

Saúde e direitos: princípios para ação

Health and Rights: principles for action

Olinda do Carmo Luiz^I

Jorge Kayano^{II}

Resumo

A preocupação com as diferenças de saúde entre segmentos populacionais tem promovido o mapeamento da disparidade das formas como as pessoas adoecem e morrem. A ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas tem sido chamada de equidade. A injustiça é fruto de um julgamento realizado no contexto de uma sociedade específica, segundo valores sociais historicamente inscritos. Termos como igualdade, justiça social, moral e direitos humanos e sociais estão intimamente relacionados à atual ideia de equidade. Este texto objetiva sistematizar brevemente as ideias de direitos humanos e analisar, como exemplo, dados sobre a mortalidade precoce por doenças cerebrovasculares (DCV) em municípios paulistas de grande porte. A saúde é considerada um direito social, no âmbito dos direitos de solidariedade, e não apenas a possibilidade individual de compra da assistência, mas o direito a não ficar doente. A saúde aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Reafirma-se, assim, a equidade como um princípio que deve, necessariamente, permear toda e qualquer formulação e prática na área da saúde. O estudo da mortalidade precoce por DCV revela a enorme disparidade das taxas entre municípios comparáveis, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Estão no Grupo 2 os municípios Santana de Parnaíba, com a menor taxa entre os 73 municípios, e Guarujá, com a maior taxa.

