4.11. Indicadores básicos de saúde do ano de 2008: o número de profissionais de saúde por habitante	50
4.12. O número de leitos hospitalares por habitante	50
4.13. Número de concluintes de cursos de graduação na área da saúde	52
4.14. Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde	53
Parte 3: A afirmação do direito ao mais alto patamar de saúde física e mental	
5. Direito garantido na Constituição Federal	57
5.1. O que você precisa saber para garantir o direito ao mais alto patamar de saúde física e mental	58
6. Considerações finais	59
Bibliografia	61

APRESENTAÇÃO

A consolidação do Estado Democrático de Direito, com o fim da ditadura militar, não se esgotou com a normalização da política partidária e da conquista de eleições livres e diretas para todos os níveis. Tendo como motor principal a adoção das pautas reivindicadas pelos diversos movimentos sociais, a continuidade das mudanças tem direcionado tanto as políticas públicas quanto a necessária reorganização das estruturas do Estado brasileiro.

O Brasil, nos últimos anos, criou uma série de normativas e legislações em consonância com os tratados e convenções internacionais para garantir os direitos humanos e consolidá-los como política pública. No curso da história republicana, os direitos humanos se consolidam como obrigações do Estado brasileiro, a ser garantidas como qualquer outra política. Esta mudança de *status* significa um redesenho do funcionamento das estruturas estatais, visando a que elas possam dar respostas efetivas na garantia dos direitos humanos, conforme os compromissos assumidos em âmbito internacional pelo país.

À Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) cabe garantir institucionalmente estas conquistas e fazer repercutir as discussões, estudos e pesquisas que atualizam as temáticas de direitos humanos nas suas diversas faces, privilegiando a leitura feita a partir da perspectiva daqueles e daquelas que ao longo da história de alguma forma tiveram esses direitos universais restringidos ou negados.

A série de cadernos *Por uma Cultura de Direitos Humanos* apresenta informações e reflexões sobre os direitos humanos ao mais alto patamar de saúde, à alimentação adequada, à educação, à moradia adequada, à participação em assuntos públicos, à opinião e à expressão, à liberdade e segurança, a um julgamento justo, a uma vida livre de violência, e a não ser submetido a castigos cruéis, desumanos e degradantes. Esses doze direitos são reconhecidos e previstos no *International Human Rights Instruments* das Nações Unidas.

Através da publicação da série, a SDH/PR dá continuidade no cumprimento do objetivo de estimular o acesso a um conhecimento importantíssimo sobre direitos humanos às gerações que não tiveram contato direto com as lutas políticas que viabilizaram a sua conquista. Além disso, dá continuidade do amplo e rico debate democrático acerca das conquistas sociais que seguiram à Segunda Guerra Mundial na busca permanente da construção da paz.

Maria do Rosário Nunes

Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República



INTRODUÇÃO

Em termos históricos é possível imaginar que a preocupação sobre ter saúde e não ter doença há muito faz parte das ocupações humanas mais primordiais. Talvez a maior dificuldade em uma análise do que venha a ser saúde seja identificar e enfrentar as falsas e distorcidas imagens sobre saúde. Quando procuramos pensar uma questão tão simples e tão complexa como *o que é saúde* ou *o conceito de saúde*, acabamos tropeçando nas ideias e percebemos que não se trata de algo tão fácil de fazer. Quando falamos, neste texto, de saúde, em regra estamos tratando de um fenômeno de expressão coletiva, que inclui e transcende o indivíduo.

Procurando o sentido etimológico que mais tem sido associado à ideia de saúde, vemos que *saúde* vem do latim *salus*, termo usado para indicar “aqueles que eram íntegros”, que derivou o termo *salvus*: “a interrupção dos riscos à inteireza”, que por sua vez vem de *holus*: “integral, inteiro, completo, salvo, não ferido em batalha” e dos termos *salutare*, *sanitas* e *sanus*: “são, santo e sagrado”; já o termo *doente* vem de *dolens*: “dor” e *enfermo* vem de *infirmum*: “aquele que não está firme”. Portanto, nesse universo de significados possíveis, o que vai interessar mesmo é aquilo que estamos dispostos a aceitar como saúde e doença. Nesse sentido, o senso comum pautado na ideia de saúde como oposição a doença não procede, já que estamos e somos saudáveis e doentes ao mesmo tempo e de tempos em tempos.

É interessante notar que, quando se fala de saúde, não estamos nos referindo ao conhecimento técnico da medicina, mas sim de um campo de saber absolutamente complexo que inclui e vai além da medicina – se trata de um conjunto de saberes interdisciplinares e plurais que se conectam na transversalidade que caracteriza o campo da saúde como um universo em permanente construção e reatualização. Saúde não emana do hospital ou da medicina, ainda que alguns pensadores insistam em se referir à saúde como um objeto exclusivo da medicina.

A reserva exclusiva que a medicina quer fazer e faz da saúde, enquanto objeto de estudo e manipulação, tem sido estimulada como uma visão dominante no campo médico, independentemente de

produzir mais ou menos saúde, podendo mesmo produzir doenças. Essa lógica permanece, em última análise, ligada aos interesses de uma minoria que controla o mercado da indústria da doença. A identificação direta entre medicina e saúde faz parte do repertório político da elite médica, pois, na sua posição privilegiada, procura convencer toda a sociedade de que a ciência médica moderna atende aos interesses em geral, e que tudo que vem dessa medicina é saudável, não havendo saúde a ser procurada fora da medicina.

Muitos representantes da medicina oficial e do campo médico manifestamente conservador repelem outras manifestações de saberes que não os seus. Eles falam de suas prerrogativas de função, do controle com que lidam com o *status quo* e da habilidade como tratam de garantir pacificamente seu lugar reservado e intocável como última palavra quando o tema é doença e não saúde.

Assim, a medicina fica aprisionada ao conjunto de dogmas do mercado, isto é, a condutas impostas pela lógica do lucro, atrelada a padrões com ameaça de sanções que são de uma natureza absolutamente patrimonialista. A saúde não pode estar isolada ao campo da ciência médica moderna. A saúde, capturada pela ciência médica, transformou a doença em objeto privilegiado, fazendo da medicina um empreendimento cada vez mais afeito às normas de mercado do que à promoção da saúde.

A ideia da saúde como direito vai marcar um sentido que permite repensar a captura da saúde pela medicina científica, ao colocar em evidência a apropriação que a ciência médica faz da saúde – não por estar definindo saúde de forma positiva ou afirmativa, mas definindo e nomeando as inúmeras doenças. Essa confusão afasta as pessoas e grupos da solução dos seus problemas, distorcendo o sentido mais amplo do que seja a saúde com ou sem a medicina científica.

O conceito de saúde em termos da saúde de uma população é algo que extrapola o campo da medicina científica; não sendo, portanto, uma discussão restrita ao mundo científico, menos ainda pode ser uma exclusividade médica, como pretendia o projeto inicial do Ato Médico que foi sancionado com importantes vetos que impediram grandes retrocessos para a área da saúde no Brasil.

A captura da saúde pela ciência médica se torna possível a partir de um reducionismo conceitual, fazendo uma ideia de saúde como condição estável ou equilíbrio permanente, como se fosse

possível ao homem atingir um estado inabalável de segurança e certeza de que, o que está saudável, assim permanecerá indefinidamente. Ao negar os limites do corpo, a hostilidade do meio, as perdas inevitáveis, a perenidade e a finitude da existência individual, negamos a própria essência da vida. Em termos conceituais, negar o movimento de transformação das coisas da vida é negar a própria possibilidade de existir com saúde.

PARTE 1



CONCEITO E HISTÓRICO

1. A MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA

Na passagem do século XVIII para o século XIX, tomara lugar um fenômeno marcante no âmbito da medicina e sua epistemologia – nesse intervalo transita a medicina, que da sua autocrítica se faz científica. Essa nova medicina se materializa em uma clínica que configura um inédito conjunto de métodos, teorias, técnicas e práticas institucionais que formam um novo paradigma, que servira de base para todas as ciências sociais e humanas.

O olhar clínico-analítico, o olhar e sua linguagem, vão instaurar todo um discurso próprio que encontra no hospital-escola um domínio privilegiado; a clínica é ciência e ensino médico. A observação e a descrição enquanto práxis médica e científica produzem uma lógica do exame, repetição do mesmo, onde o olhar clínico e sua linguagem ganham *status* de verdade consagrado pela busca da certeza e da segurança no exercício geral da medicina e das práticas hospitalares.

Como ensina Foucault: “é ver e saber ao mesmo tempo, porque dizendo o que se vê o integramos espontaneamente ao saber; é também ensinar a ver, na medida em que é dar a chave de uma linguagem que domina o visível” (FOUCAULT, 1977, p. 117-135). O olhar puro do médico e sua ciência acética inscrevem uma gramática das probabilidades combinadas, o mito epistemológico da estrutura alfabética da doença.

Nesse sentido, a clínica não mais lê o visível, mas descobre segredos. A medicina constrói uma nova imagem de si mesma, uma medicina científica, mais segura e, portanto, certa. A doença se liberta da metafísica do pecado, assim como se reorganiza toda a tecnologia hospitalar. Como coloca Foucault: “Pode-se compreender, daí, a importância da medicina para a constituição das ciências do homem: importância que não é apenas metodológica, na medida em que ela diz respeito ao ser do homem como objeto de saber positivo” (FOUCAULT, 1977, p. 117-135).

2. A INTERNACIONALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Em termos jurídicos e desde o Direito Internacional dos Direitos Humanos, o grande marco do que diz respeito à consolidação dos direitos humanos é a Carta das Nações Unidas de 1945, onde ficam estabelecidas e positivadas as obrigações que os Estados passam a ter em relação aos direitos humanos, fundamento próprio da cooperação internacional indispensável para a efetivação universal da paz entre os povos, uma nítida reação aos horrores da última Grande Guerra.

A Carta das Nações Unidas, enquanto ponto de partida da internacionalização dos Direitos Humanos, além de partir do princípio angular da cooperação internacional, pauta um sistema normativo que consagra direitos e estabelece conteúdos, critérios de análise quanto à aplicação, proteção, controle, fiscalização e suspensão de suas garantias. Enquanto documento jurídico, deve ser encarada como um conjunto de normas que devem ser seguidas de forma que sua aplicação seja gradual e programada.

