

A SAÚDE COMO DIREITO NO CONTEXTO BRASILEIRO

HEALTH AS A RIGHT IN THE BRAZILIAN CONTEXT

Carla Aparecida Arena Ventura¹

Marcela Jussara Miwa²

Maria da Glória Miotto Wright³

Márjore Serena Jorge⁴

Resumo: Este artigo discute como as desigualdades regionais em saúde influenciam a configuração do sistema de saúde brasileiro atual. Trata-se de reflexão teórica embasada na análise da literatura e em dados secundários obtidos nos sites do Atlas de Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dos Indicadores de Desenvolvimento brasileiro – coeficiente de Gini 2011. As diferenças regionais de desenvolvimento humano, produção econômica e investimentos em saúde indicam-nos a necessidade de formulação de políticas públicas e ações específicas para cada região, com a participação social na formulação de políticas e fortalecimento dos princípios da boa governança.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Desenvolvimento Humano; Brasil.

Abstract: This article discusses health regional inequalities, which influence the organization of the Brazilian health system. This theoretical reflection is based on a literature review and secondary data analysis from the Human Development Atlas, United Nations Development Program, the Brazilian Geography and Statistics Institute and Brazilian Development Indicators (Gini Coefficient). The regional differences related to human development, economic production and health investments indicated the need to formulate public policies and specific actions for each region, with social participation in the implementation of policies and strengthening of good governance principles.

Keywords: Right to health; Human development; Brazil.

1 Introdução

O Direito à Saúde é um direito humano fundamental social, que requer uma ação positiva do Estado, por meio do estabelecimento de políticas e programas para sua garantia (BRASÍLIA, 2015). O direito à saúde é fortalecido no contexto do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado na Conferência de Alma-Ata e difundido para os países em desenvolvimento (ALMA-ATA, 1978).

¹ Doutora pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: caaventu@eerp.usp.br

² Doutora pela Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: marcelajmiwa@yahoo.com.br

³ Doutora pela Universidade de São Paulo. Consultora independente. Washington, DC, Estados Unidos. E-mail: gloriamiottowright@gmail.com

⁴ Graduada em Enfermagem e mestre pela Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: marjore.serena@hotmail.com

No que diz respeito ao desempenho do Estado, a efetivação desse direito só é possível em um Estado Democrático de Direito (RAMOS; ESQUIVEL, 2015), capaz de orientar o Direito à Saúde pelos princípios próprios dos direitos humanos: *universalidade*, destinando-se a todos os cidadãos sem distinção; *progresso adequado*, quer dizer, uma vez alcançados determinados êxitos, estes devem ser considerados irreversíveis, o que implica a adoção por parte do Estado de medidas para sua proteção, deliberadas e concretas, dirigidas a satisfazer o direito; *equidade*, que supõe distribuição de recursos financeiros, técnicos e humanos baseada em necessidades tanto individuais como coletivas, por meio de medidas positivas que assegurem que as políticas de saúde cheguem efetivamente a todos os setores da sociedade (CANÇADO TRINDADE, 1991).

Dessa forma, para que os países possam garantir a saúde como um direito à população, devem considerar os Determinantes Sociais da Saúde envolvidos, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais da população (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013), assim como, aspectos político-administrativos como o marco legal e normativo, a organização administrativa e clínica, a estrutura, cobertura geográfica e financeira dos serviços públicos e privados em diferentes níveis de atenção, assim como as estratégias adotadas para o desenvolvimento, organização e a adequação da atenção de saúde que caracterizam o setor saúde dos países.

Um dos maiores desafios é que o direito à saúde seja reconhecido como prioritário nas agendas públicas e nas atividades governamentais, compreendendo-se que toda transformação requer a participação de uma gama mais ampla de agentes sociais e políticos no desenvolvimento de políticas de saúde (SANTOS *et al.*, 2014).

A proteção do direito à saúde comporta, portanto, um compromisso estatal na adoção de políticas de prevenção, atenção e de acesso real a serviços de saúde. No Brasil, a Constituição Federal (1988), no Título II, dos direitos e garantias fundamentais, Capítulo II, art. 6, dispõe que: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1998).

No contexto de afirmação da saúde como direito no Brasil e condição *sine qua non* para o seu desenvolvimento, este artigo discute algumas desigualdades regionais em saúde e sua influência na configuração do sistema de saúde atual. Trata-se de uma reflexão teórica embasada na análise da literatura e em dados secundários obtidos nos

sites do Atlas de Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Indicadores de desenvolvimento brasileiro – coeficiente de Gini 2011. Os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano são referentes aos anos de 1991, 2000 e 2010, os do PNUD referem-se aos anos de 2011 e 2013 e os do IBGE referem-se aos anos de 2008, 2009 e à participação dos estados no produto interno bruto nacional entre os anos 2000 e 2009. As informações utilizadas neste artigo, mesmo sendo de anos alternados, foram as que estavam disponíveis nos sites oficiais no momento da coleta dos dados.