Palavras-chave: Equidade; direitos; brechas redutíveis

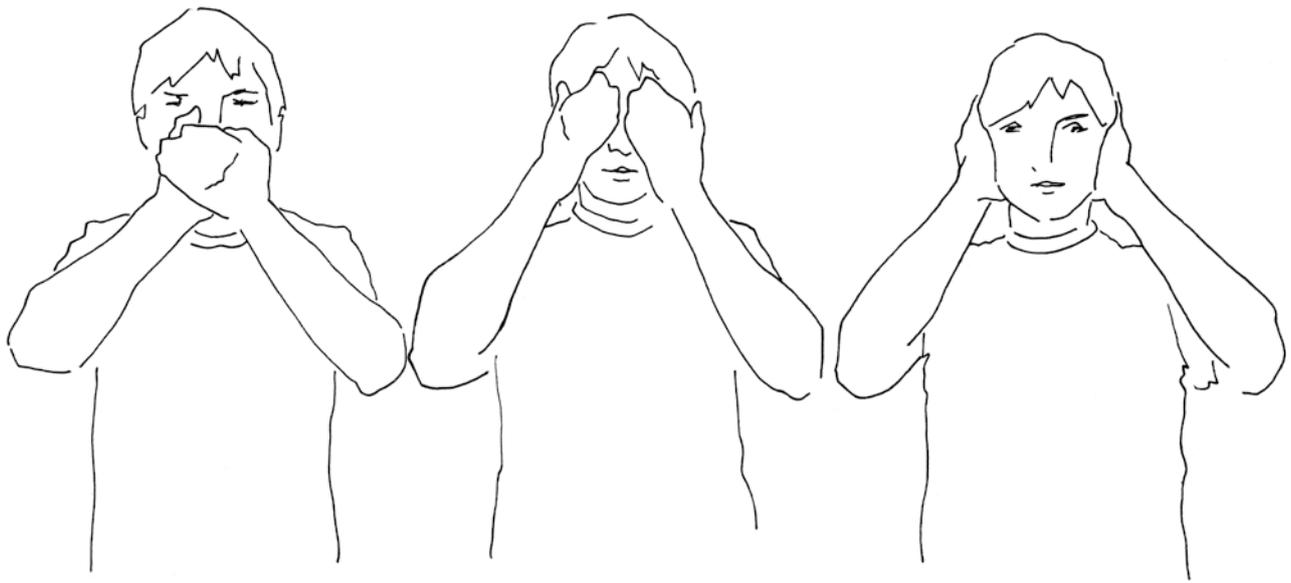
Abstract

The concern with the health differences among population segments has led to the mapping of the disparity in the form of how people get sick and die. The absence of the avoidable and unfair unnecessary differences has been called equity. The unfairness is the result of a judgment undertaken in the context of a specific society, according to historically subscribed to social values. Terms such as equality, social justice, morals and human and social rights are intimately related to the current idea of equity. The objective of this text is to briefly systemize the ideas of human rights and analyze, as an example, data regarding premature death by cerebrovascular disease (DCV) in large municipalities of the state of São Paulo. Health is considered a social right under the coverage of the rights of solidarity and not just the individual possibility of paying for services, but the right to not become sick. Health comes close to the central idea of life quality and makes up one of the elements of citizenship. Therefore, equity is reaffirmed as a principle which should necessarily permeate all and every formulation and practice in the area of health. The study of premature death by DCV reveals the enormous disparity of rates between comparable municipalities according to the Índice Paulista de Responsabilidade Social (Paulista Index of Social Responsibility - IPRS). The municipalities of Santana de Parnaíba, with the lowest rate among 73 municipalities, and Guarujá with the greatest, are in Group 2.

Key-words: Equity; rights; reducible gaps

^IOlinda do Carmo Luiz (olindaca@uol.com.br) é médica sanitária e pesquisadora científica do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

^{II}Jorge Kayano (jorge@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e membro do Instituto Polis.



Equidade e justiça

As diferenças de saúde entre segmentos da população e o mapeamento da disparidade nas formas como as pessoas adoecem e morrem estão na base da prática em saúde orientada pela epidemiologia. A mudança no padrão de adoecimento e a melhoria das condições gerais de vida, com frequência, ocorrem simultaneamente ao aumento da diferença entre as classes mais desfavorecidas e as mais abastadas, e remete a explicações que incluem as condições materiais de sobrevivência. As diferenças nos perfis de morbimortalidade têm conduzido a estudos que buscam explicações em variáveis como escolaridade, ocupação, renda e desemprego. Grupos desfavorecidos não só sofrem maior incidência de doenças, como também têm mais doenças crônicas e incapacidades em idade precoce, fruto da deterioração da qualidade de vida.

O termo equidade, no seu sentido mais frequente na literatura, tem uma dimensão ética e moral. Refere-se à ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis, consideradas injustas e insatisfatórias. A injustiça é fruto de julgamento, no contexto de uma sociedade específica, segundo seus valores, social e historicamente inscritos. A ideia de equidade em saúde tem, na dimensão ética e moral, a saúde como valor positivo, considerado enquanto direito social construído ao longo da história. Termos como igualdade, justiça social, moral, direitos

humanos e sociais estão intimamente relacionados à atual ideia de equidade.

A ideia de direitos

Foi no século XVIII que a concepção de direito universal assumiu as características da modernidade, tornando-se laica e, no campo político, liberal. A ideia predominante é a de que, ao abandonar o estado natural, o homem se organiza em sociedade e o Estado surge para garantir os direitos naturais, de acordo com o pacto firmado entre seus membros, o contrato social. A concepção do direito universal como exigência racional absoluta corrobora as aspirações políticas da sociedade da época.

As influências dessa formulação são notadas na Declaração da Independência dos Estados Unidos da América (1776) e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), da Assembleia Nacional francesa. Seus reflexos jurídicos incluíram reformas legislativas segundo critérios contrários à tradição e ao que não parecesse ditado pela razão. Como cenário, mantinha-se a afirmação de que os homens têm direitos naturais anteriores à formação da sociedade, direitos que o Estado deve reconhecer e garantir como direitos do cidadão.