Em termos históricos, podemos considerar que as preocupações sanitárias geradas pela urbanização e industrialização decorrem não dos avanços técnico-científicos, senão da miserabilidade e insalubridade das fábricas, moradias e ruas, pois as condições do trabalhador assalariado sempre foram o maior problema. Para Rosen: “a má saúde se revela como o mais constante par da pobreza” (ROSEN, 1994, p. 256), sendo estes os grandes disparadores do movimento da reforma sanitária e da saúde pública como conhecemos hoje.

As tendências que a chamada *era bacteriológica* inaugura vão ditar o ritmo da construção de um novo paradigma médico-hospitalar-farmacológico hegemônico, que nascido na Europa, principalmente na Inglaterra, França e Alemanha, se propaga para todo o ocidente, começando pelos EUA, num nítido processo não linear de desenvolvimento histórico.

Desse fenômeno, o autor destaca os cuidados com as crianças e as mães devido ao alto desperdício de vidas, que desde o século XVIII despertava a atenção na França, por exemplo. Nos anos seguintes, vai se tornar prática cada vez mais cotidiana o ensino às mães de cuidados com os bebês, a criação de clínicas de atendimento à maternidade e provimento de leite puro/pasteurizado. Eram esses os

eixos de ação e seguem válidos ainda em nossos dias. Com essas e outras ações foi possível uma significativa redução na mortalidade infantil.

A saúde da criança na idade escolar complementa o esforço de garantir saúde, com destaque ao reforço da merenda e das visitas médicas (exames de vista, físicos, serviço odontológico) conquistadas com o tempo e de forma não homogênea.

Gradualmente a saúde pública vai ganhando espaço e se transformando em prioridade no conjunto das políticas de Estado. Com o final da Segunda Guerra Mundial, no ocidente a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, uma novidade, já que, até então, predominava a ação voluntária no campo da saúde pública.

Entre as iniciativas que mais crescem está a promoção da educação em saúde, acelerada com a Primeira Guerra, e renovada permanentemente pelas descobertas científicas e pela comunicação de massa.

Tema recorrente nos séculos XIX e XX, a saúde e o bem-estar do trabalhador foi foco de leis trabalhistas e de limitações à jornada de trabalho e às condições de trabalho em locais perigosos, de regulamentação do trabalho infantil e da mulher e de doenças ocupacionais.

Mas é com a assistência médica ao povo em geral que a saúde pública se consolida como sistema estatal, no âmbito da seguridade social pública. A mudança administrativa na saúde pública se torna mais complexa conforme caminha no sentido da sua mundialização com a criação da Organização Mundial da Saúde e suas agências. Uma nova concepção dos serviços que prioriza a prevenção e a partilha de responsabilidade entre gestores nacionais e locais, articulados com grupos e indivíduos, vem sendo trabalhada.

Nesse contexto, os centros de saúde se destacam como uma concepção de um novo serviço de saúde para a comunidade, baseada na união entre saúde preventiva e curativa para, na atualidade, somarmos a isso a promoção e o controle em saúde. Porém, não podemos esquecer que, sem a modificação da relação inequívoca entre pobreza e doença, não passavam de paliativos temporários.

A tais desafios se somam os instrumentos de Direito Internacional que foram se forjando nesse processo histórico. Nomeadamente podemos destacar: a Declaração Universal dos Direitos Humanos,

de 1948; o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 1965; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 1979; a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989; a Carta Social Europeia, de 1961; a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981; o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1988; a Comissão de Direitos Humanos; a Declaração de Viena e seu Programa de Ação, de 1993, entre outros instrumentos internacionais.

2.1. O direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948

Se a Carta das Nações Unidas, de 1945, é o grande marco da internacionalização dos Direitos Humanos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, vai identificar quais são esses direitos fundamentais aos seres humanos, elencando expressamente o direito à saúde entre os direitos básicos sem os quais há uma violação da dignidade da vida humana. Em seu artigo XXV expressa:

Artigo XXV – 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Em termos jurídicos, a DUDH representa e materializa as conquistas fruto da luta contra a violência dos abusos de poder, sendo a consolidação do repúdio às atrocidades da Segunda Guerra Mundial. A DUDH passou a ser um documento de referência na promoção dos Direitos Humanos em todos os países do mundo.

Embora a DUDH, sob o ponto de vista jurídico, não tenha força vinculante, é um importante compromisso no sentido da adoção de medidas por parte dos Estados para garantir o respeito ao

direito humano à saúde em seu território, um tipo de esforço em comum. Nesse sentido que os direitos humanos devem ser considerados em termos de sua realização progressiva, principalmente no período do pós-Segunda Guerra Mundial.

Por volta dos anos 40 a 60 houve um período de implementação e adoção das primeiras noções quanto à importância do direito humano ao mais alto patamar de saúde física e mental, sendo sua formalização no plano do direito internacional e nacional. Entre as décadas de 70 e 90 vivemos uma nítida expansão e ampliação da abordagem e conteúdo do direito humano à saúde, e no período das duas últimas décadas, temos assistido à promoção e à realização mais acentuada do direito à saúde em todo o mundo.

Finalmente, é possível afirmar que o impacto internacional da DUDH foi de uma grandeza tal que não resultou apenas na adoção legal, senão na própria modificação das constituições nacionais e na elaboração de outras tantas normas internacionais, sendo a DUDH uma consigna comum a todos os povos e obrigatória para toda a comunidade internacional.

2.2. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966

[...] em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o ideal do ser humano livre, liberto do temor e da miséria, não pode ser realizado a menos que se criem as condições que permitam a cada um gozar de seus direitos econômicos, sociais e culturais, assim como de seus direitos civis e políticos. (NAÇÕES UNIDAS, 1966).

Ainda que conste expressamente em vários instrumentos de direito internacional, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) traz um dos mais abrangentes artigos sobre o direito à saúde de que se tem registro no âmbito do direito internacional. Conforme o seu Artigo 12:

Parágrafo 1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

Parágrafo 2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças.
2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (NAÇÕES UNIDAS, 1966).

A importância de uma atitude que coloca em evidência o reconhecimento internacional do direito à saúde enquanto uma afirmação coletiva é um dos grandes méritos do PIDESC. A partir dessa preocupação em âmbito internacional, as violações ou realizações do direito à saúde não são mais uma questão de interesse nacional, mas um tema que diz respeito a toda a comunidade internacional.

Frente ao *status* das obrigações que implicam tais direitos, há que se considerar o papel dos Estados como atores privilegiados, não podendo violá-los e responsáveis por promovê-los. Mas não é somente o Estado que responde pelo respeito e pela realização do direito à saúde e os outros direitos relacionados, assim, todas as pessoas, sem exceção, são obrigadas a respeitar os demais seres humanos, enquanto valor universal.

O reconhecimento do direito à saúde enquanto Direito Fundamental implica em dois desdobramentos práticos: reconhecer que a saúde é indispensável à realização de outros direitos fundamentais e reconhecer, por outro lado, que a saúde depende e está relacionada a esses outros direitos fundamentais de similar grandeza. Essa aparente circularidade nada mais é que a interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos e dos direitos fundamentais.

2.3. O Comentário Geral nº 14/2000

Um importante instrumento orientador da implementação do PIDESC é o Comentário Geral nº 14/2000 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU. O documento vai, desde seu início, considerar que a realização do direito ao mais alto patamar de saúde física e mental deve se dar

a partir de uma série de abordagens complementares, como a implantação de políticas de saúde nos moldes da OMS, e a adoção de um arcabouço legal específico em nível nacional.

Encara-se a realização da saúde um complexo de direitos, ou seja, é preciso considerar a inter-relação a outros direitos humanos, como: o direito a alimentação adequada, trabalho, habitação, educação, dignidade da pessoa humana, vida, não discriminação, igualdade, proibição da tortura, privacidade, acesso à informação e liberdade de associação, reunião e movimento, entre outras determinantes subjacentes, como o acesso seguro a água potável, saneamento, um meio ambiente equilibrado etc. Dessa forma, a saúde depende de outros direitos e liberdades para existir.

De modo ilustrativo, podemos enumerar algumas definições não exaustivas de saúde que podem revelar obrigações dos Estados. Em termos práticos da sua realização, a saúde contém liberdades e direitos. As liberdades seriam aquelas faculdades de controlar o próprio corpo, além da liberdade sexual e reprodutiva e de ir e vir. Os direitos referem-se a dispor de acesso a um sistema de proteção e promoção da saúde, entre outros que garantam o mais alto nível possível de saúde.

Há que se considerar, ainda, toda outra série de aspectos ligados ao desfrute do mais alto patamar de saúde, já que existem algumas questões ligadas à boa saúde que o Estado não pode assegurar. Fatores genéticos, suscetibilidades individuais, adoção de estilos de vida arriscados ou insalubres, entre outros. Nesse sentido, o direito à saúde passa pelo reconhecimento de certas condicionantes e limitadores.

Reforçando a relevância de uma visão holística sobre a saúde, o Comentário Geral nº 14/2000 interpreta o direito à saúde também em relação às determinantes adjacentes à saúde, como: acesso seguro a água potável, saneamento básico, alimentação adequada, habitação, trabalho digno, acesso a educação, ao meio ambiente equilibrado, a informações em saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva, entre outros.

Portanto, a saúde compõe a disponibilidade de serviços de saúde, instalações e programas de saúde, hospitais, clínicas, número adequado de profissionais treinados e com as devidas condições de trabalho, e medicamentos essenciais. Mas também é preciso garantir a acessibilidade a tais

bens e serviços, de modo a garantir a não discriminação de nenhuma pessoa por nenhum motivo, principalmente os grupos mais vulneráveis e marginalizados.

Acesso físico aos bens e serviços significa que eles devem estar ao alcance de toda a população urbana e rural, principalmente os mais vulneráveis, minorias étnicas, povos nativos, mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências, pessoas com HIV/Aids. Acesso econômico inclui a noção de que saúde enquanto direito não é uma mera mercadoria, sendo que seu pagamento deve se pautar na equidade, e a saúde não pode figurar desproporções entre ricos e pobres. Finalmente, deve ser garantido o acesso à informação como o direito de receber, procurar e transmitir informações em relação às questões de saúde.