2 Direito à saúde no Brasil - um breve resgate histórico

No Brasil, no início do século XX, a atenção à saúde estava restrita ao saneamento dos portos e às situações de epidemia e controle de enfermidades, como a febre amarela, peste bubônica, varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. Havia de fato quase nenhuma atuação do poder federal na assistência individual à saúde e a assistência médico-hospitalar, nesse período, dependia de entidades beneficentes e filantrópicas (FINKELMAN, 2002; CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Após 1920, com a criação da Previdência Social no país, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), ligadas às empresas e depois os Institutos de Aposentadorias de Pensões (IAPs), que deveriam oferecer assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões, implementou-se no país um sistema de assistência à saúde de proteção social aos trabalhadores assalariados, de caráter produtivista, em que a assistência médica era oferecida conforme os vínculos trabalhistas e os benefícios estavam atrelados à contribuição na Previdência (PAULUS; CORDONI, 2006; MENICUCCI, 2014).

Foi também criado o Ministério do Trabalho e promulgada nova legislação trabalhista, estabelecendo regras relacionadas às férias, demissões e acidentes de trabalho, e de caráter previdenciário (FINKELMAN, 2002). Contudo, a assistência médica continuou vinculada às instituições previdenciárias (PAULUS; CORDONI, 2006). Ainda na década de 1960, as ações do Ministério da Saúde eram pontuais e desorganizadas “incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p.179).

Em um ambiente de desigualdade social e de iniciativas de planejamento global e em saúde, a Política Nacional de Saúde em 1961 e a III Conferência Nacional da Saúde em 1963 trouxeram a proposta de reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária, determinando uma nova divisão das atribuições entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização (RIBEIRO, 2002). A partir de 1967, passou ser de competência da União o estabelecimento e execução de planos nacionais de saúde, planos regionais de desenvolvimento e legislar, por meio de normas gerais, sobre a defesa e proteção de saúde (ROCHA J., 2011), sendo o Ministério da Saúde responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, atividades médicas, vigilância sanitária de fronteiras e de portos, controle de drogas, medicamentos e alimentos, pesquisa médico-sanitária e ações preventivas (RIBEIRO, 2002).

No Brasil, entretanto, foi somente durante a transição democrática, que finalmente a saúde pública passa a ter fiscalização da sociedade. Em 1981, ainda sob a égide dos militares, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) composto por profissionais da medicina, representantes de ministérios, trabalhadores, sindicatos e empresas médicas, com o objetivo de reorganizar a assistência médica nacional, formando uma rede pública unificada por meio do programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), fundamental para a abertura democrática nesse segmento (RAEFFRAY, 2005). Com o fim do regime militar, surgiram outros órgãos que incluem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Nesse contexto, a saúde passa a ser definida com uma concepção mais ampla, como qualidade de vida garantida por políticas sociais e econômicas, e não apenas como a ausência de doença e prestação de serviços médico-assistenciais, devendo ser conquistada pela população (BRASIL, 2011). Acompanhando o processo de redemocratização, o Movimento de Reforma Sanitária levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases foram elaboradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e instituídas pela nova Constituição Federal de 1988. Tal Constituição refletiu a extensão de direitos sociais e políticos aos cidadãos em geral e às chamadas minorias (RAEFFRAY, 2005), mudando profundamente o sistema de competências na área da saúde, que passou a ser legislado nos três planos – federal, estadual e municipal (ROCHA C., 2011).

A incorporação do aspecto social no conceito de saúde culminou em várias conquistas, como: saneamento ambiental, melhoria dos ambientes e das condições de trabalho, ampliação das políticas de proteção social e, mais tarde, reorganização dos sistemas e serviços de saúde para acolher as necessidades da população (AKERMAN *et al.*, 2006). No entanto, o progresso em saúde tem sido desigual entre as regiões dentro do Brasil.

Desde a década de 1970 reconhece-se que os efeitos de uma urbanização e globalização mal geridas, acompanhados de outros fenômenos como alterações climáticas e tensões sociais que aceleram a disseminação mundial de doenças transmissíveis e aumentam o peso das doenças crônicas e não transmissíveis, causam impactos negativos principalmente para as comunidades mais vulneráveis que vivem nos países menos desenvolvidos (ALMA-ATA, 1978).

3 Direito à saúde e ao desenvolvimento no Brasil

O desenvolvimento constitui processo complexo e almejado historicamente pelas nações do mundo. A ideia de desenvolvimento esteve, a princípio, relacionada a crescimento econômico, posteriormente, o conceito ampliou-se, associando-se a outros sentidos, como social, sustentável, inclusivo e humano (VENTURA, 2008). Com o término da Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, por meio da reunião de países com distintos níveis socioeconômicos e diferentes condições ambientais, o termo *desenvolvimento* passou a fazer parte integrante da agenda do trabalho das organizações internacionais (SOARES, 1994; MARCOVITCH, 1994), embasado, inicialmente, em um conjunto de ações com o objetivo de diminuir a lacuna entre centro e periferia e fundamentado em uma demanda por uma globalização mais ética e solidária. Mais recentemente, reconheceu-se também a importância do desenvolvimento na ampliação das liberdades dos seres humanos, tanto a liberdade de funções e capacidades, com a liberdade de voz e autonomia (NEW YORK, 2016)

O direito ao desenvolvimento compreende três dimensões prioritárias: a) a participação das pessoas, com realce à democracia a orientar a formulação de políticas públicas, dotando-lhes de maior transparência e *accountability*; b) proteção às necessidades básicas de justiça social enunciadas na Declaração sobre o Direito ao

Desenvolvimento da ONU⁵; e c) necessidade de adotar programas e políticas nacionais e de cooperação internacional que tenham o desenvolvimento como objetivo (SEN, 1999; PIOVESAN, 2006). Representa, portanto, um processo em construção e que não se resume na busca exclusiva de crescimento econômico. Envolve, predominantemente, a valorização das pessoas e o fortalecimento de instituições que consigam garantir seus direitos básicos.