Nos séculos XVII e XVIII, na nascente sociedade capitalista, a burguesia adota um conjunto de ideias éticas,

políticas e econômicas, conhecidas como concepção liberal, em oposição à visão de mundo da nobreza. Na dimensão ética, o liberalismo defende a garantia dos direitos individuais, pressupondo um Estado de direito no qual arbítrio, lutas religiosas, tortura, penas exacerbadas e prisões arbitrárias são evitados, além de garantir liberdade de pensamento, expressão e religião. No campo político, o liberalismo busca a legitimação do poder em teorias contratualistas, opondo-se à tradição, ao direito divino dos reis, à herança do poder e à ideia de que os súditos devem estar sob proteção, tutela e domínio do soberano — e, portanto, sujeitos a seu despotismo. Defende a instituição do voto e da representação, a autonomia dos poderes e a limitação do poder absoluto central, ainda que de forma elitista, restringindo a participação a cidadãos do sexo masculino detentores de propriedades. A economia é a do *laissez-faire*, *laissez-passer*, *le monde va de lui-même*, da livre iniciativa, da competição, do Estado mínimo, e da assertiva de que o equilíbrio e a justiça social serão alcançados pela lei de mercado da oferta e da procura.

O caminho para justificar a oposição à tradição foi o da universalização e inviolabilidade dos direitos naturais. Todo o processo político e ideológico envolvido na derrocada do antigo regime inaugura uma nova concepção moral, constituindo um marco para a igualdade e a liberdade que, a partir de então, afirmam-se como valores humanos inquestionáveis.

O século XIX presencia a expansão da economia, o crescimento da indústria e o surgimento do operariado organizado em sindicatos. A excessiva jornada de trabalho em fábricas insalubres, os baixos salários, a pobreza e a utilização da mão de obra infantil são alguns dos principais problemas sociais que configuram um estado de injustiça social, gerando protestos e anseios por mudanças. A livre concorrência não conduziu ao equilíbrio prometido, e a emergente concepção socialista encontra campo fértil para difundir suas ideias de igualdade não apenas formal, mas de fato, conclamando a oposição ao modo de produção capitalista e à extinção da propriedade privada. O liberalismo renova-se, defendendo ampliação do direito de liberdade por meio de garantias jurídicas. É a época da luta pelo sufrágio universal, liberdade de imprensa e educação elementar gratuita para todos. Posteriormente, o desenvolvimento tecnológico concorreu para a conciliação entre algumas das reivindicações operárias e os interesses econômicos.

As sucessivas crises econômicas, políticas e morais do liberalismo tensionaram o Estado mínimo a transformar-se. Gradualmente, este assume funções fundamentais da vida privada e passa a regular atividades políticas e jurídicas, ampliando os setores públicos. Um reflexo disso são as legislações reguladoras das relações de produção, que se contrapõem ao ideal de liberdade e livre iniciativa.

No início do século XX, durante a depressão econômica, intensifica-se a discussão sobre a igualdade de oportunidades. Nas décadas de 1920 e 1930, os Estados Unidos e o Reino Unido intensificam intervenções de aumento significativo dos serviços sociais, tendo como pressuposto a concepção de que qualquer cidadão tem direito a condições mínimas de sobrevivência. Para tanto, o Estado deve garantir emprego, controle de salário, seguro contra invalidez e doença, licença maternidade, aposentadoria, educação, moradia. No Estado do bem-estar social (*welfare state*) todos têm direito a serem protegidos contra situações adversas e, mais recentemente, a terem garantidos níveis mínimos de qualidade de vida⁷. Embora combatidas pelos defensores do livre mercado, essas medidas vinculavam-se à renovação do capitalismo e à contenção da insatisfação popular, campo fértil para o emergente movimento socialista.

O *New Deal* americano sintetiza, então, a ideia de auxílio aos necessitados pelo Estado, por meio de recursos da arrecadação de impostos. Sua ênfase é a criação de oportunidades de trabalho, dado o grande contingente de desempregados. Embora a cobertura não fosse universal, tais medidas marcaram uma “revolução das ideias” na afirmação dos direitos sociais⁶.

A ameaça dos regimes totalitários, no pós-guerra, reacendeu a discussão sobre direitos naturais, sobretudo como limite ao poder do Estado, abandonando-se a tese da imutabilidade e eternidade do direito natural, reconhecido como histórico. O Estado do bem-estar social predomina, em particular nos países industrializados, quanto à oferta de serviços sociais.