Aceitabilidade e qualidade são outros elementos essenciais ao direito à saúde. A aceitabilidade diz respeito à necessária observação de certos padrões de ética médica no sentido do respeito às tradições e posições culturais singulares, típicas de uma comunidade, grupo, minoria ou indivíduo, sendo garantido o respeito a tais concepções culturais dos interessados. A qualidade trata da qualificação clínica e científica dos medicamentos, instalações, equipamentos e procedimentos em saúde.

Enquanto prioridades para a realização da saúde, o documento enumera tais direitos e outros tópicos especiais:

- a) O direito à saúde materna, infantil e reprodutiva, que inclui o acesso ao planejamento familiar pré e pós-natal, serviços obstétricos de emergência e acesso a informações relativas à saúde do grupo familiar;
- b) O direito ao ambiente de trabalho saudável e ao meio ambiente natural equilibrado, o que inclui os aspectos de higiene ambiental e industrial, as questões ligadas a saneamento básico e água potável, bem como a prevenção da exposição a substâncias e condições nocivas à saúde, desencorajando ainda o uso do tabaco, e do abuso do álcool e das drogas;
- c) O direito a prevenção, tratamento e controle de doenças, sejam endêmicas ou epidêmicas, em particular as doenças ligadas ao comportamento, incluindo atendimento de emergência em desastres e acidentes naturais e cotidianos, bem como a assistência humanitária e programas de imunização.

No que diz respeito ao controle das doenças, se trata de todo um esforço individual e conjunto dos Estados na forma de cooperação em saúde;

d) O direito aos bens e serviços de saúde, que são as condições de assistência à saúde em caso de doença, física ou mental, inclusive os oportunos serviços preventivos, curativos, de reabilitação, de educação em saúde, tratamento de doenças prevalentes, lesões e deficiências. Com destaque ao direito à melhoria na promoção da participação da população na organização do setor de saúde, fundamentalmente na tomada de decisões em nível comunitário e nacional;

e) Entre os tópicos especiais, estão a não discriminação e a igualdade de tratamento, que proíbe qualquer discriminação no acesso aos cuidados em saúde e suas determinantes adjacentes, ou seja, não cabe restrição por motivos de sexo, raça, cor, língua, religião, opinião política, origem nacional ou regional, social, riqueza, nascimento, deficiência física ou mental, orientação sexual, estado civil ou político. Ainda em relação à igualdade de tratamento, os Estados devem favorecer a equidade com atenção aos casos singulares; A perspectiva de gênero deve merecer destaque e integrar as políticas públicas de saúde, independentemente de fatores biológicos e socioculturais que possam intervir. O direito à saúde da mulher, de crianças e de adolescente é tópico de destaque, já que precisam ser tomadas medidas para reduzir a mortalidade e violência contra mulheres, crianças e adolescentes; outro importante tópico é a saúde de pessoas idosas, de pessoas com deficiência e, finalmente, dos povos indígenas.

Em referência particular aos povos indígenas, o Comentário considera que essa parcela da população tem, à luz do Direito Internacional, garantida a sua especificidade, inclusive quanto às melhorias de suas condições de saúde. Seu atendimento deve ser culturalmente adequado, considerando os cuidados preventivos, práticas curativas e medicamentos tradicionais, respeitando a dimensão coletiva e comunitária que tais povos cultivam, fundamentalmente sua relação com o seu território tradicional sua terra sagrada.



3. MARCOS LEGAIS E ORIENTADORES NO BRASIL

De modo geral, podemos afirmar que, durante o período denominado Brasil Colonial, não foi construído ou desenvolvido qualquer trabalho programático no sentido de instituir um modelo organizado de saúde para o atendimento da população residente, não existindo nem mesmo o interesse da Metrópole em dispor de tal tipo de serviço à população colonial.

Nesse período, diante da escassez dos profissionais médicos e dos altos custos dos remédios e drogas na Europa, os cuidados com a saúde ficavam por conta dos conhecimentos locais dos povos nativos e sua medicina tradicional, nas mãos de curandeiros e rezadores. Esses sábios detinham o conhecimento sobre as doenças nativas, as plantas, animais e minerais que deveriam ser utilizados para cada tipo de moléstia da terra.

Outro ator que desempenhava um importante papel no atendimento à população no período colonial foram os boticários, que eram os responsáveis por manipular e elaborar fórmulas prescritas pelos médicos, sendo que no Brasil daquela época a pouca disposição de médicos era tamanha que os boticários muitas vezes acabavam se encarregando eles mesmos de fazer a prescrição.

Também os jesuítas protagonizaram um papel de destaque na saúde do período colonial no Brasil, já que os religiosos assumiram a tarefa de, em suas missões, organizar um espaço para enfermaria e boticas, sendo que aos jesuítas foram atribuídos em muitas ocasiões os ofícios de ordem médica, como a realização de sangrias e, emergencialmente, até de cirurgias. Mas diante da realidade de escassos recursos disponíveis, em certas ocasiões os jesuítas se renderam aos remédios e ervas naturais da terra que eram oferecidos pelos nativos e seus sábios¹.

Com a chegada da família real ao Brasil em 1808, começa a ser sentida a necessidade de se construir uma estrutura sanitária mínima para atender a recém-chegada família real e toda a corte que lhes acompanhavam. A transferência do poder central português para o Rio de Janeiro forçou os primeiros passos em direção à construção de um modelo de atendimento à saúde no Brasil.

¹ Ver Fernão Cardim, Gabriel Soares de Souza e Magalhães Gandavo, por exemplo. Para a América espanhola, citemos ESTEYNEFFER, 1712, ou o frei MADRE DE DIOS, 1611, ou. CARNEIRO, 1994, p. 53.

Esse processo de construção e estruturação começa com a criação do Colégio Médico Cirúrgico de Salvador, na Bahia, e das primeiras escolas de medicina no Brasil, sendo a primeira a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. O principal objetivo era fornecer serviços de saúde aos ilustres forasteiros e garantir um controle sanitário mínimo da capital do Império. Nesse período, o que caracterizaria o acesso à saúde ainda era a condição de renda: tendo condições, a pessoa se consultava com um dos poucos médicos disponíveis; caso contrário, ficaria à mercê do azar ou da sorte.

Com a proclamação da república em 1889 e o crescimento urbano que vai lentamente ganhando corpo, os problemas de acesso à saúde ficam cada vez mais sérios, pois a falta de um modelo de saúde pública confrontava com as cada vez mais frequentes epidemias que vinham muitas vezes de fora pelos portos, deixando as cidades expostas a tais mazelas.

No início do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro era a maior área urbana do país, com uma considerável concentração populacional. Sob o ponto de vista da saúde pública, tal situação poderia ser considerada caótica, diante do conjunto de doenças que acometiam a população, tais como: varíola, malária, febre amarela e a peste.

Nesse contexto é que vão surgir as campanhas de imunização massiva e conseqüente reação da população. Foi o então presidente da República, Rodrigues Alves, que nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que propôs a erradicação da epidemia de febre amarela que assolava a cidade do Rio de Janeiro na época.

Esse modelo de atenção emergencial em saúde contou com uma concepção militarista, com suporte de uma das forças da saúde pública formada por guardas sanitários, visando erradicar os focos de transmissão da febre amarela. A campanha invadia as casas, queimava roupas e isolava os doentes. Esse modelo gerou uma forte reação por parte da população diante dos abusos cometidos durante as campanhas.

A repulsa social se agrava com uma nova medida tomada por Oswaldo Cruz de tornar obrigatória a vacina contra a varíola em 1904, agora não somente no Rio, mas, em todo o país. Foi então que surgiu um movimento de reação contra essas medidas, consideradas excessivamente arbitrarias, que ficou

conhecido como a Revolta da Vacina. O movimento catalisou toda a força social que se opunha à forma de atender a população, sem o devido respeito e consideração de situações mais delicadas.

Em 1920, Carlos Chagas substituiu Oswaldo Cruz no Departamento Nacional de Saúde e reestruturou as campanhas públicas de saúde, passando a incorporar a propaganda e a educação, inovando o modelo anterior de caráter violento, militarizado e policial. Foi então que ficou claro para alguns que a saúde pública não poderia ser tratada como caso de polícia, sendo necessária uma intervenção séria na modificação das prioridades em saúde e do modo de ação e promoção da saúde no país até então vigentes.

A urbanização e o crescimento industrial que lhe acompanham vão impor um novo ritmo ao desenvolvimento econômico do Brasil. Concentrada no eixo Rio-São Paulo, a nova fase de expansão da economia nacional através da agroexportação do café começa a fornecer capitais para o desenvolvimento da indústria nacional. Com o fim da Escravidão, foi a mão de obra dos imigrantes europeus que deu um importante incremento ao trabalho no campo, concentrando-se também nas cidades para o trabalho na nascente indústria. Nesse período não existia nenhum tipo de prevenção ou atendimento aos trabalhadores, e doenças simples se proliferavam sem controle. Nos anos de 1918 e 1919 a gripe vitimou dezenas de milhares de pessoas, inclusive o reeleito presidente da república Rodrigues Alves, que morreu antes de assumir.

As péssimas condições de saúde, trabalho e renda no campo e nas cidades acabaram resultando nas primeiras organizações de trabalhadores que, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, organizaram as primeiras greves de maior magnitude em 1917 e 1919. Foi através desses movimentos ampliados que os operários principalmente começaram a conquistar seus primeiros direitos trabalhistas e sociais, sendo aprovada em 1923 uma lei que criava as Caixas de Aposentadoria e Pensão.

Mas foi apenas em 1930, no governo de Getúlio Vargas, que se criaram os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Educação e Saúde e o Ministério da Indústria e Comércio. Com a Constituição de 1937, são ampliados a todo o operariado urbano organizado os benefícios da previdência social, sendo então as antigas caixas substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

No ano de 1932 é criada, em São Paulo, a Escola Paulista de Medicina, extremamente bem equipada, mas restrita a apenas sessenta alunos por ano. A partir dessa iniciativa vai tomando corpo em nosso país um terrível movimento de elitização do ensino médico que acaba condenando a população ao descaso. A Escola Nacional de Medicina, que tinha uma tradição de formar até seiscentos médicos por ano, passou a adotar o modelo paulista para não ficar de fora das novas tendências científicas.