Este estudo enfoca, portanto, este aspecto do desenvolvimento consagrado pelo conceito de desenvolvimento humano, base do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), construído pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, a partir do início de 1990 (NEW YORK, 2002).

O IDH compara indicadores dos países sobre riqueza, alfabetização, esperança de vida, natalidade, etc, isto é, considera não apenas a dimensão econômica para aferir o avanço da população, mas também características sociais, culturais e políticas que influenciam a expectativa de vida das pessoas, estando, portanto, diretamente ligado à saúde. Seus índices podem variar de zero a um e, quanto mais próximo de um, maior será o desenvolvido humano total (PREARO; MARACCINI; ROMEIRO, 2015). Seus parâmetros também podem ser utilizados para avaliar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões. Sendo assim, a principal meta do Desenvolvimento Humano é alargar as possibilidades de escolha das pessoas, por meio da ampliação de suas capacidades e do âmbito das suas atividades, permitindo que desfrutem uma vida longa, saudável, criativa e com menores índices de doenças.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011 (NEW YORK, 2011), o Brasil ocupou o 84º lugar entre 187 países. No ano de 2013 (NEW YORK, 2014), o país ascendeu ao 79º lugar, permanecendo na mesma posição em 2015 (NEW YORK, 2016). Mesmo com a considerável melhora de seu IDH, os problemas internos do país parecem que não se alteraram muito nos últimos anos.

Se compararmos os Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5565 cidades brasileiras, entre os anos de 1991, 2000 e 2010, verificamos uma constante nas desigualdades regionais. Conforme os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASÍLIA, 2013), nos rankings dos três anos mencionados, 1991, 2000 e 2010, os vinte melhores IDHM foram de cidades dos estados de São Paulo, Santa Catarina, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul,

⁵ A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento foi adotada pela ONU em 1986 por 146 Estados, com um voto contrário (EUA) e oito abstenções.

Minas Gerais e Distrito Federal, sendo que quase metade, desses 20 municípios, é de cidades paulistas. Já os vinte piores IDHM concentram-se nas regiões norte e nordeste, especialmente nos estados de Piauí, Maranhão, Amazonas e Pará. Em 2010, o melhor IDHM foi de São Caetano do Sul – SP, com índice de 0.862 e o pior foi de Melgaço – PA com 0.418.

No que diz respeito à saúde, segundo informações do site do IBGE (RIO DE JANEIRO, 2010), os estados com os maiores gastos em ações e serviços públicos de saúde *per capita* (em R\$), no ano de 2008, foram estados do Norte e Nordeste: Roraima com 510,8; Acre com 459,32; Amapá, 417,23; Amazonas, 328,57; Tocantins, 313,29. Já os estados da região Sul e Sudeste apresentaram investimento menor: São Paulo, 198,28; Rio de Janeiro, 126,72; Minas Gerais, 98,68; Espírito Santo, 196,39; Santa Catarina, 146,63; Paraná, 111,85 e Rio Grande do Sul, com o menor índice de investimento *per capita*, 56,82. No Pará, a cidade de Melgaço, com o pior IDHM (0.418) em 2010, em 2008 teve gasto *per capita* de 108,98 em ações e serviços públicos de saúde. O Distrito Federal, com o nono melhor IDHM em 2010 (0,824), teve investimento em saúde de 476,38 *per capita*.

Interessante notar que mesmo apresentando menor investimento em ações e serviços públicos de saúde, no ano de 2012, o estado de São Paulo recebeu o maior repasse de verbas do governo Federal, R\$10.250.559.376,69 (valor total liquidado por modalidade de aplicação), seguido de Minas Gerais (R\$5.377.951.525,35) e Rio de Janeiro (R\$3.869.882.115,00) enquanto os estados que receberam menores transferências foram: Roraima (R\$119.366.304,87), Amapá (R\$179.185.327,88) e Acre, R\$244.729.950,78, conforme o Relatório Anual de Gestão (RAG), do Ministério da Saúde, de 2012 (BRASIL, 2012a)⁶.

Claro que há de se considerar a concentração de serviços em saúde nesses estados e regiões. Mesmo com os elevados índices de investimento em saúde da região Norte, o Sudeste, em 2009, concentrou o maior número de estabelecimentos de saúde, 35.351, o maior número de postos de trabalho de nível superior em saúde (51,4%) e de postos médicos (54,2%) (RIO DE JANEIRO, 2010). No que diz respeito ao número de estabelecimentos de saúde, no ano de 2009, a região Norte contou com 6.305 estabelecimentos; o Nordeste com 28.234; o Sul com 15.954 e o Centro-Oeste, 8.226.

⁶ Foram consultados RAGs de anos anteriores, 2009, 2010 e 2011, no entanto, esses documentos não apresentaram informações sobre as transferências do Ministério da Saúde aos estados da federação.