Dentre as definições do Estado do bem-estar, destacamos a de Romanyshyn¹⁰, que aponta o conjunto de leis, programas, benefícios e serviços que asseguram a satisfação de necessidades básicas para o “bem-estar da população” e a “ordem social”, traduzida em proteção governamental para a renda, nutrição, saúde, moradia, educação etc. Se, por um lado, essas ações

garantem a “ordem social” contendo as insatisfações da população (agudizadas no pós-guerra), evitando conflitos, estabilizando o sistema e legitimando o Estado, por outro, ampliam a concepção de direitos enquanto valor associado à ideia de justiça social:

Na realidade, o que distingue o Estado assistencial (Estado do Bem-Estar) de outros tipos de Estado não é tanto a intervenção direta das estruturas públicas na melhoria do nível de vida da população, mas o fato de que tal ação é reivindicada pelos cidadãos como um direito⁹.

Ações de assistência do Estado podem ser identificadas, na Europa, desde o século XVIII, articuladas à ética protestante e à concepção liberal de “a cada um segundo seu merecimento”, como ações caritativas. Exemplo dessa assistência foi a Lei dos Pobres inglesa de 1834, segundo a qual a pessoa mantida com recursos da comunidade renunciava a seus direitos civis e políticos, sendo colocada à margem da sociedade. Quando o Estado provia as necessidades de alguém, não o fazia para garantir qualquer direito, mas assumia-o como perigoso à ordem social e à higiene da coletividade⁹.

Com a crescente industrialização e urbanização, o Estado liberal-democrático da primeira metade do século XX assume providências mais igualitárias, considerando as medidas assistenciais como desenvolvimento dos direitos civis e políticos. Se o direito de liberdade clama pela não-intervenção do Estado, os direitos sociais, ao contrário, têm na atuação deste seu ponto de apoio.

Os contornos do Estado sofrem uma radical transformação em consequência das novas tarefas assumidas. Sua forma, instrumentos, estrutura, recursos e campo de atuação são amplamente dimensionados.

A emergência do Estado do bem-estar impõe ao direito uma nova feição: seu alvo deixa de ser o indivíduo e passa a ser a coletividade⁷. O Estado de Direito passa do modelo tradicional de Estado Liberal de Direito, pautado por um conjunto de garantias legais, para o Estado Democrático de Direito, onde a lei não é suficiente, dada sua generalidade, e torna necessária a igualdade de fato (não apenas perante a lei), alcançada por meio da intervenção estatal transformadora da realidade comunitária.

Os direitos fundamentais, direitos humanos, são aprofundados e ganham novos valores. Aos direitos de

liberdade, civis e políticos, com titularidade individual, somam-se os direitos sociais, culturais e econômicos, vinculados ao princípio de igualdade, reivindicando a atuação do Estado para sua concretização.

A partir da década de 1940, explicita-se com mais veemência o princípio fundamental do *welfare state* de que todo cidadão, independentemente da condição socioeconômica, mas por sua condição de cidadão, tem o direito de ser protegido com garantia do mínimo de bem-estar. A pobreza deixa de ser vista como manifestação divina ou como desmerecimento individual, sendo reconhecida como de origem social.

O fortalecimento do *welfare state* é associado ao desenvolvimento da democracia e ao aumento do poder político das organizações operárias, num contexto de intenso desenvolvimento econômico⁹. Atualmente, o debate sobre a crise do Estado de bem-estar tem produzido diversas teses, com interpretações divergentes. Para a discussão deste ensaio, todavia, o importante é reconhecer seu papel na consolidação do direito a um mínimo de condições de sobrevivência como valor moral, inaugurando um novo marco nos direitos de igualdade.

O desenvolvimento do Estado do bem-estar social nos países de industrialização tardia inaugurou outra inflexão na concepção de direitos, os relacionados à cidadania e a um mínimo de condições de vida satisfatória.

A saúde é uma dessas condições, expressa tanto como assistência, em caso de doença, como no estabelecimento de condições que garantam sua integridade.

Direito à saúde

A saúde é um direito social no âmbito dos direitos de solidariedade, e não vinculado apenas à possibilidade de compra da assistência, mas à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais. Mais do que isso, a saúde configura-se como direito a não ficar doente, impondo atuação antecipada de serviços que garantam a salubridade pública.