Nos Institutos, diferentemente das Caixas, os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais, e não mais por empresas. Até meados dos anos 50, os IAPs cumpriram um importante papel como estabilizador econômico, pois o modelo de poupança forçada garantia que um montante considerável de recursos ficassem disponíveis na forma de poupança interna. No pós-Segunda Guerra, uma crise geral assola os países, mas é na periferia do sistema geopolítico que os dilemas se fazem mais evidentes, a gravidade dos grandes impasses e problemas sociais do povo ganham visibilidade.

No período dos anos de 45-64, o país vivia um impulso democratizante que encontra na Constituição de 1946 sua face pública mais notória. A saúde se torna objeto de disputa eleitoral. Porém, a assistência médica ficava renegada a um plano secundário. Somente em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido pelos Institutos e Caixa ainda existentes. Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, estabelecendo a unificação do Regime Geral da Previdência, abrangendo todos os trabalhadores sujeitos ao regime de trabalho da CLT. Na época, ficaram de fora desse regime os trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos que tivessem seu regime próprio de previdência.

Em 1967, a unificação do modelo anterior se consolida com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse processo foi necessário ampliar o atendimento, o que criou-se um grande impasse, pois ficou impossível com a estrutura disponível atender de modo satisfatório toda a gama de novos usuários que passaram a aportar o sistema ampliado de atendimento. Nesse contexto, o governo militar optou por delegar à iniciativa privada os recursos para tal ampliação.

A decisão de passar à iniciativa privada a ampliação do sistema de atendimento acabou gerando uma situação de descontrole que culminou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica

da Previdência Social (INAMPS). O modelo do INAMPS instituído pelo governo dos militares priorizava as práticas curativas, dando pouca ou quase nenhuma atenção às ações de prevenção em saúde. A situação da saúde para a grande maioria da população era precária, sendo em regra um benefício restrito às pessoas que tinha carteira de trabalho assinada.

Em sentido amplo, podemos afirmar que o governo militar se importava apenas com a medicina curativa, atendendo a doença e não se preocupando com a saúde, tendo como principais beneficiários desse sistema patrimonialista de saúde pública os donos de hospitais privados e laboratórios fabricantes de remédios, pois, estes lucravam cada vez mais com o modelo vigente.

O governo militar foi se afastando cada vez mais das responsabilidades de prestar um serviço público de saúde, fazendo com que a população precisasse se organizar para exigir seus direitos. Foi nessa época que vários setores da sociedade começaram a se organizar: profissionais da saúde, políticos, estudiosos, sindicatos e a população em geral criaram o chamado Movimento pela Reforma Sanitária.

3.1. O Sistema Único de Saúde

A ditadura militar vai dar a tônica dos vinte anos, a partir de 1964, no que diz respeito à saúde pública. Toda uma nova parafernália de saúde e assistência foi construída pelo Estado Autoritário, sendo que um aparente avanço na ampliação no atendimento acaba fracassando junto com o modelo econômico do regime militar. Portanto, é na segunda metade dos anos 70 que o ideal de uma reforma sanitária vai ganhando corpo.

Mas nos anos 80 e 90 vamos assistir o delineamento de uma nova conjuntura no cenário político brasileiro, pois a abertura democrática dispara um processo de rearticulação do setor de saúde no país. Nesse contexto, as Conferências de Saúde se transformam numa arma de pressão popular.

A partir da eleição de Tancredo Neves, o movimento de luta pela saúde no Brasil ganha corpo e força, levando à criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional

de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O resultado mais significativo foi a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou as bases da Reforma Sanitária e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que pode ser considerado um primeiro embrião do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Depois de muita luta, mobilização, organização e estudo, foi apresentada a proposta de criação de uma Lei para a implementação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, que seria um modelo de atendimento organizado em nível nacional e que atenderia todas as necessidades de assistência e atendimento à saúde da população. A proposta foi apresentada e aprovada pela primeira vez na VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de milhares de representantes eleitos em conferências estaduais prévias.

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, garante a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Neste sentido, temos no Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A saúde é um direito desde então, sendo garantida através de medidas sociais e econômicas, evitando os riscos de doenças e outros perigos à saúde.

O SUS é um instrumento que organiza, regulamenta e garante o acesso ao atendimento à saúde pública e qualidade a todas as pessoas, de todas as idades, em todos os lugares e formas de atendimento. Esse atendimento deve ser público, assim, as consultas médicas, exames, internações, cirurgias, remédios, acompanhamentos, etc., devem ser fornecidos com respeito e qualidade, portanto, esses serviços não podem ser cobrados, já que estamos financiando o SUS através do pagamento dos impostos.

Nesse contexto, vale a pena registrar que o SUS funciona respeitando e observando certos princípios, como a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*. Outra grande inovação do SUS está na *participação popular*, assim a comunidade tem o dever de fiscalizar as decisões sobre a aplicação e o repasse dos recursos e a qualidade das ações e dos serviços, inclusive no que diz respeito às ações e programas de prevenção.

A população deve participar do SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que são os espaços de participação no controle e execução das políticas públicas de saúde. As conferências como os conselhos funcionam em nível municipal, estadual e federal, sendo a instância competente para propor políticas que devem ser respeitadas pelo poder público.

Sem a devida participação da sociedade civil nos espaços de formulação, gestão e controle das políticas públicas, as consequências são de um tipo que não tem sido capaz de dar conta das demandas sociais. Vários exemplos podem revelar como a falta de participação direta das pessoas envolvidas no processo de construção de políticas públicas reflete no sentido geral da saúde.

Nos anos seguintes à implantação do SUS, até os dias de hoje, o maior foco de luta será a democratização do sistema público de saúde. O palco do protagonismo do movimento da reforma sanitária e sua ação institucional será o exemplo de que só com luta os direitos podem ser garantidos.

3.2. O Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde, segundo informação oficial, foi instituído pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, e até os anos 90, foi órgão consultivo do Ministério da Saúde. Mas, foi através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se instituíram as Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias de controle social. Foi o Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, que regulamentou as novas atribuições do Conselho e:

[...] definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e

funcionamento dos Conselhos de Saúde. Na ocasião foi mantida a composição dos conselhos de saúde como propôs a Resolução nº 33 de 1992, a qual reafirmava a paridade e a composição entre os segmentos (BRASIL, 1990a).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a instância máxima de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento do SUS, vinculado ao Ministério da Saúde e formado por representantes do governo, dos usuários e trabalhadores, sendo sua competência firmada nos termos do artigo 10 da Resolução no 407, de 12 de setembro de 2008:

Compete ao Conselho Nacional de Saúde:

- I – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- II – estabelecer diretrizes a ser observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- III – elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS;
- IV – aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;
- V – propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- VI – acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;
- VII – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País;
- VIII – articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais; e
- IX – fortalecer a participação e o controle social no SUS (BRASIL, 2008).

O CNS possui, ainda, comissões de trabalho que são responsáveis pelo assessoramento ao Conselho através de informações e análises.

Atualmente o CNS conta com as seguintes comissões:

- Alimentação e Nutrição (CIAN)
- Ciência e Tecnologia (CICT)

- Comunicação e Informação em Saúde (CICIS)
- Eliminação da Hanseníase (CIEH)
- Ética em Pesquisa (CONEP)
- Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS)
- Acompanhamento das Políticas em DST/Aids (CIAPAIDS)
- Orçamento e Financiamento (COFIN)
- Saúde do Trabalhador (CIST)
- Recursos Humanos (CIRH)
- Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA)
- Saúde Mental (CISM)
- Saúde Indígena (CISI)
- Saúde da Mulher (CISMU)
- Saúde do Idoso (CISID)
- Saúde Suplementar (CISS)
- Trauma e Violência (CITV)
- Saúde da Pessoa com Deficiência (CISPD)
- Pessoas com Patologias (CIPP)
- Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS)
- Saúde da População Negra (CISPN)
- Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CISPLGBTT)
- Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (CIVSF)
- Assistência Farmacêutica (CIAF)
- Saúde Bucal (CISB)
- Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (CIASAJ)

Ainda que as comissões e grupos de trabalho não sejam deliberativos, nem tenham suas recomendações de caráter vinculante, seu papel dialógico, informativo e de articulação é de fundamental importância para dar subsídios ao CNS na sua tomada de decisões.

3.3. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” é um exemplo da importância do CNS que, no dia 17 de junho de 2009, aprovou essa importante ferramenta de exercício da Cidadania.

Esse documento resume, na forma de seis princípios básicos, as garantias de acesso universal e equânime aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais prerrogativas cidadãs devem ser garantidas no atendimento público e privado, ou seja, a dignidade deve ser respeitada sempre.

São princípios contidos na Carta:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL. MS, 2006a).

Para acessar na íntegra todos os direitos que constam na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, visitar a página do Conselho Nacional da Saúde na internet.

3.4. Outras normativas

Outras normativas relacionadas ao direito ao mais alto patamar de saúde física e mental são:

- Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990: regulamenta as ações do SUS no país, as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização, e detalha as competências de cada esfera governamental. A LOS enfatiza a descentralização político-administrativa, determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços, trata da gestão

financeira e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados ao SUS. Na Disposição Preliminar temos:

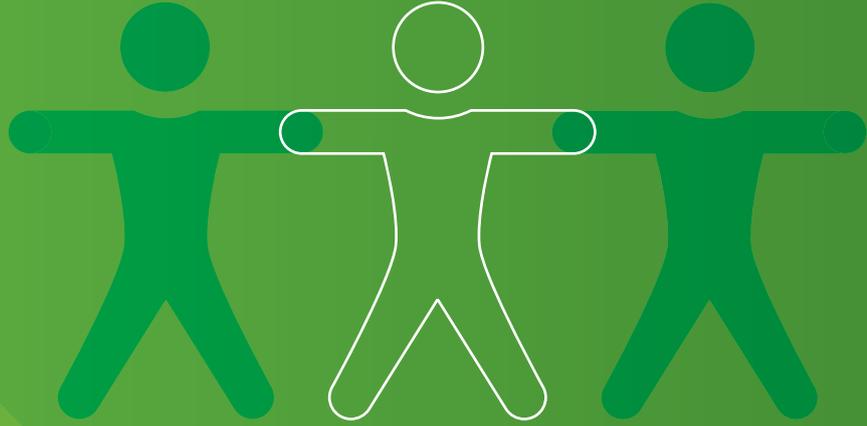
Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Parágrafo 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990b).