Outro fator que chama atenção é a concentração do número de conveniados com planos particulares de saúde nas regiões Sul e Sudeste em relação às demais regiões do país (RIO DE JANEIRO I., 2015). Se tomarmos como exemplo o ano de 2008, segundo o documento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicado em dezembro do referido ano (RIO DE JANEIRO, 2006 p. 33), o número total de beneficiários de planos de saúde no país (assistência médica com ou sem odontologia) era de 40.793.538. Desses beneficiários, 17.060.812 eram de São Paulo. Somente a região Sudeste concentrou 27.304.752 conveniados; a região norte: 1.237.847 e o Nordeste, 4.931.138. O estado com menor número de beneficiários foi Roraima, com apenas 9.456; seguido do Acre, com 40.932 e Amapá, 52.670.

As diferenças regionais em relação ao IDHM estadual, aos gastos em ações e serviços públicos de saúde, ao número de estabelecimentos de saúde, à porcentagem de postos médicos, à porcentagem de participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional e ao coeficiente de Gini estão apresentadas abaixo.

Quadro 1: Diferenças regionais em relação ao IDHM estadual; aos gastos em ações e serviços públicos de saúde; número de estabelecimentos de saúde; porcentagem de postos médicos; porcentagem de participação no PIB nacional e coeficiente de Gini

	IDHM estadual 2010^a	Gasto em ações e serviços de saúde per capita (R\$)^{bc}	Nº de estabelecimentos de saúde^{de}	Postos médicos (%)^{de}	Participação no PIB (%) 2000-2012^{fg}	Coeficiente de Gini 2011^h
Norte			6.305	4,6	5	0,50
Acre	0.663	459,32				
Amapá	0.708	417,23				
Amazonas	0.674	328,57				
Pará	0.646	108,98				
Rondônia	0.690	172,58				
Roraima	0.707	510,8				
Tocantins	0.699	313,29				
Nordeste						
Alagoas	0.631	116,95				
Bahia	0.660	105,22				
Ceará	0.682	85,08				
Maranhão	0.639	87,36				
Paraíba	0.658	118,71				

Pernambuco	0.673	132,63				
Piauí	0.646	93,73				
Rio G. do Norte	0.684	225,06				
Sergipe	0.665	191,32				
Centro-oeste			8.226	6,7	9	0,52
Goiás	0.735	112,67				
Mato Grosso	0.725	178,85				
Mato Grosso do Sul	0.729	212,81				
Distrito Federal	0.824	436,38				
Sudeste			35.351	54,2	55	0,48
Espírito Santo	0.740	196,39				
Minas Gerais	0.731	98,68				
Rio de Janeiro	0.761	126,72				
São Paulo	0.783	198,28				
Sul			15.954	15	16	0,45
Paraná	0.749	111,85				
Rio Grande do Sul	0.746	56,82				
Santa Catarina	0.774	146,63				

Fontes: **a** Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASÍLIA, 2013); **b** RIO DE JANEIRO, 2017; **c** dados referentes ao ano de 2008; **d** RIO DE JANEIRO, 2010; **e** dados referentes ao ano de 2009; **f** RIO DE JANEIRO, 2014; **g** porcentagem aproximada de participação no PIB nacional; **h** Brasil, 2013

Sobre a distribuição de postos médicos, o Nordeste ficou com 19,4%; o Sul com 15%; o Centro-Oeste com 6,7% e Norte, 4,6% (RIO DE JANEIRO, 2010).

Se compararmos o IDHM com o PIB de cada região, verifica-se que as diferenças regionais no IDHM tendem a acompanhar as diferenças regionais na produção do PIB nacional. A região Sudeste, entre os anos de 2002 e 2012, apresentou a maior porcentagem de participação do PIB brasileiro, com mais de 55%, a região Sul teve média de participação de 16% do PIB nacional entre 2002 e 2012. No mesmo período, a região Nordeste participou com 13% e a região Norte, com média de 5% (4,7% em 2002, passando para 5,3% em 2012) (RIO DE JANEIRO, 2014).

Essas diferenças influenciam, inclusive, na oferta de serviços básicos à saúde populacional como, por exemplo, o saneamento. Segundo dados do Sistema Nacional

de Informações Sobre Saneamento (BRASIL, 2008), em 2008, os atendimentos totais com coleta de esgoto que alcançaram os melhores índices (>70%) foram os estados de São Paulo e Distrito Federal, enquanto os piores índices (<10%) situaram-se nos estados de Rondônia, Pará, Amapá e Piauí.

Conforme estudo realizado em 2011 sobre o investimento necessário para universalização do saneamento no Brasil, o Sudeste necessitaria investir R\$358 *per capita*, enquanto que a região Nordeste, com a terceira menor participação no PIB nacional, necessitaria investir R\$641 *per capita*, praticamente o dobro da região Sudeste; enquanto a região Norte, com o menor PIB nacional, apresentou o “maior comprometimento da renda *per capita* da população com relação ao total necessário a ser investido” (LEONETI; PRADO; OLIVEIRA, 2011, p. 336). Neste aspecto, as regiões deparam-se com um “paradoxo” do investimento, em que territórios com menor capacidade de recursos necessitariam desembolsar maiores capitais para assegurar qualidades básicas de existência de sua população, restando a questão: onde e como angariar tais recursos?