A saúde aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Direito à cura, à prevenção de doenças, a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada. Para além do acesso à assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano e assume posição auto-reflexiva, relacionada não apenas à sobre-

vivência, mas a uma vida qualificada pelo usufruto dos benefícios da cidade.

Desde o início da modernidade, tem-se demonstrado que o estado de saúde pode ser melhorado pela intervenção, substituindo as antigas ideias da tradição sacra que associavam doença ao destino ou ao pecado. A possibilidade de intervenção no adoecimento contribuiu para constituir a ideia de saúde como direito alcançável pelo progresso humano, e para afirmar o direito à saúde¹.

O avanço tecnológico tem tensionado a ampliação da oferta assistencial no campo da medicina. Ademais, a saúde, nas últimas décadas, também é associada ao bem-estar e à qualidade de vida, como reza a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS): “um estado de *completo bem-estar* físico, mental e social” que, embora genérica e pouco operacional, reflete a tendência para a universalização de medidas assistenciais nos demais campos sociais.

Seja pela extensão dos serviços sociais, seja pelo crescimento econômico, a exigência de obter nível de saúde satisfatório foi conseguida por parcela considerável da humanidade na segunda metade do século passado. Mas, os que terão saúde ruim ou péssima têm aumentado em muitas áreas do mundo. As diferenças permanecem gritantes entre países do norte e países subdesenvolvidos, mas também entre grupos populacionais dentro de um mesmo país e até mesmo dentro dos municípios.

Como herdeiros das tradições ocidentais, as questões relacionadas ao direito à saúde e à equidade também se refletem no nosso contexto. Tomando como ponto de partida as ideias de diferenças desnecessárias, evitáveis, injustas e insatisfatórias, é possível inquirir sobre a equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e no Estado de São Paulo.

O Sistema Único de Saúde e a equidade

O SUS estaria produzindo equidade? Para Gastão Wagner, “a resposta mais correta é sim e não. Sim, quando amplia o acesso de milhões à atenção básica, amplia a cobertura vacinal, aumenta a proporção de brasileiros com possibilidade de tratar-se de Aids, câncer, saúde mental etc. Não, quando ainda persistem diferenças de acesso em função de critérios que não os sanitários, mas em função de obstáculos decorrentes da política e da gestão do sistema”³.

Jairnilson Silva Paim responde de forma semelhante: “A própria ambiguidade do termo equidade, as diferentes concepções do SUS presentes no processo político de saúde e as diversificadas formas de sua apresentação em municípios e estados brasileiros, mais ou menos próximas aos dispositivos legais e ao projeto da Reforma Sanitária, impõem que a resposta seja ‘em termos’. Ou seja, o SUS enquanto política pública foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização. (...) Ao atender necessidades de saúde de contingentes expressivos da população anteriormente excluídos do sistema, é possível atribuir ao SUS a redução de desigualdades no acesso aos serviços o que, de certo modo, torna a atenção menos iníqua, embora ainda muito distante do seu ideário igualitário”⁸.

Mortalidade precoce por DCV – estudo comparado entre municípios do Estado de SP

As afirmações destes autores nos instigam a perguntar: qual é a situação do SUS no Estado de São Paulo na perspectiva da equidade? Pela diversidade de interpretações que o princípio suscita entre gestores e que geram distintas formas de priorização na alocação de recursos, consideramos útil apresentar alguns dados comparativos sobre a mortalidade precoce por doenças cerebrovasculares (DCV) nos 73 maiores municípios do Estado, todos com mais de 100 mil habitantes em 2008.

O Quadro 1 apresenta as taxas de mortalidade por DCV entre 45 e 64 anos de idade, referentes às médias dos anos 2006 a 2008, obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Estas taxas estão com óbitos por causas mal definidas, redistribuídos. De cada grupo é apresentado apenas o município com a menor e a maior taxa. A relação completa e dados sobre os demais municípios serão disponibilizados na página do Instituto de Saúde (www.isaude.sp.gov.br). Considerou-se que os óbitos por DCV na faixa etária selecionada são, na sua grande maioria, evitáveis, desnecessários e injustos.