- Lei nº 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo (BRASIL, 1990c);
- Pacto pela Saúde: trata de um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, estados e municípios, sendo regulamentados pelas Portarias GM/MS nº 399, de 22/2/2006, e nº 699, de 30/3/2006.

PARTE 2



O CENÁRIO BRASILEIRO

4. A SAÚDE EM NÚMEROS

Uma análise dos dados é necessária para entender o cenário brasileiro em relação ao direito humano à saúde. Segundo o DATASUS:

[...] a mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde².

4.1. Financiamento da saúde

A insuficiência e o fluxo irregular de recursos são marcas do financiamento do sistema de saúde no Brasil. O SUS não possui investimentos suficientes para garantir o seu modelo e princípios, ou seja, para atender de forma completa a um sistema universal, gratuito, integral, equânime e de forma descentralizada, com o agravante de que, na estrutura desse sistema, houve uma significativa participação do setor privado.

Para uma análise apurada há que se considerar que, antes do atual SUS, não tínhamos um sistema universal, gratuito, integral como hoje, portanto, antes de partir para uma leitura crítica quanto ao estado atual do financiamento da saúde pública no país, temos que sopesar este importante dado histórico objetivo. Nesse sentido, o SUS inova, ousando se propor a construir um sistema de ampla abrangência dos direitos, como nenhum outro país no mundo.

Historicamente, a partir de uma perspectiva do financiamento na área da saúde, sempre tivemos a insuficiência de recursos como uma realidade; por outro lado, o sistema atual começa a funcionar

² Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

apenas após 1988. No período de implementação do SUS, vai ocorrer uma transferência de parte dos recursos que antes estavam no INAMPS, mas é uma quantia ainda insuficiente.

Considerada pela Constituição Federal como parte da seguridade social, a saúde deveria ter fontes próprias de financiamento que viriam das chamadas contribuições sociais. Porém, como é de conhecimento geral, os recursos oriundos das contribuições sociais nunca foram integralmente destinados à saúde. Foi nesse sentido que a CPMF foi criada, em 1996, para dar suporte à crise no financiamento do sistema de saúde do país que estava em falência. Sendo um recurso que foi destinado para estabilizar a crise do sistema, e não como fonte permanente de financiamento, a CPMF foi um paliativo.

A Tabela 1, abaixo, mostra as fontes de financiamento do sistema de saúde no Brasil:

Tabela 1

Distribuição do gasto do Ministério da Saúde por fonte de recursos, 1995-2008 (em %)

Fonte (Cod/Desc)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	15,1	5,3	12,5	10,3	13,1	7,4	4,8	7,1	5,2	20,1
Operações de crédito interna e externa	1,1	0,9	0,5	1,1	1,5	2,7	2,2	1,9	1,1	0,7	0,7	0,4	0,1	0,0
Recursos Diretamente Arrecadados	2,5	2,5	2,4	2,6	3,5	3,3	5,1	2,7	2,3	2,2	2,4	3,1	3,7	4,0
Títulos Responsab. Tesouro Nacional	2,7	3,4	2,8	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuições Sociais	70,5	66,2	72,8	71,8	61,5	80,9	74,9	81,3	82,5	88,3	91,3	88,8	87,1	71,8
<i>Contrib. Social Lucro - PJ (CSLL)</i>	20,2	20,7	19,3	8,0	13,2	12,6	7,0	22,5	27,4	32,3	39,7	40,3	38,7	34,7
<i>Contrib. Financiamento Segur. Social</i>	48,8	42,2	25,6	25,9	26,3	37,1	38,5	18,6	21,1	25,2	19,2	13,5	15,4	34,9
<i>Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)</i>	0,0	0,0	27,9	37,0	22,0	31,2	28,2	38,4	32,5	29,4	29,3	32,4	30,8	1,0
<i>Contrib. Plano Segur. Social Servidor</i>	1,5	3,3	0,0	0,9	0,0	0,0	1,2	1,9	0,8	0,9	1,2	1,0	0,9	0,2
<i>Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	1,9	1,6	1,3	1,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,4	0,0	0,9	0,3	0,0	3,0	3,0
Fundo Social de Emergência	11,7	17,9	19,6	13,3	14,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Demais Fontes	8,3	8,9	0,8	0,3	3,6	7,6	0,6	0,9	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	1,1
Total	100													

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal - Ipea: 1995 a 2007); SIGA BRASIL (2008)

Em relação à Emenda Constitucional nº 29/2000 e à Lei Complementar nº 141/2012, que a regulamenta, em termos financeiros houve um incremento em comparação ao período anterior à EC nº 29, já que estados e municípios passam a participar do financiamento da saúde, mas, se comparado com a porcentagem do PIB, o aumento foi muito pequeno. Nesse sentido, apesar dos avanços alcançados, a questão principal de procurar garantir o incremento adequado no volume de recursos destinados à saúde não ocorreu.

Em relação aos gastos das três esferas, a Tabela 2, abaixo, ilustra a evolução dos números entre os anos de 2000 e 2010:

Tabela 2

Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000-2010
(em bilhões R\$ de 2010, deflacionados pela média do IPCA)

Ano	Esfera						Total
	Federal ^a	No total (%)	Estadual ^b	No total (%)	Municipal ^c	No total (%)	
2000	38,74	59,8	12,02	18,6	14,03	21,7	64,79
2001	40,04	56,1	14,73	20,7	16,55	23,2	71,33
2002	40,64	52,8	16,56	21,5	19,76	25,7	76,96
2003	38,93	51,1	17,51	23,0	19,71	25,9	76,15
2004	43,94	50,2	21,53	24,6	22,05	25,2	87,52
2005	46,70	49,7	21,67	23,1	25,50	27,2	93,87
2006	49,17	48,4	23,89	23,5	28,48	28,0	101,54
2007	51,58	47,5	26,27	24,2	30,77	28,3	108,63
2008	53,62	44,7	30,77	25,7	35,55	29,5	119,94
2009	61,21	45,9	33,88	25,4	38,35	28,7	133,44
2010	61,97	44,7	37,02	26,7	39,72	28,6	138,70

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops (Esferas Estadual e Municipal).

Notas: (a) O Gasto Federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPS, também considera os valores executados na UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS (2004 a 2008). (b) O Gasto Estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do Siops, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao Siops pelas 27 UF's, uma vez que a análise de balanço ainda não foi realizada pela equipe. Em 2010, foram considerados os dados das 23 UF's que haviam transmitido ao Siops. Para os quatro Estados faltantes, utilizaram-se os valores de 2009. Aguarda-se a análise de balanço dos respectivos anos para a atualização final deste gasto. (c) O Gasto Municipal ASPS foi extraído da base do Siops em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, o que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao Siops, e, em 2010, este percentual, por enquanto, foi de 92%.

A Tabela 3, abaixo, ilustra os gastos por agrupamento de programas e ações entre os anos de 1995 e 2009:

Tabela 3

Distribuição das despesas do MS com ações e serviços públicos de saúde por agrupamentos de programas/ações, 1995 a 2009 (em %)

Gasto em ASPS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(1) Pessoal Ativo	20,0	19,1	15,8	14,8	13,6	12,9	11,7	12,0	12,3	11,7	10,5	11,6	10,8	11,7	11,5
(2) Média e Alta Complexidade (MAC)	54,0	58,7	56,4	53,2	51,9	51,4	51,7	50,7	50,8	48,1	45,3	46,5	48,8	49,3	46,4
<i>Transferências MAC</i>	49,4	53,5	51,8	48,8	47,9	48,1	48,5	47,5	48,8	45,8	43,0	43,8	45,8	46,4	43,5
<i>Hospitais próprios e Pioneiras Sociais</i>	4,5	5,3	4,6	4,4	4,0	3,4	3,2	3,2	2,0	2,3	2,4	2,7	3,0	3,0	2,8
(3) Atenção Básica	9,7	10,1	10,2	12,8	11,4	11,7	11,9	12,5	13,0	12,5	13,4	14,7	12,8	13,5	14,9
<i>PAB-fixo</i>	9,1	9,2	9,1	11,3	9,7	8,5	7,6	7,1	7,0	5,6	6,0	6,2	3,1	5,0	5,8
<i>PACS/PSF</i>	0,6	0,9	1,0	1,5	1,8	3,2	4,3	5,3	6,0	6,6	7,1	8,2	9,3	8,1	8,9
<i>PROESF</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0
<i>Saúde Bucal</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2
(4) Medicamentos	4,3	2,4	4,8	4,8	6,3	6,6	6,6	7,2	6,9	7,2	7,7	9,0	8,9	9,0	8,5
<i>Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos)</i>	3,7	1,9	3,7	3,4	4,6	4,1	3,8	4,6	4,4	4,1	3,8	4,4	3,1	1,5	1,5
<i>Medicamentos excepcionais</i>	0,6	0,6	1,1	1,1	1,0	1,8	2,0	1,9	1,9	2,5	3,1	3,4	4,4	4,7	4,5
<i>Farmácia Básica (PAB)</i>	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	1,8	1,5
<i>Farmácia Popular</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,7	1,0	1,0
(5) Vigilância em saúde	6,1	5,4	6,5	6,1	6,8	6,9	7,4	7,8	7,2	7,2	7,1	7,3	7,0	6,2	4,5
(6) Bolsas e combates as carências	1,1	0,3	0,7	0,4	0,8	0,7	0,8	0,4	1,3	2,5	5,6	0,0	0,1	0,1	0,0
(7) Saneamento	1,3	0,7	0,7	0,9	1,1	0,8	0,6	0,6	0,4	1,5	1,4	1,9	2,5	2,1	1,9
(8) Demais ações	3,6	3,3	4,9	7,0	8,1	8,9	9,4	8,9	8,2	9,3	9,0	9,0	9,1	8,3	12,3
Total	100														

Fonte: MS/SPO.

Obs: Os programas, as ações e as linhas de financiamento foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes (PPA).

Antes da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 pela Lei Complementar nº 141/2012, a sociedade civil, através de vários atores, esperava que a regulamentação viesse no sentido de garantir um incremento do dispêndio público na área da saúde, em termos percentuais ao PIB do país.