Há outros dados que demonstram as desigualdades regionais existentes no Brasil. Conforme dados dos Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro (IDB), o coeficiente de Gini brasileiro decaiu de 0,553 em 2001 para 0,500 em 2011 (BRASIL, 2013), apresentando melhora significativa no perfil distributivo do país. Contudo, se compararmos os coeficientes de cada região, o sul e sudeste apresentaram os melhores índices em 2011: 0,45⁷ e 0,48 respectivamente; já as regiões norte e nordeste: 0,50 e 0,51 e a região centro-oeste, 0,52 (BRASIL, 2013).

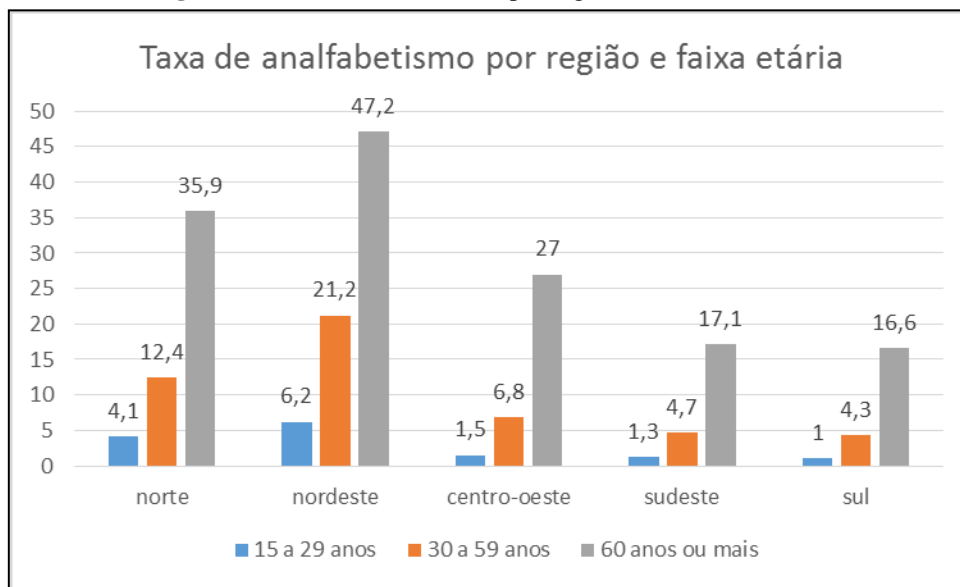
No que diz respeito à expectativa de vida, no ano de 2011, as regiões sul e sudeste alcançaram os melhores índices: 75,7 e 75,1 respectivamente, as regiões norte e nordeste apresentaram números menores: 72,7 e 71,1 respectivamente (BRASIL, 2013)⁸. Estes índices podem ser um reflexo da oferta e acesso aos serviços de saúde, assim como da qualidade das condições mínimas de subsistência como saneamento e renda *per capita*.

⁷ Nos Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro (BRASIL, 2013, p. 15), o Índice de Gini por região apresenta-se apenas com duas casas decimais

⁸ É importante ressaltar que sobre o coeficiente de Gini, os dados referentes ao Norte do país relevaram apenas o “norte urbano” (BRASIL, 2013, p. 15) e sobre as informações sobre a esperança de vida ao nascer, o próprio documento informa que são “dados harmonizados: Brasil sem Norte rural” (Idem, p. 28), sendo assim, ao incluir os dados referentes à área rural do norte, seus índices podem sofrer alteração nos valores.

Quanto ao grau de escolaridade, conforme dados do censo de 2010 (RIO DE JANEIRO, 2010), as regiões norte e nordeste apresentaram os maiores índices de analfabetismo por grupos de idade; a região Norte teve índices de analfabetismo de 4,1 entre pessoas de 15 a 29 anos; 12,4 entre a população de 30 a 59 anos e 35,9 entre os que possuem 60 anos ou mais; já no Nordeste os índices foram: 6,2 entre 15 e 29 anos; 21,2 entre 30 e 59 anos, e 47,2 em pessoas com mais de 60 anos. O Sul e o Sudeste apresentaram os menores números: entre 15 e 29 anos, a taxa de analfabetismo foi de 1,0 e 1,3 respectivamente; entre 30 e 59 anos, 4,3 e 4,7; e em pessoas com mais de 60 anos, 16,6 e 17,1.

Figura 1: Taxa de analfabetismo por região e faixa etária



Fonte: (RIO DE JANEIRO, 2013)

Os consideráveis índices de analfabetismo, dos diversos grupos etários, nas três regiões com os menores PIB e IDHM impactam a saúde, uma vez que a baixa escolaridade dessas populações pode prejudicar seu acesso à informação, adesão ao tratamento e a comunicação de suas necessidades. Estudo de Cruz *et al.*, (2012) reconhece que a comunicação é um elemento importante para a participação social na saúde.

Nesse aspecto, percebe-se que para garantir o desenvolvimento humano e o direito à saúde de suas populações, os estados devem investir não somente em ações e serviços públicos de saúde, mas operar em várias frentes, com o propósito de enfrentar os diferentes determinantes sociais da saúde, que incluem questões econômicas,

políticas, educacionais, culturais e ambientais (RIO DE JANEIRO, 2011), e as desigualdades sociais e em saúde.

Segundo a Comissão para Determinantes Sociais da Saúde, estabelecida pela OMS, a correção dessas desigualdades é uma questão de justiça social e reduzi-las é um imperativo ético (PORTUGAL, 2010).