Quadro 1. Taxa de mortalidade (TM) de pessoas de 45 a 64 anos por Doença Cérebro Vascular entre municípios do mesmo grupo de IPRS, taxa média do grupo, despesa municipal *per capita* com saúde, porcentagem de recursos próprios aplicados na saúde e cobertura de saúde suplementar. Estado de São Paulo, 2006.

| Município | Grupo IPRS | Número de munic. | TM (por 100 mil hab) | TM Média do Grupo | Despesa Mun. Total c/ Saúde/hab. 2008 (R\$) | Rec. Próprios aplic. em saúde (% EC 29) | Pop. coberta por planos de saúde (%) |
|--|------------|------------------|----------------------|-------------------|---|---|--------------------------------------|
| São Caetano do Sul Barretos | 1 | 29 | 44 92 | 65 | 853 412 | 20,5 23,0 | 91,5 30,6 |
| Santana de Parnaíba Guarujá | 2 | 29 | 43 119 | 74 | 417 339 | 16,6 18,3 | 36,9 32,4 |
| Jaú Franca | 3 | 5 | 54 72 | 65 | 228 211 | 24,1 21,9 | 15,4 31,8 |
| Santa Bárbara d'Oeste Franco da Rocha | 4 | 6 | 70 84 | 78 | 238 195 | 20,4 20,0 | 37,6 22,9 |
| Itapetininga Ferraz de Vasconcelos | 5 | 4 | 51 101 | 77 | 332 133 | 30,0 20,8 | 18,6 16,0 |

Fontes: Datasus – SIM, SIOPS; ANS; Fund SEADE - IPRS; IBGE (População estimada para 2007)

Os 73 maiores municípios foram divididos em cinco grupos relativamente homogêneos, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS (Fundação SEADE) para 2006. Municípios de grande porte concentram-se nos Grupos 1 (municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade) e 2 (municípios com indicadores altos de riqueza, e baixos indicadores sociais). Nos outros três grupos predominam municípios de pequeno porte.

Como os municípios pertencem a grupos de condições de vida relativamente homogêneos, chama a atenção para a enorme disparidade entre as taxas de mortalidade precoce por DCV entre municípios do mesmo grupo: a maior diferença encontra-se entre municípios do Grupo 2, que reúne Santana de Parnaíba, com a menor taxa entre os 73 municípios, e Guarujá, com a maior. A razão de taxas (RT) – ou discrepância máxima – é de 2,8 vezes. Podemos também chamá-la de brecha de mortalidade redutível ou evitável. Ou poderia ser pensada como meta de redução possível dos óbitos precoces por DCV do SUS de Guarujá.

Por este raciocínio, o SUS em Santana de Parnaíba não precisaria se preocupar em reduzir sua taxa de mortalidade precoce por DCV? Esta resposta cabe ao gestor municipal, que pode avaliar se esta baixa taxa resulta da boa qualidade e cobertura das ações de controle da hipertensão arterial, do estímulo à alimentação saudável e combate ao sedentarismo etc. Mas, poderia adotar uma meta correlata, como baixar a proporção de

óbitos precoces por DCV (antes dos 65 anos) à de Botucatu, do mesmo grupo, 10 pontos percentuais menor do que em Santana de Parnaíba.

Vale ressaltar que a menor discrepância, ou brecha redutível, encontra-se entre os municípios do Grupo 4, com valor 1,2 (ou 20% de diferença). Mas este grupo também apresenta a maior taxa média de mortalidade precoce, superior ao do grupo 5 – caracterizado como o grupo do IPRS com os mais baixos indicadores de riqueza e também os de longevidade e escolaridade.