Outra importante questão está relacionada ao volume de investimento público na saúde. No Brasil, esse valor ainda é baixo se comparado a outros países, não passando da metade dos investimentos atuais. A proposta era de que, com a regulamentação da EC nº 29, houvesse um acréscimo de pelo menos 1% do PIB para a saúde, mas isso não aconteceu, permanecendo o problema central da garantia de um fluxo contínuo em um volume satisfatório para atender as demandas de um sistema de saúde de qualidade, universal, integral e gratuito.

4.2. Gastos públicos³ com saúde como proporção do PIB⁴

Este indicador mostra o percentual do Produto Interno Bruto (PIB) do país gasto em saúde em determinado ano. Estes números mostram o nível de investimento no SUS. Tais informações são importantes comparativos internacionais apresentados na mesma unidade da Organização Mundial de Saúde (OMS).

³ O gasto público com saúde corresponde às despesas com ações e serviços públicos de saúde definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. A sua composição financeira compreende: (i) gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo (administração direta, autarquias e fundações); e (ii) transferências negociadas de recursos a outras esferas de governo (estados e municípios) e a instituições privadas. As transferências intergovernamentais são contabilizadas somente no nível de governo que as financiam, para evitar dupla entrada dos valores (na origem e na esfera receptora). Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. No âmbito federal excluem-se, também, as despesas com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. Excluem-se também os gastos com saúde destinados a clientela fechadas, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a esses servidores. Para a União e estados são consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa liquidada. Esse conceito difere do definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para os indicadores de gasto federal com saúde. A metodologia do IPEA inclui despesas dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação.

⁴ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal. IBGE: Contas Nacionais – valor do PIB.

Tabela 4

Gasto público com saúde como proporção do PIB, por esfera de governo
(Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004)

Regiões	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil	1,9	0,6	0,7	3,1	1,9	0,9	0,9	3,7
Norte	2,5	1,6	0,6	4,7	1,9	2,0	0,9	4,7
Nordeste	3,2	0,9	0,7	4,8	2,6	1,4	1,2	5,1
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9
Sul	1,4	0,4	0,6	2,3	1,2	0,6	0,8	2,5
Centro-Oeste	1,6	0,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,7	3,1

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Os números mostram que a esfera federal é a grande aportadora de recursos para a saúde em todas as regiões, sendo que a participação dos estados e municípios tem aumentado em detrimento dos investimentos federais.

4.3. Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar⁵

Estes dados apontam o percentual da renda familiar mensal correspondente a gastos em saúde e assistência à saúde. Estas informações estão ligadas a fatores como renda, morbidade, faixa etária, cobertura e qualidade dos serviços, podendo contribuir na identificação de desigualdades, o que requer a atenção diferenciada de proteção social. Os dados abaixo mostram que o comprometimento da renda familiar diminui de acordo com a renda, exceto no Nordeste, sendo que em todos os casos os maiores gastos são com medicamentos e com planos de saúde em todos os níveis de renda, conforme Tabela 5:

⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=25>.

Tabela 5

Proporção (%) da renda familiar utilizada com saúde, por classes selecionadas de rendimento familiar, segundo regiões e tipos de despesa (Brasil, 2002-2003)

Região	Tipo de despesa	Até 400	Mais de 1.000 a 1.200	Mais de 2.000 a 3.000	Mais de 6.000	Total
Brasil	Assistência à saúde	7,13	5,52	5,49	4,50	5,32
	Medicamentos	5,41	3,07	2,19	1,06	2,16
	Planos e seguros de saúde	0,50	0,89	1,59	1,67	1,50
	Outros gastos	1,23	1,56	1,71	1,76	1,66
Norte	Assistência à saúde	6,62	4,63	3,98	2,55	4,34
	Medicamentos	5,20	2,74	1,74	0,66	2,19
	Planos e seguros de saúde	0,19	0,39	0,87	1,04	0,76
	Outros gastos	1,22	1,51	1,37	0,85	1,39
Nordeste	Assistência à saúde	5,29	5,39	6,02	4,47	5,39
	Medicamentos	4,29	3,13	2,37	1,50	2,59
	Planos e seguros de saúde	0,08	1,07	1,98	2,06	1,49
	Outros gastos	0,92	1,19	1,66	0,91	1,31
Sudeste	Assistência à saúde	9,72	5,58	5,52	5,06	5,51
	Medicamentos	6,74	3,03	2,18	1,11	2,03
	Planos e seguros de saúde	1,47	1,05	1,68	1,83	1,72
	Outros gastos	1,51	1,50	1,65	2,12	1,76
Sul	Assistência à saúde	7,58	5,79	5,50	3,15	4,96
	Medicamentos	5,95	3,13	2,25	0,77	2,13
	Planos e seguros de saúde	0,46	0,53	1,29	1,09	1,15
	Outros gastos	1,17	2,13	1,96	1,28	1,67
Centro-Oeste	Assistência à saúde	10,39	5,44	5,17	3,92	5,15
	Medicamentos	7,76	3,34	2,07	0,92	2,23
	Planos e seguros de saúde	0,33	0,50	1,30	1,39	1,17
	Outros gastos	2,30	1,60	1,80	1,62	1,74

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003.

4.4. O valor médio pago por internação hospitalar no SUS⁶

Os dados abaixo ilustram o valor médio gasto com internação hospitalar no SUS por especialidade. Em análise, podemos observar que cada internação hospitalar custou para o SUS R\$ 409,00 em 2000, variando entre R\$ 281,00 na região Norte e R\$ 448,00 na região Sudeste. Em 2005, esse número foi para R\$ 609,00.

Tabela 6

Valor médio por internação hospitalar (SUS), por regiões e ano, segundo especialidades (Brasil, 2000 e 2005)

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Total	409	609	281	418	333	505	484	706	450	697	381	539
Clínica médica	301	414	235	341	265	368	330	450	327	451	280	373
Pediatria	329	489	268	382	287	425	374	562	374	585	333	470
Obstetrícia	240	365	232	349	232	356	246	373	247	377	243	367
Clínica cirúrgica	652	986	420	644	475	783	738	1.070	850	1.234	646	920
Psiquiatria	1.137	1.694	680	913	1.224	1.810	1.226	2.061	897	1.040	854	1.058
Psiquiatria / hospital-dia	545	638	758	576	618	737	487	577	570	629	508	639
Cuidados prolongados (crônicos)	4.155	8.630	450	104	3.464	4.437	4.546	11.423	1.430	3.124	1.487	3.900
Reabilitação	936	904	-	-	-	813	903	973	-	-	1.060	914
Tisiologia	774	877	488	643	591	822	872	947	812	953	730	720

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). *Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>>.

4.5. Indicadores de desempenho do SUS em 2013: a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde⁷

Com a finalidade de avaliar o desempenho do SUS foi criado um conjunto de indicadores. Um deles avalia a média de equipes básicas de saúde, para cada 3000 pessoas, em relação à população total residente no município no ano de 2010. Para tanto, são consideradas equipes básicas de saúde, as Equipes de Saúde da Família, somadas às especialidades: clínica médica, ginecologia e pediatria.

Tal indicador aponta que a maior cobertura das equipes básicas de saúde indica maior potencial de oferta de serviços das clínicas básicas para a população, e também maior facilidade de acesso aos serviços básicos de saúde. Considera-se adequado que exista pelo menos uma equipe básica de saúde para cada grupo de três mil pessoas residentes.

Este é um indicador que mensura a disponibilidade de recursos humanos da atenção básica para a população residente em um determinado território. Analisa a disponibilidade de profissionais de saúde da atenção básica em um determinado território, identificando áreas em que há maior e menor cobertura por esses profissionais.

Em 2010, a cobertura média foi de 69,8%, sendo que a menor cobertura foi a da região Norte, com 58,4% e a maior foi a da região Nordeste, com 80,0%, conforme Tabela 7:

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema Único da Saúde (SUS). *E-SUS: Dados do Atenção Básica (DAB/SAS/MS)*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> BRASIL. Ministério da Saúde: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=943>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Dados sobre a população residente. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>.

Tabela 7**A Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde**

Região	Ano
	2010 (em %)
Brasil	69,8
Norte	58,4
Nordeste	80,0
Sudeste	64,0
Sul	74,6
Centro-Oeste	67,8

Região	Ano
Municípios de Referência*	2010 (em %)
Sim	59,4
Não	72,4

* Municípios de Referência = Grupo de Municípios de Referência para os Parâmetros de Acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade. Grupos selecionados de municípios brasileiros que dispõem de uma estrutura mais completa de serviços de saúde de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, de forma a evitar o viés dos baixos resultados dos indicadores devido à deficiência de oferta desses serviços.

4.6. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal⁸

Este é um indicador sobre a média anual de equipes básicas de saúde bucal para cada três mil pessoas, em relação à população residente em um município. Para tanto, são consideradas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Equipes de Saúde da Família I e II de cirurgiões dentistas não integrantes das ESB.

O indicador aponta o maior potencial de oferta de serviços de odontologia básica à população e a facilidade de acesso a tal serviço. Considera-se adequado que exista ao menos uma equipe

⁸ Idem.

básica de saúde bucal para cada grupo de três mil pessoas. A cobertura média do Brasil em 2010 foi de 45,94%, sendo a menor cobertura na região Sudeste, de 35,19%, e a maior na região Nordeste, de 62,78%.

Tabela 8

A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal

Região	Ano
	2010 (em %)
Brasil	45,94
Norte	37,90
Nordeste	62,78
Sudeste	35,19
Sul	48,26
Centro-Oeste	48,48

Região	Ano
Municípios de Referência*	2010 (em %)
Sim	28,96
Não	50,26

* Municípios de Referência = Grupo de Municípios de Referência para os Parâmetros de Acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade.

4.7. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal⁹

Neste indicador teremos um percentual de nascidos vivos de mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal frente ao total de nascidos vivos de mães residentes no município pesquisado. Tal indicador serve de análise sobre as condições de acesso à assistência pré-natal e outros indicadores, como mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379> .

Ao analisar as variações geográficas e temporais sobre as condições de acesso à assistência pré-natal, o indicador identifica tendências e situações de desigualdade nos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico, de modo a subsidiar processos de planejamento voltados à atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Conforme a Tabela 9 abaixo, a região com os melhores resultados de 2007 a 2009 foi a Sudeste, onde nos três anos 70,68% das mães dos nascidos vivos realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. As regiões Norte e Nordeste apresentam os piores índices. Todavia, houve melhora do percentual de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, comparando-se os resultados de 2007 e 2009. Houve diminuição, também, da proporção de mães que não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez.