4 Buscando lidar com as diferenças

Pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais formam um conjunto de condições denominadas “determinantes sociais da saúde” (RIO DE JANEIRO, 2011). Os determinantes estruturais, como a distribuição de renda, a discriminação e as estruturas políticas, ou seja, fatores que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são os principais causadores das iniquidades em saúde. Tais mecanismos moldam a saúde dos indivíduos por meio de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde (RIO DE JANEIRO, 2011; HEIDEMANN, 2006).

Os modelos de desenvolvimento e modelos de saúde e de organização de sistemas, serviços e práticas sanitárias estão sendo questionados por sua dificuldade de melhorar a qualidade de vida. Ao mesmo tempo, surgem indagações sobre quais mudanças seriam necessárias no campo da saúde para que suas práticas se consorciem a novos modos de desenvolvimento que culminem em produção de vida boa, saudável e livre (AKERMAN *et al.*, 2006).

Em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS compilou uma lista de recomendações para diminuir as desigualdades sociais por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde. Durante a Assembleia Mundial da Saúde de 2009, decidiu-se colocar essas recomendações em prática, adotando a Resolução WHA62.14: “Reduzindo iniquidades em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde”. Nos últimos anos, muitos países avançaram na cobertura universal da atenção à saúde (RIO DE JANEIRO, 2011) e há uma maior compreensão de que o fortalecimento dos serviços comunitários, as políticas de saúde saudáveis e o favorecimento da participação popular, programas de saúde pública, ações globais e monitoramento do progresso constituem elementos chave para alcançar e melhorar as condições de saúde (HEIDEMANN, 2006).

Em 2011, a OMS realizou a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, no Rio de Janeiro. Em seu documento de discussão (RIO DE JANEIRO, 2011), foram apresentadas as principais dimensões a serem trabalhadas pelos países para reduzirem as iniquidades em saúde e promoverem o desenvolvimento. As cinco principais dimensões são:

a) “governança para o enfrentamento de causas mais profundas das iniquidades em saúde” – trata-se de respostas políticas para a redução das iniquidades e melhorias na saúde e no bem-estar, contudo a responsabilidade não se restringe somente aos governos, inclui também a ação conjunta de outros setores, como a sociedade civil e setor privado. O referido documento ainda apresenta alguns princípios da boa governança: “legitimidade, visão e direcionamento estratégico, desempenho, responsabilidade, e equidade e justiça nos processos” (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 3);

b) “promoção da participação” – essa dimensão diz respeito a criar condições para a participação social no desenvolvimento de políticas, institucionalizando “mecanismos formais, transparentes e públicos” (RIO DE JANEIRO, 2011, p.3), disponibilizando recursos e capacitação aos participantes, assegurando a representatividade e a autonomia das comunidades. No Brasil, uma das formas de participação social na formulação de políticas em saúde se dá por meio da participação nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde (nacionais, estaduais e municipais) (BRASIL, 2012b)⁹;

c) “o papel do setor” – o setor saúde deve colaborar com a governança, assim como, monitorar as iniquidades e os impactos das políticas sobre os determinantes sociais;

d) “ações globais sobre os determinantes sociais” – alinhar as ações, dos governos nacionais, organizações internacionais, agências não-governamentais e parceiros bilaterais, sobre os determinantes sociais e redução das iniquidades;

e) “monitoramento do progresso” – identificar, medir e analisar as iniquidades e os impactos das políticas e ações sobre os determinantes sociais e a saúde.

Nesse contexto, o combate às desigualdades sociais e em saúde depende, dentre outros fatores, de governança para o enfrentamento de causas mais profundas das iniquidades em saúde, com a elaboração de políticas para a redução das iniquidades e melhorias na saúde e no bem-estar. Nesse aspecto, o Brasil tem adotado políticas que

⁹ Não foi mencionado o Conselho Local de Saúde, porque ele não possui caráter deliberativo na formulação de políticas, atuando como órgão consultivo (cf. SOUZA; KRÜGER, 2010).

contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006a, 2012c) e Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), pautadas na inclusão, no acolhimento, na acessibilidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Entretanto, as recentes ações políticas da esfera federal parecem caminhar na contramão das propostas da OMS.

Em agosto de 2015, a Agenda Brasil, conjunto de medidas apresentadas pelo presidente do Senado, Renan Calheiros, ganhou repercussão na imprensa ao sugerir a possibilidade de se cobrar por procedimentos do SUS conforme faixa de renda (SÃO PAULO C., 2015; SÃO PAULO F., 2015). Para as assessoras políticas do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), organização não governamental, sem fins lucrativos, “quando a agenda propõe a ‘cobrança de procedimentos por faixa de renda’ tal medida resultará na violação do direito constitucional à saúde, com diferenciação das pessoas, de acordo com a renda que possuem, na hora de receberem assistência” (DAVID; CARDOSO, 2015, p. 1). Posteriormente, essa medida foi retirada da agenda, e as questões relacionadas diretamente ao SUS restringiram-se a dois itens: “aperfeiçoar o marco jurídico e o modelo de financiamento da saúde e avaliar a proibição de liminares judiciais que determinam o tratamento com procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS” e “regulamentar o ressarcimento pelos associados de planos de saúde, dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS” (BRASIL, 2015, p. 1).