Já os cinco municípios do grupo 3 apresentam a segunda menor discrepância (1,3). Este grupo apresenta indicadores baixos de riqueza, mas bons indicadores sociais, inclusive os de longevidade – com TM média menor do que a do grupo 2 e igual à do grupo 1. Chama a atenção o fato de os municípios do grupo 2 apresentarem, em média, gastos municipais em saúde bem superiores ao do grupo 3 – e ter também o município com a maior despesa *per capita* entre os 73 municípios: Cubatão, com R\$ 934/habitante, em 2008. No entanto, este município tem a segunda maior TM, inferior apenas ao Guarujá.

Vale notar que não há correlação entre despesas municipais com saúde e taxas de mortalidade precoce, cabendo indagar sobre a qualidade do gasto com saúde dos municípios. Aliás, o único município entre os 73 que não cumpriu em 2008 o mínimo previsto pela EC-29 foi Mogi das Cruzes, do grupo 1, que destinou apenas 10,4% dos recursos próprios à saúde. Este município tem TM de 84, próxima de Barretos.

O grupo 1 apresenta, junto com o 3, a menor média de mortalidade precoce, mas a segunda maior discrepância, de 2,1. São Caetano do Sul tem a segunda menor TM e a menor proporção de óbitos precoces por DCV – 19%. É também o município com a maior cobertura populacional por planos e seguros de saúde.

Os municípios do grupo 1 se caracterizam por terem o maior gasto médio com saúde e as maiores coberturas por planos e seguros. Assim, municípios como Barretos, Araras, Barueri e Mogi das Cruzes, com taxas de mortalidade precoce entre 84 e 92, teriam condições bem melhores que municípios dos grupos 4 e 5 do IPRS para desenvolverem programas adequados de redução dessas taxas. Levanta-se também a pergunta sobre o tipo de informações que os Conselhos de Saúde dispõem, e, principalmente, como as avaliam.

Uma informação adicional, não apresentada na tabela, refere-se à baixa cobertura dos grandes municípios pela estratégia de saúde da família (ESF). Dos 73 municípios, 11 não adotaram esta estratégia, ou não informam o Datasus. E em 31 municípios, menos de 20% de sua população está coberta pela ESF. Por outro lado, municípios com altas coberturas, como Diadema (83%) ou Praia Grande (78%), apresentam altas TM – 78 e 84/100 mil. Não se encontrou correlação entre a cobertura da população pela ESF e a mortalidade precoce por DCV, o que suscita dúvidas sobre a qualidade ou a eficácia desta estratégia.

Finalmente, vale assinalar iniciativas adotadas em São Paulo e Campinas, com sistemas de informações preocupados com a equidade. Em São Paulo, o Índice de Saúde é parte do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal, tendo sido construído para avaliar a equidade. Entre os quatro indicadores do Índice, foi incluída a mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis – óbitos por diabetes, hipertensão arterial e DCV – antes dos 60 anos. Infelizmente, o seu cálculo, iniciado em 2001, parou em 2005.

Em Campinas, a iniciativa conjunta da Secretaria Municipal com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP vem se mantendo, dando origem, em 2009, ao Boletim Nº 44 – Tendência da Desigualdade Social na Mortalidade. Os dados são consolidados segundo três estratos socioeconômicos. Este boletim chama a atenção para as “diferenças sociais significativas na mortalidade com risco consistentemente maior de morte nos moradores

com menor nível socioeconômico. (...) As desigualdades sociais que se expressam nos indicadores de saúde podem ser reduzidas pela atuação efetiva e de qualidade dos serviços de saúde do SUS. Os dados (...) apontam a capacidade da organização dos serviços na promoção da equidade em saúde”.

Referências

1. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
3. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 23-33.
4. Chauí M. Público, privado, despotismo. In: Novaes A, organizador. *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
5. Granja GF et al. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2009. (No prelo) [Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4533]
6. Huberman L. Nós, o povo: a epopéia norte-americana. São Paulo: Brasiliense; 1966.
7. Moraes JLB. O direito da saúde. *Saúde em Debate* 1996 jun; (51): 22-9.
8. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 34-46.
9. Regonini G. Estado de bem-estar. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1986.
10. Romanyshyn JM. *Social welfare: from charity to justice*. New York: Random House/ Council on Social Work Education; 1971.
11. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization; 1990.