



## EDITORIAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>



### Saúde e equidade

José Manuel Peixoto Caldas<sup>1,2</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>3</sup>

#### Como citar este artigo:

Caldas JMP, Santos ZMSA. Health and equity [editorial]. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):540-541. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>

Nas revistas nacionais e internacionais ainda é simplória a dedicação à temática – medicina social e às questões a ela inter-relacionadas, tais como, equidade em saúde, determinantes sociais e culturais na saúde, e acesso ao sistema de saúde. Num cenário de crise global, Europa e América Latina enfrentam um momento de repensar sobre os seus respectivos sistemas de saúde, seja o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ou do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, com a finalidade buscar alternativas a curto, médio e/ou a longo prazo para reverter a problemática da crise.

As políticas neoliberais levadas a cabo nos últimos anos na Europa, e particularmente em Portugal, parecem conduzir os sistemas de saúde alheios à equidade. Sendo assim, espera-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) combata as desigualdades de saúde dentro de uma geração, garantindo uma redistribuição justa de poder e de recursos aos cidadãos com vista à promoção de sua saúde e de seu bem-estar, consequentemente à conquista de qualidade de vida.

O SNS é uma estrutura através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde a todos os cidadãos. A sua criação remonta ao ano de 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política portuguesa da década de 1970. O objetivo primário do SNS é a persecução, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. Para tanto, este está munido de cuidados integrados de saúde que envolvem a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção e/ou o controle da doença, o diagnóstico precoce, e tratamento imediato dos cidadãos, além da reabilitação da saúde para fins de (re) integração laborativa e social.

Nestes últimos anos, o Setor da Saúde tem vindo a sofrer mudanças significativas, desde a transferência generalizada dos Hospitais das Misericórdias para a alçada do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases em Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos em Sociedades Anónimas, e posteriormente em Entidades Públicas Empresariais.

O SUS no Brasil tem sido, desde a sua criação, um dos pilares na luta pela equidade, integralidade e universalidade no acesso dos cidadãos ao atendimento satisfatório às suas necessidades de saúde, que propiciará a promoção da saúde, além da redução dos custos sociais com agravos à saúde, aumentará a rentabilidades dos serviços de saúde disponíveis em quantidade adequada e qualidade inquestionável.

Vale ressaltar que em período de crise político-econômica, há posições favoráveis à sua privatização, consequentemente a extinção de uma política emanada da Constituição Federal de 1988, e que está estruturada nos três princípios norteadores ou construtores – universalidade, integralidade e equidade.

**Universalidade** – “A saúde é um direito de todos”, como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover

<sup>1</sup> Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade do Minho, Centro de Investigação em Estudos da Criança, Braga, Portugal. E-mail: [jmpeixoto@oui-iohe.org](mailto:jmpeixoto@oui-iohe.org)

<sup>3</sup> Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, Brasil.

atenção à saúde, ou seja, todo cidadão tem direito ao acesso aos serviços de saúde conforme a sua necessidade.

**Integralidade** – A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Logo, a atenção deve estar centrada no cidadão e não na sua queixa ou doença.

**Equidade** – Os cidadãos devem ter as suas necessidades de saúde atendidas de acordo com as prioridades. O Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em *igualdade*, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela *equidade* do SUS.

Em setembro de 2016 serão cumpridas quase quatro décadas desde a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários, decorrida em Alma-Ata (ex-URSS). Durante estes quarenta anos, muitas outras conferências se realizaram, sempre com o intuito de reunir os representantes de nações de todo o mundo – OMS, Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – a fim de partilhar conhecimentos e experiência, analisar e debater assuntos internacionais de saúde, apresentar estratégias e recomendações sob a forma de cartas de intenção. A Meta comum é “*Saúde para Todos*”.

Decorrido este período, cumpre fazer alguns balanços. Dentre as ações propostas, destaca-se o não alcance da Meta de “*Saúde para Todos no Ano 2000*”. Logo, seria oportuno e procedente analisar os marcos mais representativos na evolução teórica e na prática da Saúde Pública.

Todavia, é mister afirmar que nenhuma Conferência Internacional se assemelha, em progresso e impacto, às que geraram a *Declaração de Alma-Ata*<sup>(1)</sup> e a *Carta de Ottawa*<sup>(2)</sup>.

Principais Conferências Internacionais da OMS desde a década de 1970

1977 – “Saúde Para Todos no Ano 2000” (30ª Assembleia Mundial da Saúde).

1978 – **Declaração de Alma-Ata** (ex-URSS) – Saúde Para Todos no Ano 2000 (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários).

1986 – **Carta de Ottawa** (Canadá) – Promoção da Saúde nos Países Industrializados (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

1988 – Declaração de Adelaide (Austrália) – Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

1991 – Declaração de Sundsvall (Suécia) – Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde (3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

1997 – Declaração de Jacarta (Indonésia) – Promoção da Saúde no Século XXI (4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

2000 – Declaração do México – Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade (5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

2005 – Carta de Bangucoque (Tailândia) – Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde).

Torna-se, assim, pertinente relembrar o conteúdo desses documentos e apresentar exemplos das mudanças e inovações na prática da Saúde Pública, mais concretamente nos nossos dois países, Portugal e Brasil, fazendo fazer cumprir **Os artigos 21 a 30 da Declaração Universal dos Direitos Humanos Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.**

Em defesa do SUS e SNS: ***Por uma Pátria Educadora e Cuidadora que conduza o cidadão ao Exercício pleno da Cidadania.***

## REFERÊNCIAS

1. Declaração de Alma-Ata. Saúde para Todos no Ano 2000. In: Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários; 12 set. 1978, Cazaquistão, URSS [Internet]. Cazaquistão; 1978 [citado 2016 ago. 06]. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)
2. Carta de Ottawa. Promoção da Saúde nos Países Industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 17-21 nov. 1986, Canadá [Internet]. Canadá; 1986 [citado 2016 ago. 06]. Disponível em: [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)