Em setembro de 2015, em meio à crise política do governo federal, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) emitiram nota pública solicitando à presidente da República (Dilma Rousseff, 2011-2016) a garantia do direito à saúde e preservação do SUS público, universal e integral (RIO DE JANEIRO A., 2015). A manifestação conjunta da Abrasco e do Cebes foi desencadeada pelo cenário de disputas político-partidárias nas mudanças ministeriais, incluindo no Ministério da Saúde. As duas entidades repudiam abertamente a possibilidade do Ministério da Saúde ser gerido por grupos ou gestores que sejam contrários aos princípios do SUS e que articulam com “operadoras de planos e seguros privados, com a indústria farmacêutica e com o setor privado da saúde” (RIO DE JANEIRO A., 2015, p. 1).

A possibilidade de cobrar por procedimentos do SUS conforme a faixa de renda, ou a de enfraquecer o SUS em benefício de planos e seguros de saúde privados, não só

umentaria as desigualdades em saúde, dificultando o acesso ao serviço, como também afetaria as condições socioeconômicas dos sujeitos, que passariam a gastar mais para ter acesso à saúde, fato que poderia onerar a renda familiar ou subfinanciar outros aspectos de suas vidas, prejudicando seu desenvolvimento. Além disso, seria um retrocesso nas lutas políticas e sociais em defesa do sistema público de saúde no país.

Mais recentemente, o presidente da República (Jair Bolsonaro – 2019-) expediu o decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), que extinguiu, a partir de 28 de julho do mesmo ano, formas de participação da sociedade civil em decisões político-administrativas, estabelecendo o fim de conselhos, comissões, comitês, juntas e outras entidades, preservando somente entes criados na gestão atual ou aqueles criados por lei, como o Conselho Nacional de Educação, Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Segurança Pública e Defesa Social. Em 13 de abril, o Supremo Tribunal Federal impôs limites ao decreto, porém o julgamento ainda não é definitivo e a corte necessitará analisar trechos do decreto rejeitados pelos ministros. Tal fato pode colocar sob ameaça de extinção setores como Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Comitê de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Conselho Nacional do Idoso, Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT, Comissão Nacional de Política Indigenista, dentre outros (SÃO PAULO, 2019).

Fica evidente que a evolução do direito a saúde está diretamente ligada ao desenvolvimento econômico, social, político e tecnológico do país. No Brasil, os contrastes e contradições no seu processo de desenvolvimento indicam que houve progressos positivos neste sentido, entretanto, este caminhar está ainda numa etapa emergente. Com a crise política, econômica e social que o país está vivenciando neste momento torna-se difícil visualizar uma perspectiva favorável neste sentido.

5 Considerações finais

A compreensão do direito à saúde como um direito humano social é consideravelmente recente. No Brasil, somente na década de 1980 o direito à saúde foi ampliado a toda população com a instituição do Sistema Único de Saúde de caráter universal, público e integral.

Para assegurar o direito pleno à saúde é necessário atuar na redução dos impactos dos determinantes sociais que influenciam as desigualdades em saúde. No

caso brasileiro, as diferenças regionais de desenvolvimento humano, produção econômica e investimentos em saúde indicam-nos a necessidade de formulação de políticas públicas e ações específicas para cada região. Uma das dimensões apontadas pela OMS para redução das desigualdades em saúde é a da boa governança, entretanto, no atual contexto político brasileiro, o que nos chama atenção são as propostas e negociações políticas que, ao invés de melhorarem o acesso e os serviços públicos de saúde, ameaçam a própria existência do SUS.

Uma segunda dimensão relatada pela OMS é a da participação social na formulação das políticas. Somente por meio da mobilização da sociedade civil é possível combater medidas e gestões não condizentes com os direitos e interesses dos sujeitos. O envolvimento, participação e controle social exercido pela população pode se dar por meio dos Conselhos (de saúde, de idosos, de educação, de meio ambiente, etc.) em nível municipal, estadual e federal; pela participação em conferências, assembleias e manifestações públicas. Para tanto, consideramos que um elemento fundamental para a efetiva atuação da sociedade civil é o acesso à informação, tanto sobre as condições locais como sobre os embates e negociações políticas em esferas mais amplas.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* Saúde e desenvolvimento: que conexões?. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 111-135.

ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2008**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Regional, 2008. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/diagnostico-agua-e-esgotos/diagnostico-ae-2008>. Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2012.PDF. Acesso em 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 453** de 10 de maio de 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores de desenvolvimento brasileiro**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/pdf/Indicadores%20de%20Desenvolvimento%20Brasileiro-final.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Senado Federal. **Agenda Brasil**. Notícia publicada em 12/08/2015. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/12/agenda-brasil>. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASÍLIA. Conselho nacional de secretários de saúde (CONASS). Desafio: concretização do direito à saúde pública no Brasil. *In*: SIMON, L. C. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015. p. 03-09. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_31.pdf. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASÍLIA Atlas do desenvolvimento humano. **Ranking – todo o Brasil (2010)**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 10 ago. 2017.
CANÇADO TRINDADE, A.G. **A proteção internacional dos direitos humanos: fundamentos jurídicos e instrumentos básicos**. 1ª Edição. São Paulo: Saraiva, 1991.