Tabela 9

Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

Região	2007 - 2009			
	Nenhuma consulta	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	7 ou mais consultas
Norte	4,51	15,98	47,29	32,22
Nordeste	2,24	10,81	45,17	41,79
Sudeste	1,26	4,74	23,32	70,68
Sul	1,14	4,61	21,07	73,18
Centro-Oeste	1,31	5,89	28,94	63,86
Brasil	1,9	7,86	32,65	57,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

4.8. Indicadores de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade: razão entre exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária¹⁰

Tal indicador é relevante para melhor se conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de idade, permitindo reconhecer as desigualdades no acesso à mamografia e ao rastreamento do câncer de mama preventivamente. Tais informações contribuem no alcance de maior mobilização da população usuária, sendo que taxas reduzidas revelam certa dificuldade de sensibilização e captação da população.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a sensibilidade para detecção do câncer de mama varia entre 46% e 88%, e depende do tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, idade da paciente, qualidade do exame e habilidade de interpretação do radiologista. Mulheres de alto risco para câncer de mama são aquelas que:

- a) têm um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã ou filha) que tiveram câncer de mama antes de 50 anos;
- b) têm um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã, ou filha) que tiveram câncer de mama bilateral ou câncer de ovário;
- c) apresentam história familiar de câncer de mama masculino;
- d) apresentam lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia.

Mulheres com risco elevado de desenvolver câncer de mama devem realizar mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos de idade. Recomenda-se realizar pelo menos uma mamografia a cada 2 anos em mulheres de 50 a 69 anos de idade. Ensaios clínicos sugerem redução de 15% na mortalidade por câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, rastreada pela mamografia combinada com exame clínico.

Os dados da PNAD – Suplemento Saúde mostram que, no Brasil, em 2008, 54,23% das mulheres de 59 a 69 anos fizeram um exame de mamografia nos últimos 2 anos. A região Sudeste foi a que apresentou

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)*. Disponível em: <<http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): *Estimativas populacionais e Censo 2010 (Datasus)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

maior proporção, igual a 63,77%; os índices da região Sul foram de 55,09%; o Norte apresentou o resultado mais baixo, de 35,26%. Em geral, os resultados mostram que não está havendo a realização do exame de forma adequada, estando abaixo do parâmetro definido em 70%.

4.9. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária¹¹

Este indicador vai expressar a realização de exames citopatológicos do colo do útero (papanicolau) na população-alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos). O Instituto Nacional do Câncer recomenda que toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve realizar o exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos.¹²

Tabela 10

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária segundo regiões
Brasil, 2008 a 2010

Região	Tempo decorrido desde o último exame, PNAD Saúde 2008				SIA Razão 2008 - 2010
	a) Até 3 anos	b) Mais de 3 anos	c) Nunca fez exame	Total inadequado (b+c)	
Norte	77,61	8,02	14,37	22,39	45,33
Nordeste	74,09	7,58	18,33	25,91	60,40
Sudeste	82,14	7,45	10,41	17,86	51,61
Sul	80,92	8,32	10,76	19,08	59,95
Centro-Oeste	79,11	7,33	13,56	20,89	53,89
Brasil	79,32	7,64	13,04	20,68	54,87

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Suplemento Saúde Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)

¹¹ Idem.

¹² BRASIL. MS, 2006b.

Os dados revelam que, em 2008, 79,32% das mulheres de 25 a 59 anos fizeram um exame nos últimos 3 anos, tendo a região Sudeste apresentado a maior proporção, 82,14%, e o Nordeste a mais baixa, 74,09%. Desse total de exames, 55% são realizados pelo SUS e 24% são realizados através de planos de saúde ou de forma privada. Vale ressaltar que a média de não realização do exame foi de 21%, percentual muito acima do adequado, sendo que todos os resultados estão abaixo do parâmetro definido em 90%.

4.10. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente¹³

Este indicador vai dar a relação entre o número de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade por 100 cidadãos residentes no município no ano de 2010. São considerados apenas os procedimentos financiados pelo SUS, realizados no município ou encaminhados a outros municípios de referência regional, estadual ou nacional.

A avaliação dos resultados permite acesso a informações sobre procedimentos, que dão um parâmetro sobre a cobertura da população aos serviços de saúde, exclusivamente feito pelo SUS, em atenção ambulatorial de média complexidade. Os dados estatísticos referentes a tais atendimentos ainda não se encontram disponíveis por estarem em construção.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*: boletim de produção ambulatorial individualizado. Disponível em: <http://w3.saude.al.gov.br/download/suraud/ambulatorial/BPA-INDIVIDUALIZADO_15122007.pdf>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): *Estimativas populacionais e Censo 2010 (Datatus)*. Disponível em: <<http://www2.datatus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

4.11. Indicadores básicos de saúde do ano de 2008¹⁴: o número de profissionais de saúde por habitante

O número de profissionais de saúde por habitante é um dado importante, pois ilustra as condições socioeconômicas regionais e as carências no âmbito das políticas públicas de atenção à saúde, identificando as desigualdades, ainda que não seja um número que discrimine a área de atuação do profissional. Em geral, os dados mostram que o número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos têm aumentado em todas as regiões do país. Cabe ressaltar que o número de profissionais médicos e odontólogos é maior nas regiões Sul e Sudeste, enquanto a distribuição dos enfermeiros é mais uniforme, mas ainda em número quase três vezes menor que o número de médicos por mil habitantes, como aponta a Tabela 11:

Tabela 11

Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes
Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	1,1	1,4	1,7	0,2	0,5	0,6	n.d.	0,9	1,1
Norte	0,5	0,4	0,8	0,1	0,3	0,5	n.d.	0,4	0,5
Nordeste	0,7	0,8	1,0	0,2	0,4	0,5	n.d.	0,4	0,5
Sudeste	1,6	2,0	2,3	0,3	0,5	0,7	n.d.	1,3	1,6
Sul	1,1	1,4	1,7	0,3	0,5	0,7	n.d.	0,9	1,2
Centro-Oeste	1,0	1,2	1,7	0,3	0,4	0,7	n.d.	0,9	1,3

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES – Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE.

4.12. O número de leitos hospitalares por habitante

Os dados que apontam o número de leitos em hospitais públicos e privados vinculados ou não ao SUS, segundo o RIPSA, são influenciados por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos,

¹⁴ OPAS, 2008.

tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas. Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde.

O período apresentado na tabela aponta para a redução no número de leitos principalmente na esfera privada, enquanto a redução dos leitos na esfera pública é mais tímida. A oferta de leitos públicos é maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo que a região Norte conta com mais leitos públicos que privados, como mostra a Tabela 12:

Tabela 12

Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento
Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	1999	2005	1990	1999	2005	1990	1999	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Assim como o número geral de leitos hospitalares por mil habitantes, observa-se a redução no número de oferta de leitos no SUS em todas as regiões, principalmente na esfera privada. Essa apuração não leva em conta os leitos existentes em hospitais privados sem vínculo com o SUS, sendo considerados os leitos conveniados ou contratados, o que permite dar conta do perfil da demanda hospitalar, da cobertura da atenção básica à saúde e da oferta de serviços especializados. Veja a Tabela 13 abaixo:

Tabela 13

Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento* Brasil e grandes regiões, 1993, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2005); base demográfica do IBGE.

* Valor médio anual do número de leitos.

4.13. Número de concluintes de cursos de graduação na área da saúde¹⁵

Os dados apontam um aumento no número de profissionais formados em todas as regiões, salvo os odontólogos graduados na região Sudeste, com destaque para o aumento no número de profissionais graduados em enfermagem em todo o país, sendo que a maior parte desse crescimento se dá com a expansão do ensino privado na área da saúde, conforme a Tabela 14:

¹⁵ BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). *Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEdSup)*. Disponível em: < <http://www.techne.com.br/modulos.asp?id=176>>.

Tabela 14

Número e variação de concluintes de cursos de graduação em saúde
Brasil e grandes regiões, 1999 e 2004

Regiões	Medicina			Enfermagem			Odontologia		
	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação
Brasil	7.583	9.339	23,2	5.264	13.965	165,3	7.839	9.056	15,5
Norte	339	344	1,5	268	544	103,0	103	288	179,6
Nordeste	1.356	1.480	9,1	1.045	2.081	99,1	827	1.301	57,3
Sudeste	4.428	5.662	27,9	2.784	8.324	199,0	5.371	5.252	-2,2
Sul	1.210	1.492	23,3	899	2.322	158,3	1.228	1.677	36,6
Centro-Oeste	250	361	44,4	268	694	159,0	310	538	73,5

Fonte: Ministério da Educação/INEP – Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEDSUP).

4.14. Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde¹⁶

A relação entre emprego privado e público no setor saúde mede o grau de desconcentração dos recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Veja os dados na Tabela 15:

¹⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/>>.

Tabela 15

Proporção de postos de trabalho de médico, enfermeiro e odontólogo em estabelecimentos de saúde do setor público (com e sem internação) Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Regiões	Medicina			Enfermagem			Odontologia		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	44,8	45,0	45,8	62,8	65,1	67,1	72,1	74,6	70,5
Norte	53,8	57,8	69,6	77,0	84,4	88,3	84,2	86,2	86,5
Nordeste	51,9	51,0	54,0	72,0	74,1	76,0	76,8	78,0	78,1
Sudeste	43,8	44,5	43,1	58,6	59,5	60,9	68,4	73,0	69,4
Sul	38,5	36,5	36,8	54,5	56,9	58,2	72,5	72,7	67,6
Centro-Oeste	43,3	44,9	48,1	70,6	72,4	74,9	74,3	70,1	54,8

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Uma boa prática**As Conferências Nacionais de Saúde Indígena¹⁷**

A primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), realizada em 1986, foi um marco para o diálogo sobre o atendimento prestado pelo governo federal aos indígenas no Brasil. As prioridades definidas nessa conferência foram pilares para a construção da Constituição Cidadã em 1988 no que se refere ao atendimento de saúde às populações indígenas.