CIELO, I. D; SCHMIDT, C. M; WENNINGKAMP, K. R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**, Canoinhas-SC, v. 5, n. 1, p. 211-230, jan./jun. 2015.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Desafios para a Participação Popular me Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselhos local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, out./dez. 2012.

DAVID, G.; CARDOSO, A. A **(des)Agenda Brasil desmonta o Estado e retira direitos dos brasileiros**. Publicado em 12/08/2015. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2015/agosto/a-des-agenda-brasil-governabilidade-se-constroiu-com-transparencia-e-participacao-social>. Acesso em: 30 set. 2015.

FINKELMAN, J. (org). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 ago. 2017.

HEIDEMANN, I.T.S. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

LEONETI, A. B.; PRADO, E. L.; OLIVEIRA, S. V. W. B. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 331-48, mar./abr. 2011.

MARCOVITCH, J. Competição, Cooperação e Competitividade. *In*: MARCOVITCH, J. (org). **Cooperação Internacional: estratégia e gestão**. 1. ed. São Paulo: EDUSP, 1994. p. 47-64.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 177-184, abr./jun. 1993.

NEW YORK. United Nations Development Programme (UNDP). **Human Development Report 2002: Deepening democracy in a fragmented world**. New York: Oxford University Press, 2002.

NEW YORK. United Nations Development Programme (UNDP). **Relatório de Desenvolvimento Humano 2011**. Sustentabilidade e Equidade: Um futuro melhor para todos. New York, 2011. Disponível em: http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/HDR_2011_PT.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

NEW YORK. United Nations Development Programme (UNDP). **Human development report 2014 – Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience**. United States: PBM Graphics, 2014.

NEW YORK. United Nations Development Programme (UNDP). **Human development report 2016 – Human development for everyone**. Canada: Lowe-Martin Group, 2016.

PAULUS Jr, A.; CORDONI Jr, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p. 13-19, dez. 2006.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e Justiça Internacional**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

PORTUGAL. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.

Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-24495>. Acesso em: 30 set. 2015.

PREARO, L. C; MARACCINI, M. C; ROMEIRO, M. C. Fatores determinantes do Índice de Desenvolvimento Humano dos Município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, n 1, p. 132-155, jan./jun. 2015.

RAEFFRAY, A. P.O. **Direito da Saúde**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RAMOS, J. G. G; ESQUIVEL, C. L. W. O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**. Cascavel, v. 15, n.28, p. 9-40, jan./jun. 2015.

RIBEIRO, S. M. R. Reforma do aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. *In: VII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*, 7., 2002, Lisboa. **Anais...** Lisboa, Portugal, 2002. p. 01-21. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043326.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

RIO DE JANEIRO. Agência nacional de saúde suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras, planos de saúde – Dezembro 2008**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/906-caderno-de-informacao-da-saude-suplementar-edicao-dezembro2008>. Acesso em: 30 set. 2015.

RIO DE JANEIRO. Associação brasileira de saúde coletiva. **Dilma, preserve os interesses públicos na saúde!** Saúde é Política de Estado. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/09/carta-saude-politica-de-estado/>. Acesso em: 30 set. 2015.

RIO DE JANEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas da saúde – assistência médico-sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://loja.ibge.gov.br/estatisticas-da-saude-assistencia-medico-sanitaria-2005-a-2009-microdados.html>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contas regionais do Brasil 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000019515011102014502214193696.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Gastos com ações e serviços públicos de saúde per capita – Estadual**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS30>. Acesso em: 10 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro,

2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

ROCHA, C.V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185, fev. 2011.

ROCHA, J. C. S. **Direito da Saúde – Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos e Coletivos**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2011.

SANTOS, F. A. *et al.* A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, out./dez. 2015.

SÃO PAULO. Carta capital. **Agenda Brasil, de Renan, quer regular terceirizações e cobrar pelo SUS**. Notícia publicada em 11/08/2015. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/agenda-brasil-de-renan-quer-regular-terceirizacoes-e-cobrar-pelo-sus-2622.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

SÃO PAULO. Folha de São Paulo. **Proposta de cobrança no SUS não é viável nem tem eficácia, diz Chioro**. Notícia publicada em 11/08/2015, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/08/1667333-proposta-de-cobranca-no-sus-nao-e-viavel-nem-tem-eficacia-diz-ministro-da-saude.shtml>. Acesso em: 30 set. 2015.

SÃO PAULO. Folha de São Paulo. **Entenda decreto que põe fim a conselhos federais com atuação da sociedade**. Notícia publicada em 03/05/2019. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/05/entenda-decreto-que-poe-fim-a-conselhos-federais-com-atuacao-da-sociedade.shtml>. Acesso em 14 jul. 2019.

SEN, A. **Development as freedom**. 1. ed. New York: Alfred A. Knopf, 1999.

SOARES, G. F. S. A Cooperação Técnica Internacional. *In*: MARCOVITCH, J. (org). **Cooperação Internacional: estratégia e gestão**. 1. ed. São Paulo: EDUSP, 1994. p. 165-218.

SOUZA, A.V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, v.3, n.1, p. 80-96, jan./jun. 2010.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, jan./mar. 2013.

VENTURA, C. A. A. Health and human development: nursing and the human right to health in Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.1, p. 137-42, mar. 2008.

Recebido em: 14 de dezembro de 2017.

Aceito em: 06 de julho de 2019.