Outras três conferências foram realizadas desde então, a última em 2006. As três primeiras edições da CNSI, realizadas em 1986, 1993 e 2001, foram fundamentais para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor até hoje.

Na 4ª CNSI, realizada em 2006, os delegados aprovaram diretrizes para que o governo buscasse uma nova forma de oferecer saúde aos povos indígenas, o que culminou na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em outubro de 2010.

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde: 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=413>>.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena tem como objetivo aprovar diretrizes para as políticas de saúde executadas nas aldeias por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Além disso, a conferência é um espaço para debates sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

As conferências de saúde são espaços amplos e democráticos de discussão, avaliação e proposição de novas políticas de saúde.

A 5ª CNSI tem início em abril, com etapas locais. Posteriormente, serão feitas 34 conferências na etapa distrital em preparação para a etapa nacional, em novembro de 2013, em Brasília.





PARTE 3

A AFIRMAÇÃO DO DIREITO AO MAIS ALTO PATAMAR DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

5. DIREITO GARANTIDO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Quadro 1

Resumo das normas e legislação

Artigo XXV	Artigo 12	Comentário Geral nº 14	Artigos 196 a 200	Lei Orgânica da Saúde	Participação da Comunidade na Gestão do SUS	NOB 1/96 Modelo de Gestão do SUS	Altera artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF e assegura recursos mínimos para financiamento	NOAS-SUS	Pacto pela Saúde	Carta dos Direitos dos Usuários
DUDH	PIDESC	Comitê DESC/ONU	CF	Lei nº 8.080	Lei nº 8.142	Portaria 2.203	EC nº 29	Resolução nº 373	Resolução nº 399	Portaria nº 1820
1948	1966	2000	1988	1990	1990	1996	2000	2002	2006	2009
Normas e legislação internacionais			Normas e legislação brasileiras							

5.1. O que você precisa saber para garantir o direito ao mais alto patamar de saúde física e mental

Estão listadas, abaixo, algumas sugestões do que fazer e que órgão ou instituição procurar para garantir o direito ao mais alto patamar de saúde física e mental¹⁸:

- a) Conselhos e Conferências da Saúde: obrigatórios por lei nos três níveis de governo (municípios, estados e União), os Conselhos de Saúde contam com a participação de representantes da sociedade e têm a tarefa de fiscalizar e definir diretrizes para a execução das políticas de saúde. Já as Conferências de Saúde, também asseguradas em lei, acontecem periodicamente e são abertas à participação da sociedade.
- b) Conselhos Gestores: são criados por lei municipal de caráter tripartite. Ou seja, contam com representantes dos usuários, funcionários da saúde e a administração do estabelecimento de saúde. Vários municípios contam com Conselhos Gestores em hospitais, ambulatórios, postos e unidades de saúde.
- c) Ouvidorias: vários hospitais, serviços e órgãos públicos de saúde mantêm ouvidorias, cuja função é ouvir os usuários, apurar as denúncias e apresentar soluções para o problema apresentado.
- d) Disque Saúde: é mantido pelo governo e funciona 24 horas, com ligação gratuita.
- e) Conselhos Regionais de fiscalização profissional (medicina, enfermagem, psicologia, farmácia e outros): os conselhos recebem denúncias relacionadas ao exercício do profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico etc.). Também têm competência legal para apurar os fatos, abrir processos disciplinares e julgar os profissionais, o que pode resultar até na cassação de seu diploma.
- f) Agência Nacional de Saúde Suplementar: órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável por regular, regulamentar e fiscalizar o setor de planos e seguros de saúde.
- g) Vigilância Sanitária: fiscaliza a comercialização de alimentos, bebidas, medicamentos, sangue, produtos e equipamentos médicos. Também é responsável pela fiscalização de serviços de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios.

¹⁸ Adaptado da cartilha “O SUS pode ser seu melhor plano de saúde” (IDEC, 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o estado atual da saúde pública no Brasil, podemos dizer que vivemos alguns impasses que precisam ser enfrentados para podermos superar as mazelas que ainda persistem na organização de um sistema de saúde mais adequado. Diante dos altos custos do financiamento da saúde e da modificação que os hábitos da vida contemporânea têm produzido, o país precisa rever suas prioridades frente ao modelo que queremos e nos propomos assumir.

Em tempos financeiros, o custo da saúde aumenta e tende a aumentar ainda mais, isso porque aumentam as demandas por saúde, e também porque mudam as doenças, por exemplo devido ao aumento significativo nas taxas de envelhecimento e às mudanças nos hábitos alimentares, que acarretam o aumento de peso, a obesidade e suas consequências associadas. Soma-se a isso um sério problema de eficiência na execução e gestão dos serviços, na incorporação de novas tecnologias aplicadas à saúde etc., o que indica um panorama de incremento nos custos reais da saúde.

Outro fator extremamente relevante nessa projeção de incremento no custo da saúde está na cultura de consumo e nas lógicas de mercado que se hegemonomizam no campo da saúde, transformando saúde em mercadoria, alimentando a chamada indústria da doença. Um verdadeiro apelo consumista tem invadido a área da saúde, o que leva a consequências futuras preocupantes.

O estado atual da saúde pública no país exige maior atenção e prioridade, sob pena de agravar as desigualdades de acesso, deixando que se imponha a lógica do mercantil, onde quem tem dinheiro pode consumir um tipo de saúde que não está ao alcance de todos. Por outro lado, as carências de investimento em saúde pública refletem na qualidade geral de vida do povo, acarretando queda na produtividade laboral e na própria organização social do país.

Sem o devido investimento público na saúde, corremos o risco de produzir um estado de coisas que pode levar a um comprometimento mais acentuado no crescimento do país. No modelo atual de financiamento da saúde em nosso país, a participação da iniciativa privada é muito alta, o que acaba fazendo com que a saúde, que é uma questão essencialmente pública, fique capturada pelas lógicas do lucro privado, de modo que as pessoas já estão demandando saúde como se fosse uma

mercadoria, mas a saúde não é uma mercadoria que se consome quando quer e de acordo com o que se pode pagar.

A lógica de ampliar o financiamento público da saúde está relacionada com a opção de um modelo de atenção à saúde que pretendemos construir. Exatamente por considerar que saúde não é mercadoria, mas um bem público por excelência, acreditamos que a saúde coletiva deveria ser tratada como uma prioridade de estado. Nesse sentido, o financiamento público da saúde coletiva está relacionado a outro modelo de saúde onde a promoção e a prevenção passam a ser prioritários.

Portanto, o atual modelo de saúde precisa de uma mudança cultural de prioridades, que seja estimulada pelo Estado com amplo apoio da sociedade civil e movimentos sociais, pois sabemos que, em muitas ocasiões, o sistema não está direcionado para a melhor solução dos problemas, mas para garantir um fluxo contínuo de consumo dos serviços e produtos. O atual modelo consumista em termos culturais se retroalimenta pelo estímulo da indústria médica e pela demanda alienada dos usuários.

O modelo atual se encontra em um círculo vicioso onde os vínculos entre trabalhadores, usuários, gestores e fornecedores de produtos médico-farmacêuticos são de uma ordem de entrelaçamento em que um demanda e é demandado. A contradição que o sistema de saúde brasileiro vive é patente, uma vez que o modelo universal e público que pretendemos não condiz com a prática de financiamento excessivamente privado.

Esse antagonismo de posição – entre uma visão de que o SUS é um modelo cujos princípios estão voltados para a construção de uma sociedade justa e equânime, e o atual modo – poderia ser resolvido através do investimento em prevenção e promoção como forma de dar maior sustentabilidade ao sistema. A tendência tem sido fortalecer um modelo de saúde como mercadoria em detrimento da visão da saúde como um bem público de acesso e utilização universal, como deve ser.

O caminho é ampliar o debate, já que os avanços a serem conquistados dependem da participação da classe médica na defesa do SUS. O que precisamos enquanto projeto de sociedade é assumir o atual sistema de saúde pública como prioridade, retomar os princípios que orientaram a sua criação e reconhecer o grande potencial desse modelo como forma de garantir o direito humano ao mais alto patamar de saúde física e mental a todo nosso povo.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 14 de setembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

BRASIL. Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 08 de agosto de 1990a. (Revogado pelo Decreto nº 5.839 de 2006). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 de setembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 de dezembro de 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 16 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série e. legislação de saúde). Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. Brasília: CNS, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008*. Brasília: CNS, 2008. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_08.htm>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais*. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>.
- CARNEIRO, Henrique. *Filtros, mezinhas e triagas: as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã, 1994.
- ESTEYNEFFER, Juan de. *Florilégio medicinal*. México, 1712.
- FAORO, Raimundo. *Os donos do poder*, v. 1 and 2. 10.ed. São Paulo: Editora Globo, 2000.
- FOUCAULT, Michael. O asilo ilimitado. In: FOUCAULT, Michael. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1999a.
- FOUCAULT, Michael. *A história da loucura na idade clássica*. 6.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.
- FOUCAULT, Michael. A loucura e a sociedade. In: FOUCAULT, Michael. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária, 1999b.
- FOUCAULT, Michael. Ver, saber. In: FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.
- GANDAVO, Pero de Magalhães. *História da Província de Santa Cruz*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- IDEC. *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*. São Paulo: Instituto de Defesa do Consumidor, 2006. Disponível em: <http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/cartilha_SUS_3edicao.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.
- KORDON, D. *Efeitos psicossociais e psicológicos da repressão política e da impunidade*. Buenos Aires: Madres, 2005.
- MACHADO DE ASSIS. *O alienista*. 22.ed. São Paulo: Editora Ática, 1992.
- MADRE DE DIOS, Blas de la. *Libro de medicinas caseras para consuelo de los religiosos y alivio de los enfermos*, 1611.
- MST. *Construindo o conceito de saúde do MST*. São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2000. (Cartilha de Saúde nº 05).

NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova York, 1948.

NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Nova York, 1966.

NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *Comentário Geral nº 14*. Nova York, 2000.

OPAS. *Indicadores de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2.ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>.

PICHON-RIVIERE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

SADER, Eder. *Quando novos atores entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

ZITO LEMA, V. *Conversaciones con Enrique Pichon-Riviere sobre el arte y la locura*.



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Cooperação
**Representação
no Brasil**

Secretaria de
Direitos Humanos

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA