

PSS.OEA

Relatório do Brasil para o
Protocolo de San Salvador

**Direitos Econômicos,
Sociais e Culturais**

(PRIMEIRO AGRUPAMENTO DE DIREITOS, 2016)

SIMORE
BRASIL



**RELATÓRIO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL A RESPEITO DO
PRIMEIRO AGRUPAMENTO DE DIREITOS DO PROTOCOLO ADICIONAL À
CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS EM MATÉRIA DE
DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS – "PROTOCOLO DE SAN
SALVADOR":**

Seguridade Social, Saúde e Educação

Outubro de 2016

Brasília – DF



LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEDAW	Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CF	Constituição Federal
CGAP	Coordenação Geral de Administração das Procuradorias
CGE	Campanha Global pela Educação
CGIIDH	Coordenação-Geral de Indicadores e Informações em Direitos Humanos
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDH	Conferência Nacional dos Direitos Humanos
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNEDH	Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CorteIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CPMF	Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira
CRSS	Conselho de Recursos do Seguro Social
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CTA	Comitê Técnico de Acompanhamento
CTN	Código Tributário Nacional
DEED	Diretoria de Estatísticas Educacionais
DES	Departamento de Emprego e Salário
DISOC	Diretoria de Estudos e Políticas Sociais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EIR	Estatuto da Igualdade Racial
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENADE	Exame Nacional de Desempenho do Ensino Superior
ENCCEJA	Exame Nacional de Certificação de Jovens e Adultos
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
ESTADIC	Pesquisa de Informações Básicas Estaduais
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação



FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GFIP	Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IGC	Índice Geral de Cursos
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS	Imposto Sobre Serviços
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MF	Ministério da Fazenda
MPDG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MT	Ministério do Trabalho
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIS	Programa de Integração Social
Pisa	Programme for International Student Assessment
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLS	Projeto de Lei do Senado
PME	Pesquisa Mensal de Emprego
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social



PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNE	Plano Nacional de Educação
PNEDH	Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual
PREVIC	Superintendência Nacional de Previdência Complementar
Programa Incluir	Programa de Acessibilidade na Educação Superior
PROLIND	Programa de Apoio à Formação Superior e Licenciaturas Interculturais Indígenas
Pronacampo	Programa Nacional de Educação do Campo
ProUni	Programa Universidade para Todos
PVHA	Pessoas Vivendo com o HIV/AIDS
RAPS	Rede de Assistência Psicossocial
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SEB	Secretaria de Educação Básica
SECADI	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SIC	Serviço de Informações ao Cidadão
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle
SIMPLES	Simples Nacional
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SPPE	Sistema Seguro Desemprego
SPPS	Secretaria de Políticas de Previdência Social
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUB	Sistema Único de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TEEs	Territórios Etnoeducacionais
UNIAFRO	Programa de Ações Afirmativas para a População Negra nas Instituições Federais e Estaduais de Educação Superior



SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	6
II.	DIREITO À SEGURIDADE SOCIAL	7
2.1.	Ordenamento Jurídico Brasileiro	7
2.2.	Informe Brasileiro.....	9
III.	DIREITO À SAÚDE.....	20
3.1.	Ordenamento Jurídico Brasileiro.....	20
3.2.	Informe Brasileiro.....	22
IV.	DIREITO À EDUCAÇÃO.....	36
4.1.	Ordenamento Jurídico Brasileiro.....	36
4.2.	Informe Brasileiro.....	39



I. INTRODUÇÃO

1. O presente relatório objetiva apresentar as medidas progressivas adotadas pelo Brasil para assegurar o devido respeito aos direitos à seguridade social, à saúde e à educação, nos termos do Artigo 19 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - "Protocolo de San Salvador", ato ao qual o Brasil aderiu em agosto de 1996, cuja entrada em vigor, para o país, ocorreu em 16 de novembro de 1999, e cuja validade e exequibilidade no ordenamento interno deu-se por meio da adoção do Decreto nº 3.321, de 31 de dezembro de 1999. A utilizar os *Indicadores de Progreso para la Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador*¹, da Organização dos Estados Americanos – OEA, este relatório exhibe as informações disponíveis relacionadas aos indicadores correspondentes, atualizadas até setembro de 2016.

2. Nesse contexto, é imprescindível enaltecer a iniciativa da OEA de elaborar indicadores para medir e avaliar o progresso no que se refere à implementação de direitos sociais por parte de seus Estados membros. Ressalte-se, assim, o valioso instrumento produzido pelo Grupo de Trabalho do Protocolo de San Salvador, que examinou detidamente o alcance dos direitos sociais na região e desenvolveu importante ferramenta para a realização progressiva do exercício desses direitos, pautando-se em três princípios transversais: (i) igualdade e não discriminação; (ii) acesso à Justiça; e (iii) acesso à informação, participação e empoderamento.

3. A aplicação de um sistema de indicadores para mensurar a implementação de políticas públicas sociais na região é essencial ao regime democrático. Com efeito, esse instrumento possibilita três extraordinários avanços: (i) permite incorporar a perspectiva de direitos humanos nas políticas públicas; (ii) fomenta a geração de informações, dados e estatísticas a compor uma base sólida para diagnosticar a situação dos direitos sociais, sob as perspectivas de gênero, étnico-racial, etária, diversidade sexual, dentre outras; e (iii) contribui para o fortalecimento de políticas públicas, identificando prioridades e estratégias.

4. Por fim, cumpre informar que a elaboração deste relatório foi coordenada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania – SEDH/MJC, em parceria com o Ministério das Relações Exteriores – MRE. O processo de elaboração do documento levou em consideração, ademais, as manifestações da sociedade civil e de entes governamentais de todas as regiões do país, os quais tiveram acesso à minuta do relatório por meio de plataforma digital de consulta pública da SEDH, entre 26 de outubro e 16 de novembro de 2016.

¹ OEA/Ser.L/XXV.2.1GT/PSSI/doc.2/11 rev.2



II. DIREITO À SEGURIDADE SOCIAL

2.1. Ordenamento Jurídico Brasileiro

5. No universo dos direitos fundamentais, os direitos sociais simbolizam o núcleo substancial do regime democrático brasileiro, consagrados no Título II da Constituição Federal de 1988, intitulado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”.² Em dispositivo específico – o Artigo 6º – a Constituição Federal enuncia como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Adicionalmente, a matéria recebe tratamento constitucional aprofundado no Título VIII, destinado à ordem social.

6. A seguridade social é abordada em capítulo próprio do texto constitucional brasileiro vigente (Capítulo II do Título VIII). No artigo 194, a Constituição Federal afirma que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, as quais são destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O parágrafo único do mesmo artigo define que o Poder Público tem obrigação de organizar a seguridade social de acordo com os seguintes objetivos: (i) universalidade da cobertura e do atendimento; (ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; (v) equidade na forma de participação no custeio; (vi) diversidade da base de financiamento; e (vii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. Ademais, reforçando o caráter de solidariedade atinente aos direitos sociais, o artigo 195 esclarece que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, por meio dos recursos provenientes dos Poderes Públicos e de contribuições sociais de responsabilidade dos cidadãos.

7. A previdência social representa o conjunto de direitos referentes à seguridade social.³ Nesse sentido, a Constituição brasileira dispõe, em seu artigo 201, que a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória. Ainda, prevê que a previdência social, fundada no princípio de seguro social, garantirá benefícios e serviços – com exceção aos de saúde – aos beneficiários, mediante contribuição social, em caso

² SILVA, José Afonso da. *Comentário Contextual à Constituição*. São Paulo: Editora Malheiros, 2008, p. 757.

³ *Ibidem*, p. 775.



de perda da capacidade de trabalho em razão de doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, maternidade e reclusão.⁴

8. No Brasil, o Regime Geral da Previdência Social – RGPS é controlado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, uma autarquia federal instituída por meio do Decreto nº 99.350/1990, atualmente vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. O INSS tem por finalidade: (i) promover a arrecadação, a fiscalização e a cobrança das contribuições sociais incidentes sobre as folhas de salários e demais receitas a elas vinculadas, na forma da legislação em vigor; (ii) gerir os recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social – FPAS; e (iii) conceder e manter os benefícios e serviços previdenciários.

9. Nesse contexto, em atenção às orientações da OEA em relação aos compromissos internacionais assumidos por meio da adesão ao Protocolo de San Salvador, o Estado brasileiro apresenta, no próximo item, seus indicadores referentes à implementação do direito à seguridade social no país.

⁴Ibidem, p. 775.

2.2. Informe Brasileiro

Atributo	Tipo de indicador	Indicador	Resultado	Fonte	Ano mais recente	Método de cálculo	Link de acesso
Estrutura		1- Ratificação pelo Estado dos seguintes tratados internacionais que reconhecem o direito à seguridade social:					
		a. PIDESC	Ratificado	Decreto nº 591/1992	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm
		b. CEDAW	Ratificada com reservas em 1984. Retirada de reservas em 2002.	Decreto nº 89.460/1984; Decreto nº 4.377/2002	-	-	http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-89460-20-marco-1984-439601-norma-pe.html
		c. Convenção nº 102, OIT	Ratificada	Decreto Legislativo nº 269/2008	-	-	http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=236782&norma=257721
		d. Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto do Refugiado e seu Protocolo Adicional	Ratificado	Decreto nº 50.215/1961; Decreto nº 70.946/1972	-	-	http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50215-28-janeiro-1961-389887-publicacaooriginal-1-pe.html
		e. Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas de 1954	Ratificada	Decreto Legislativo nº 38/1995; Decreto nº 4.246/2002	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4246.htm
		f. Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiência	Ratificada	Decreto nº 3.956/2001	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm
		g. Convenção internacional sobre proteção de todos os trabalhadores migrantes e suas família	Não ratificada e o Brasil não é signatário.	-	-	-	http://indicators.ohchr.org/
		h. Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos Povos Indígenas, entre outras	A Declaração é, por natureza, documento não-vinculante e em relação ao qual não cabe ratificação. O Estado brasileiro votou favoravelmente à adoção pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2006.	-	-	-	http://www.ohchr.org/EN/Issues/IPeoples/Pages/Declaration.aspx
		2- Incorporação na Constituição Política (e/ou constituições estaduais ou municipais) do direito à previdência social	Sim (artigo 6º; 7º, XVIII, XIX, XXIII, XXIV, XXVIII, § único; artigo 167, VIII; artigo 194; artigo 195; artigo 201; artigo 202)	Constituição Federal, artigo 6º; 7º, XVIII, XIX, XXIII, XXIV, XXVIII, § único; artigo 167, VIII; artigo 194; artigo 195; artigo 201; artigo 202	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
		3- Legislação específica contemplando o direito à previdência social	O direito à previdência social está previsto na Constituição Federal. A estrutura e o funcionamento da previdência social, no Brasil, estão previstos em um conjunto vasto de instrumentos com escopo temático e hierarquias normativas variadas (normas constitucionais, leis, portarias, decretos) que regulam diversos aspectos do regime previdenciário. Entre elas, as Leis nº 8.212/91 - que organiza a Seguridade Social - e 8.213/91- que define os planos de benefício da Previdência Social - mereceram destaque, uma vez que configuram o desenho geral de organização do regime no Brasil.	Lei nº 8.212/91; Lei nº 8.213/91	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm
		a. Código de Previdência Social	As leis previdenciárias, no Brasil, estão organizadas de maneira esparsa, com destaque para as Leis nº 8.212/91 - que organiza a Seguridade Social - e 8.213/91- que define os planos de benefício da Previdência Social. As normas não estão organizadas sob a égide de um código previdenciário consolidado.	-	-	-	-
		b. Capítulos ou títulos especiais no Código do Trabalho	Os principais dispositivos que regulamentam o tema da seguridade social na Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT são os seguintes: artigo 131; artigo 133; artigo 297; artigo 316; artigo 475; artigo 526; artigo 582	Lei nº 5.452/1943	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm

Incorporação ao
Direito

c. Conjunto de leis e normativas dispersas	A estrutura e o funcionamento da previdência social, no Brasil, estão previstos por um conjunto vasto de instrumentos com escopo temático e hierarquias normativas variadas (normas constitucionais, leis, portarias, decretos) que regulam diversos aspectos do regime previdenciário. Entre elas, as Leis nº 8.212/91 - que organiza a Seguridade Social - e a Lei nº 8.213/91- que define os planos de benefício da Previdência Social - mereceram destaque, uma vez que configuram o desenho geral de organização do regime no Brasil.	Principais normas federais infraconstitucionais: Lei nº 8.212/91; Lei Orgânica de Benefícios Previdenciários (Lei nº 8.213/91); Lei Complementar nº 108/2001; Lei Complementar nº 109/2001; Lei nº 3.048/1999	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp108.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp109.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm
d. Normas de negociação coletiva	A Constituição Federal cita expressamente o direito dos trabalhadores ao "reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho" no inciso XXVI de seu artigo 7º. A negociação coletiva de trabalho exige obrigatoriamente a participação dos sindicatos (inciso VI do artigo 8º). O Decreto Legislativo nº 22/1992, aprovou o texto da Convenção nº 154, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre o incentivo à negociação coletiva, promulgada pelo Decreto nº 1.256, de 29.9.94.	-	-	-	http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1992/decetolegislativo-22-12-maio-1992-358297-publicacaooriginal-1-pl.html
e. Outras normas	A estrutura e o funcionamento da previdência social, no Brasil, estão previstos por um conjunto vasto de instrumentos com escopo temático e hierarquias normativas variadas (normas constitucionais, leis, portarias, decretos) que regulam diversos aspectos do regime previdenciário. Estas estão disponíveis para consulta no site so Sistema de Legislação da Previdência Social (http://sislex.previdencia.gov.br/).	-	-	-	http://sislex.previdencia.gov.br/
1- Tempo médio de reconhecimento do direito à pensões ou aposentadorias por condição de atividade e por sexo	Constituição Federal: artigo 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: § 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições: I - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher; II - sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, reduzido em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal.	-	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2- Porcentagem da população assegurada por sistemas contribuintes por sexo, etnia/raça e nível educacional	Porcentagem da população assegurada ou coberta pela previdência pública: Brasil Total 67,3% Masculino 68,9% Feminino 65,9% Branca Total 72,3% Masculino 73,7% Feminino 71,0% Negra Total 63,4% Masculino 65,1% Feminino 61,6% Porcentagem da população assegurada ou coberta por regimes de previdência privada: 3,9%, dos quais: Sexo: Feminino - 3,6%; Masculino - 4,1% Raça/cor: Branca - 5,4%; Negra - 2,4%	PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100; Onde: X= População que contribui para os institutos de previdência, por tipo de instituto Y= Total da população economicamente ativa	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_previdencia_assistencia_social.html

Processo	3- Porcentagem da população coberta por sistemas não contribuintes por sexo, etnia/raça e nível educacional	No Brasil, o Benefício de Prestação Continuada - BPC é um sistema não contribuinte. Ele foi instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742/93), e garante a transferência de 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família. Quantidade total de beneficiários do BPC em 2016: 4.295.895 Além disso, existe a pensão especial por hanseníase. Este é um benefício devido às pessoas atingidas pela hanseníase que tenham sido submetidas a isolamento e internação compulsórias em hospitais-colônias até 31 de dezembro de 1986. Trata-se de uma pensão mensal, vitalícia e intransferível. Quantidade total de beneficiários da Pensão Especial por Hanseníase em 2014: 8.858	Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS/Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDS Coordenação-Geral de Indicadores e Informações em Direitos Humanos - CGIDH/Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH	2016 (BPC) e 2014 (pensões especiais por hanseníase)	Quantidade de beneficiários idosos e pessoas com deficiência do Benefício de Prestação Continuada (BPC); Quantidade de beneficiários de pensão especial por hanseníase	http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro_ds.php?p_id=229 http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/setembro/quase-nove-mil-pessoas-foram-beneficiados-com-pensao-especial-para-atingidos-pela-hanseníase
	4- Porcentagem da população filiada a regimes especiais por sexo, etnia/raça e nível educacional	No Brasil, segurados especiais são os trabalhadores rurais que produzem em regime de economia familiar, sem utilização de mão de obra assalariada. De acordo com a Lei nº 8.212/91, de Custeio da Previdência, eles são segurados obrigatórios e devem recolher contribuições para o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS sempre que comercializem sua produção. Por outro lado, a Lei nº 8.213/91, do Plano de Benefícios, determina que, não havendo a contribuição, o segurado especial precisa comprovar o exercício da atividade rural no momento em que vai requerer aposentadoria ou qualquer outro benefício previdenciário. Além do mais, o índio tutelado é considerado segurado especial, mediante declaração da Fundação Nacional do Índio - FUNAI. Considera-se neste indicador, portanto, a porcentagem da população considerada segurada especial pelo Regime Geral da Previdência Social. Porcentagem da população segurada especial: 0,03% Porcentagem da população contribuinte individual: 77,36% Porcentagem da população contribuinte facultativo: 10,71% Porcentagem da população contribuinte doméstico: 11,90%	Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS/DATAPREV	2014	(X/Y)*100; Onde: X= Quantidade de segurados especiais Y= Total da população de outros contribuintes (individual, facultativo, doméstico, segurado especial, ignorado)	http://www3.dataprev.gov.br/
	5- Porcentagem de adultos maiores de 65 anos cobertos por programas de atenção à 3ª idade por sexo, etnia/raça e nível educacional	Proporção da População Idosa (60 ou mais anos de idade) que recebe Benefício Previdenciário: 75,3%, dos quais, Sexo: Feminino - 74,7%; Masculino - 76,1% Raça/cor: Branca - 76,6%; Negra - 73,8% OBS: Não há registros públicos consolidados disponíveis específicos sobre pessoas idosas cobertas por programas de atenção à 3ª idade. Entretanto, há dados sobre a proporção da população idosa que recebe algum tipo de benefício previdenciário e assistencial, mas de forma aglutinada e não desagregada em relação a pensões e aposentadorias previdenciárias e as pensões pagas pelo BPC.	PNAD/IBGE Diretoria de Estudos e Políticas Sociais - DISOC/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA	2014	(X/Y)*100; Onde: X= População Idosa que recebe Benefício previdenciário ou assistencial Y= Total de benefícios	http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_previdencia_assistencia_social.html
Resultado	1- Taxa da população economicamente ativa por sexo, idade, nível educacional e quintos de renda	Total Brasil: 68% Sexo: Feminino - 57%; Masculino 79% Idade: 16 a 17 - 37%; 18 a 29 - 76%; 30 a 59 - 79%; 60 ou mais - 30%	PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100; Onde: X= População Economicamente Ativa (PEA) Y= População em idade ativa (PIA)	http://snidh.sdh.gov.br/acesso-e-qualifica%C3%A7%C3%A3o-para-o-trabalho-decente.html
	2- População coberta por pensão ou aposentadoria por faixa etária, sexo e quintil de renda	Total Brasil: 62.828.818 Sexo: Feminino - 27.267.219; Masculino 35.561.599 Idade: 16 a 19 - 2.778.358; 20 a 24 - 7.361.746; 25 a 29 - 8.647.982; 30 a 39 - 18.214.944; 40 a 49 - 15.157.927; 50 a 59 - 10.667.861 Faixas de rendimento (em salários mínimos): Abaixo de 1 - 6.740.451; Igual a 1 - 6.719.130; Acima de 1 até 2 - 24.587.302; Acima de 2 até 3 - 10.445.345; Acima de 3 até 5 - 5.898.132; Acima de 5 até 10 - 4.237.522; Acima de 10 até 20 - 1.521.478; Acima de 20 - 484.393; Sem declaração - 2.195.065	PNAD/IBGE	2013	(X/Y)*100; Onde: X= População que contribui para o instituto de previdência Y= Total da população de 16 anos ou mais ocupada	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
	3- Porcentagem da população assegurada por um regime de contribuição, por sexo, idade e quintos de renda	Sexo: Feminino - 43%; Masculino 57% Idade: 16 a 19 - 4%; 20 a 24 - 12%; 25 a 29 - 14%; 30 a 39 - 29%; 40 a 49 - 24%; 50 a 59 - 17% Faixas de rendimento (em salários mínimos): Abaixo de 1 - 11%; Igual a 1 - 11%; Acima de 1 até 2 - 7%; Acima de 2 até 3 - 17% ; Acima de 3 até 5 - 9%; Acima de 5 até 10 - 7%; Acima de 10 até 20 - 2%; Acima de 20 - 1%; Sem declaração - 3% Proteção Previdenciária: Protegido - 73%; Desprotegido - 27%	PNAD/IBGE	2013	(X/Y)*100; Onde: X= População que contribui para o instituto de previdência Y= Total da população de 16 anos ou mais ocupada	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps

		4- Número de contribuintes do sistema de pensão por sexo, idade e quintos de renda	Total Brasil: 71.493.806 Sexo: Feminino - 30.352.418; Masculino - 38.495.865 Idade: Até 19 anos - 1.273.936; 20 a 24 anos - 3.834.650; 25 a 29 anos - 4.661.998; 30 a 34 anos - 4.689.777; 35 a 39 anos - 4.039.900; 40 a 44 anos - 3.368.054; 45 a 49 anos - 3.001.954; 50 a 54 anos - 2.499.642; 55 a 59 anos - 1.761.782; Ignorada - 17.344	Tabulação Especial GFIP DATAPREV CNIS	2014	Número absoluto de contribuintes	http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi
		5- Total de benefício desemprego a pessoas não contribuintes	Total de segurados do benefício de seguro-desemprego: 1.119.521	DES/Sistema Seguro Desemprego - SPPE/Ministério do Trabalho - MT	Fevereiro /2016	Número total de segurados do benefício de seguro-desemprego	http://www.mtps.gov.br/seguro-desemprego/2016-01-11-21-26-48
Contexto Financeiro e Compromissos Orçamentários	Estrutura	1- Formas de financiamento do sistema de previdência social: i) porcentagem de contribuição por parte dos empregadores e ii) porcentagem a cargo dos trabalhadores formais, iii) porcentagem de financiamento do Estado	O financiamento do Regime Geral da Previdência Social - RGPS provém das seguintes fontes (detalhamento de alíquotas e bases de cálculo: ver link) a) Orçamentos Fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; b) Contribuições sociais incidentes sobre a folha de salários dos trabalhadores, de responsabilidade dos trabalhadores e das empresas, e a contribuição das empresas sobre o faturamento (comercialização de produtos rurais, receitas de eventos desportivos, percentual do SIMPLES); c) Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS; d) Contribuição Social Sobre o Lucro – CSLL; e) Contribuição sobre a Renda Líquida de Concursos de Prognósticos e sobre a Renda Líquida da Loteria Federal Instantânea; f) Contribuição Sobre a Movimentação Financeira – CPMF (extinta em 31/12/2007). Ver informações detalhadas nas páginas 644 a 646 do Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS de 2014 (mais recente disponível), no link http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social	AEPS	2014	-	As alíquotas e bases de cálculo das fontes de receita do RGPS arrecadadas de empresas e pessoas físicas estão disponíveis nas páginas 644 a 646 do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2014 (mais recente disponível), no link http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social
		2- Características e porcentagem da administração do sistema concedido a empresas privadas	O regime de previdência privada no Brasil tem natureza facultativa e complementar ao regime de previdência público oficial. No ano de 2014, a população de participantes do sistema de Previdência Privada (participantes, assistidos, designados e beneficiários de pensão, e amparados pelo plano de benefícios) alcançou o número total de 7.126.243 pessoas participantes de entidades fechadas de previdência complementar.	Emenda Constitucional nº 18/1998; Lei Complementar nº 108/2001; Lei Complementar nº 109/2001	-	-	Anuário estatístico da Previdência Social: ftp://ftp.mtps.gov.br/porta/acao-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf
		3- Origem dos fundos extra-orçamentários (créditos de organismos internacionais, endividamento, reservas, outros)	Não há fontes extra-orçamentárias para o financiamento do RGPS. Ver informações detalhadas nas páginas 644 a 646 do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2014 (mais recente disponível), no link http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social	AEPS	2014	-	As fontes de financiamento do RGPS estão detalhadas às páginas 644 a 646 do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2014 (mais recente disponível), no link http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social
	Processo	1- Porcentagem total de recursos do orçamento nacional direcionados à previdência social	Porcentagem prevista de recursos destinados à seguridade social: 20% Previsão, em reais, de recursos destinados à seguridade social: R\$ 586.980.348.250 Previsão, em reais, da receita total da União: 2.953.546.387.308	Lei nº 13.255/2016	2016	(X/Y)*100; Onde: X= Total de recursos destinados à seguridade social Y= Total de recursos da União	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13255.htm http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/orcamento-anual-de-2016
		2- Tempo de licença maternidade e paternidade em semanas e por fontes de financiamento (sistema de previdência social em sua totalidade; o empregador em sua totalidade; formas mistas)	Tempo de licença pela Constituição Federal: Licença-maternidade - 120 dias; Licença-paternidade - 5 dias Para as empresas participantes do Programa Empresa Cidadã: Licença-maternidade - prorroga por mais 60 dias a quantidade já estabelecida pela Constituição Federal, ou seja, somam 180 dias. Licença-paternidade: prorroga por mais 15 dias, resultando no valor total de 20 dias.	Lei nº 13.255/2016	2016	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm
		3- Base e frequência de atualização dos benefícios da previdência social	Frequência: Anual	Artigo 41-A da Lei nº 8.213/1991	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm
		4- Mecanismos para calcular a diferença salarial entre homens e mulheres aos efeitos de previdência	Não há dados disponíveis	-	-	-	-

		5- Existência de mecanismos para isentar os custos de litígio. Requisitos para qualificar esse benefício	Por meio da Defensoria Pública da União toda pessoa com renda familiar menor que o limite de isenção do Imposto de Renda, tem direito à assistência jurídica gratuita. Pessoas que demonstrem insuficiência de recursos têm, ainda, direito à isenção de custas processuais (Lei nº 1.060/50).	Portal Brasil	-	-	http://www.brasil.gov.br/governo/2009/12/defensoria-publica-da-uniao http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1060.htm
		6- Disponibilidade e/ou utilização de fundos extra-orçamentários para financiar o sistema de previdência social ou o seu déficit	Não há fontes extra-orçamentárias para o financiamento do RGPS	AEPS	2014	-	As fontes de financiamento do RGPS estão detalhadas às páginas 644 a 646 do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2014 (mais recente disponível), no link http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social
	Estrutura	1- Hierarquia e poderes dos organismos que gerem a previdência social	Desde maio de 2016, com a edição da Medida Provisória nº 726/2016, a Política Nacional de Previdência Social tornou-se de competência do Ministério da Fazenda - MF. Dentro da estrutura de implementação do sistema público de previdência, o INSS é a autarquia federal encarregada de receber as contribuições para a manutenção do RGPS, e responsável pelo pagamento da aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença, auxílio-acidente e outros benefícios para aqueles que adquirirem o direito a estes benefícios. Com a referida medida provisória nº 726/2016, o INSS (antes subordinado ao Ministério da Previdência Social - MPS), passou a fazer parte da estrutura organizacional do MDS (artigo 7º, parágrafo único, inciso. II).	Medida Provisória nº 726/2016	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm
	Processo	1- Número de aposentadoria por invalidez outorgadas no último ano por sexo, idade, nacionalidade, condição jurídica (estatuto do refugiado ou apátrida), quintil de renda e lugar de residência	Total: 189.651, dos quais: Quantidade de aposentadoria por invalidez por Sexo: Masculino: 96.213; Feminino: 66.538 Quantidade de aposentadoria por invalidez por Clientela: Urbana: 162.751; Rural: 26.900 Quantidade de aposentadoria por invalidez a pessoas de outra nacionalidade através de Acordos internacionais: 71 Quantidade de aposentadoria por invalidez por Região: Norte: 4.732; Nordeste: 24.192; Sudeste: 84.738; Sul: 34.934; Centro-Oeste: 14.155) Quantidade de aposentadoria por invalidez por Faixas de Renda: Igual a 1 salário mínimo: 61.874 Acima de 1 até 2 salário mínimo: 63.609 Acima de 2 até 3 salário mínimo: 20.320 Acima de 3 até 4 salário mínimo: 8.667 Acima de 4 até 5 salário mínimo: 4.748 Acima de 5 até 6 salário mínimo: 3.073 Acima de 6 até 7 salário mínimo: 362 Acima de 7 até 8 salário mínimo: 71 Acima de 8 até 9 salário mínimo: 23 Acima de 9 até 10 salário mínimo: 4 Quantidade de aposentadoria por invalidez por Faixa Etária: Até 19 anos: 166 20 a 24 anos: 1344 25 a 29 anos: 3474 30 a 34 anos: 6507 35 a 39 anos: 10100 40 a 44 anos: 16399 45 a 49 anos: 26726 50 a 54 anos: 39324 55 a 59 anos: 43571 60 a 64 anos: 30852 65 a 69 anos: 8366 70 a 74 anos: 2048 75 a 79 anos: 572 80 a 84 anos: 152 85 a 89 anos: 39 90 anos e mais: 8 Ignorada: 3	Tabulação Especial GFIP DATAPREV CNIS	2014	Número absoluto de aposentadorias por invalidez concedidas	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps

Capacidade Estatal

2- Total de contribuintes por idade, sexo, nacionalidade, unidade territorial, categoria ocupacional e ramo de atividade	Total de pessoas físicas contribuintes: 71.493.806 Total de contribuintes pessoas físicas por Região: Norte -3.428.299; Nordeste - 12.077.360; Sudeste - 37.333.834; Sul - 12.646.690; Centro-Oeste - 5.903.647; Ignorada - 103.976 Total de contribuintes pessoas físicas por Sexo: Feminino - 30.352.418; Masculino - 38.495.865 Total de contribuintes pessoas físicas por Idade: Até 19 anos - 3.023.126; 20 a 24 anos - 9.181.189; 25 a 29 anos - 10.846.925; 30 a 34 anos - 10.801.106; 35 a 39 anos - 9.234.865; 40 a 44 anos - 7.621.857; 45 a 49 anos - 6.682.486; 50 a 54 anos - 5.552.300; 55 a 59 anos - 3.904.722; 60 a 64 anos - 2.078.863; 65 a 69 anos - 697.563; 70 anos e mais - 342.795; Ignorada - 1.526.009 Total de contribuintes facultativos: 17.341.709	Tabulação Especial GFIP/CNIS/DATAPREV	2014	Número absoluto de Contribuintes Pessoas Físicas	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
3- Taxa de cobertura por acidentes de trabalho por sexo, idade, condição jurídica, categorial profissional e ramo de atividade	Total pessoas cobertas: 37.558.415 Porcentagem de segurados com cobertura por Sexo: Feminino - 40%; Masculino - 60% Porcentagem de segurados com cobertura por Idade: 16 a 24 anos- 19%; 25 a 34 anos- 36%; 35 a 44 anos- 24%; 45 a 59 anos- 19%; 60 anos e mais- 2% Porcentagem de segurados com cobertura por Região: Região Norte - 5%; Região Nordeste - 17%; Região Sudeste - 53%; Região Sul - 17%; Região Centro-Oeste - 8%	Secretaria de Políticas de Previdência Social - SPPS/MPS Sistema Único de Benefícios - SUB/CNIS/DATAPREV	2011	(X/Y)*100; Onde: X= Total de segurados com cobertura, por perfil analisado, por acidentes de trabalho Y= Total de segurados com cobertura por acidentes de trabalho	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#risco
4- Taxa de desemprego médio anual	Taxa de desemprego no 2º trimestre de 2016: 11,3% Taxa de desemprego médio do ano de 2015: 8,5%	PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100; Onde: X= População desocupada Y= População economicamente ativa (PEA)	http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnad_201601_trimestre_caderno_20160519_113000.pdf ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Comentarios_Sinteticos/pnad_201602_trimestre_comentarios_sinteticos_Brasil.pdf
5- Taxa de informalidade no mercado de trabalho	Taxa de informalidade (fevereiro/2016): 12,6%	PME - Pesquisa Mensal de Emprego/IBGE	2016	(X/Y)*100; Onde: X= População sem carteira de trabalho assinada Y= População total ocupada	http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm (tabela: EMP. S/CARTEIRA(incl. trab. dom.)/PO)
1- Porcentagem da população sem cobertura de previdência social, por idade, sexo, por nacionalidade, condição jurídica (estatuto do refugiado ou apátrida), condição de atividade, etnia e raça	Proteção Previdenciária: Desprotegido, 27%, dos quais: Porcentagem da população desprotegida por Sexo: Feminino - 44%; Masculino - 56% Porcentagem da população desprotegida por Idade: 16 a 19 - 10%; 20 a 24 - 12%; 25 a 29 - 12%; 30 a 39 - 27%; 40 a 49 - 23%; 50 a 59 - 16%	PNAD/IBGE	2013	(X/Y)*100; Onde: X= População que não contribui para o instituto de previdência Y= Total da população de 16 anos ou mais ocupada	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
2- Porcentagem da população desagregada por sexo, idade e origem étnica com cobertura de previdência social	Proteção Previdenciária: Protegido - 73%, dos quais: Sexo: Feminino - 43%; Masculino 57% Idade: 16 a 19 - 4%; 20 a 24 - 12%; 25 a 29 - 14%; 30 a 39 - 29%; 40 a 49 - 24%; 50 a 59 - 17%	PNAD/IBGE	2013	(X/Y)*100; Onde: X= População que contribui para o instituto de previdência Y= Total da população de 16 anos ou mais ocupada	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
3- Diferença entre cobertura previdenciária pública e privada	Não há dados disponíveis	-	-	-	-

	Resultado	4- Taxa de lesões profissionais (acidentes de trabalho) por ramo de atividade Total - 704.136 ; 100,0%. Dos quais: Membros das Forças Armadas 0% Policiais Militares 0% Bombeiros Militares 0% Membros superiores e dirigentes do Poder Público 0% Dirigentes de empresas e organizações (exceto de interesse público) 0% Diretores e gerentes em empresa de serviços de saúde, da educação, ou de serviços culturais, sociais ou pessoais 0% Gerentes 1% Pesquisadores e profissionais policientíficos 0% Profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia 0% Profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins 1% Profissionais do ensino 0% Profissionais das ciências jurídicas 0% Profissionais das ciências sociais e humanas 1% Comunicadores, artistas e religiosos 0% Profissionais em Gastronomia 0% Técnicos polivalentes 0% Técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins 1% Técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins 5% Professores leigos e de nível médio 0% Técnicos de nível médio em serviços de Transportes 0% Técnicos de nível médio nas ciências administrativas 1% Técnicos em nível médio dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos 0% Outros técnicos de nível médio 1% Escriturários 7% Trabalhadores de atendimento ao público 2% Trabalhadores dos serviços 13% Vendedores e prestadores de serviços do comércio 3% Produtores na exploração agropecuária 0% Trabalhadores na exploração agropecuária 2% Pescadores e extrativistas florestais 0% Trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal 0% Trabalhadores da Indústria extrativa e da construção civil 7% Trabalhadores da transformação de metais e de compósitos 6% Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica 1% Montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais 0% Joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins 0% Trabalhadores nas indústrias têxtil, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas 2% Trabalhadores das indústrias de madeira e do mobiliário 1% Trabalhadores de funções transversais 11% Trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias 1% Trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção 1% Trabalhadores de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel 0% Trabalhadores da fabricação de alimentos, bebidas e fumo 3% Operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades) 1% Operadores de Outras Instalações Industriais – 2% Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica 1% Polimantenedores 1% Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação 21%	SUB/DATAPREV Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT	2013	(X/Y)*100; Onde: X= Total de acidentes de trabalho por setor da atividade econômica Y= Total de acidentes de trabalho registrados	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
		1- Requisitos de acesso ao sistema de previdência social Efetuar a inscrição na Previdência Social numa das categorias de segurado existentes e recolher regularmente as contribuições. Para se filiar é preciso ter mais de 16 anos. O RGPS é estruturado sobre a norma geral da contribuição. Todo trabalhador com carteira assinada é automaticamente filiado à Previdência Social. Quem trabalha por conta própria precisa se inscrever e contribuir mensalmente para ter acesso aos benefícios previdenciários. São segurados da Previdência Social os empregados, os empregados domésticos, os trabalhadores avulsos, os contribuintes individuais e os trabalhadores rurais. Até mesmo quem não tem renda própria, como as donas-de-casa e os estudantes, pode se inscrever na Previdência Social.	MPS	-	-	http://www.previdencia.gov.br/perguntas-frequentes/regime-geral-rgps/

Igualdade e Não Discriminação

Estrutura	2- Requisitos para o acesso ao sistema para indígenas, negros, refugiados, solicitantes de asilo e apátridas	Não há requisitos específicos para que negros, solicitantes de asilo, refugiados e apátridas tenham acesso ao sistema de seguridade social - estes grupos estão incluídos na estrutura do Regime Geral da Previdência Social. Indígenas, assim como os trabalhadores rurais, são considerados "segurados especiais" e têm direito a regime diferenciado de aposentadoria. 1) Negros, solicitantes de asilo, refugiados e apátridas: efetuar a inscrição na Previdência Social numa das categorias de segurado existentes e recolher regularmente as contribuições; 2) Indígenas: considerados "segurados especiais". Requisito de idade (55 anos para mulheres; 60 anos para homens) e tempo de trabalho no meio rural (13 ou 15 anos).	Lei nº 9.474/97 (define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951); Decreto nº 4.246/2002, artigo 24 (decreto que promulga a Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas)	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4246.htm
	3- Requisitos para o acesso ao sistema de trabalhadores/trabalhadoras do serviço doméstico	Inscrição e contribuição ao regime geral da previdência social	Constituição Federal; Lei Complementar nº 150/2015	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm
	4- Requisitos para o acesso ao sistema para trabalhadores/as rurais	Idade (55 anos para mulheres; 60 anos para homens) e tempo de trabalho no meio rural (13 ou 15 anos). O trabalhador precisa estar trabalhando à época do pedido para que tenha direito a receber o benefício.	Lei nº 8.212/91; Lei nº 13.183/2015	-	-	http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=05/11/2015
Processo	1- Base de cálculo dos benefícios de previdência social para homens e mulheres	Etapa 1: Cálculo do valor do "Salário de Benefício" Regra Geral Na regra geral só serão computados recolhimentos efetuados a partir de 29/11/1999. O sistema verificará qual a quantidade de meses que possui recolhimentos (período contributivo) e efetuará a soma da quantidade de meses que representa 80% do período, selecionando, neste caso, os meses em que houveram recolhimentos com maior valor. Regra transitória Na regra transitória só serão computados recolhimentos efetuados a partir de 01/07/1994. O sistema verificará qual a quantidade de meses que possui recolhimentos (período contributivo) e efetuará a soma da quantidade de meses que representa 80% do período, selecionando, neste caso, os meses em que houveram recolhimentos com maior valor. Etapa 2: cálculo da "Renda Mensal Inicial" - RMI Após o cálculo inicial do "Salário de Benefício", os sistemas do INSS executam o último cálculo para obter o valor final que será pago mensalmente ao cidadão. Nesse caso, cada tipo de benefício pode ser calculado de uma forma diferente da outra, conforme o texto vigente na Lei nº 8.213/1991.	Seção III da Lei nº 8.213/91 Lei nº 13.183/2015	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13183.htm http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Aposentadoria-por-tempo-de-contribu%C3%A7%C3%A3o.pdf
	2- Extensão e formas de utilização de tabelas atuariais no cálculo do benefício previdenciário (equilíbrio previdenciário)	É aplicado um fator previdenciário ao cálculo dos benefícios, o qual considera a tábua de mortalidade, divulgada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE	SPPS/MPS	2013	$f = [(Tc * a) / Es] * [(1 + (Id + Tc * a))] / 100$	http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamentos-anuais/2014-1/pldo-1/anexo_iv_5_rgps.pdf
	3- Extensão, cobertura e jurisdição de mecanismos de inclusão daqueles que realizam trabalho reprodutivo ou doméstico de cuidado	Total de Contribuintes Domésticos: 2.063.122	CNIS/DATAPREV	2014	Número absoluto de trabalhadores domésticos contribuintes para o regime de previdência social	http://www3.dataprev.gov.br/
Resultado	1- População aposentada por sexo, idade, nível educacional e por unidade territorial	Total da população aposentada: 17.845.805 Total da população urbana aposentada por Região: Norte - 218.387; Nordeste - 1.562.264; Sudeste - 6.761.182; Sul - 2.241.592; Centro-Oeste 477.687 Total da população rural aposentada por Região: Norte - 604.053; Nordeste - 3.300.163; Sudeste - 1.234.940; Sul - 1.085.820; Centro-Oeste - 389.717	Plano Tabular da COAQ/SUB/DATAPREV	2014	Número absoluto de pessoas aposentadas	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
	2- Porcentagem de "derechos-habientes" que recebem uma pensão ou subsídio por sexo, por idade, etnia e raça, por jurisdições	Porcentagem de auxílios ativos dentre o total de benefícios ativos da previdência social: 26%, dos quais: Sexo: Feminino - 25%; Masculino - 26%	SUB/DATAPREV	2014	$(X/Y) * 100$; Onde: X= Total de auxílios ativos Y= Total de geral de benefícios ativos	http://www3.dataprev.gov.br/infologo/
	3- Porcentagem de migrantes, refugiados, solicitantes de asilo e apátridas com cobertura de previdência social	Quantidade de benefícios concedidos no âmbito dos acordos internacionais de Previdência Social: 1.702	Assessoria de Assuntos Internacionais - AIAINT/SPPS/SE/MPS	2014	Número absoluto de benefícios concedidos no âmbito dos acordos internacionais de Previdência Social	http://www3.dataprev.gov.br/infologo/

		4- Porcentagem de trabalhadores e trabalhadoras rurais com cobertura de previdência social	Porcentagem de benefícios ativos no âmbito rural: 3%	Plano Tabular da COAQ/SUB/DATAPREV PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100; Onde: X= Total de beneficiários ativos rurais Y= Total da população rural	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
Acesso à Informação Pública e Participação	Estrutura	1- Características e regularidade na produção de informação estatística em matéria de previdência social por sexo, etnia, raça, idade, nacionalidade, condição jurídica (estatuto do refugiado ou apátrida), cobertura pública ou privada, distribuição territorial	A produção estatística com dados oficiais em matéria de previdência social é produzida anualmente pelo Ministério da Previdência Social e publicada por meio do Anuário Estatístico de Previdência Social.	AEPS	2014	-	ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf
	Processo	1- Regulamentação existente e tipo de controle da aplicação de medidas preventivas em riscos profissionais e saúde ocupacional	Decreto nº 7.602/2011 (institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST)	MPS	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm
		2- Frequência dos informes enviados aos contribuintes dos sistemas previdenciários tanto por contas de capitalização individual como por regime público de distribuição	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
			Total de acidentes de trabalho: 704.136, dos quais: Região: Norte - 31.259; Nordeste - 85.722; Sudeste- 379.425; Sul - 157.364; Centro-Oeste - 50.366 Ramo de atividade: Membros das Forças Armadas - 7 Policiais Militares - 1 Bombeiros Militares- 4 Membros superiores e dirigentes do Poder Público - 252 Dirigentes de empresas e organizações (exceto de interesse público) - 157 Diretores e gerentes em empresa de serviços de saúde, da educação, ou de serviços culturais, sociais ou pessoais - 157 Gerentes - 5.585 Pesquisadores e profissionais policientíficos - 108 Profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia - 2.547 Profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins - 9.403 Profissionais do ensino - 2.863 Profissionais das ciências jurídicas - 195 Profissionais das ciências sociais e humanas - 4.603 Comunicadores, artistas e religiosos - 697 Profissionais em Gastronomia - 171 Técnicos polivalentes - 978 Técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins - 9.739 Técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins - 38.499 Professores leigos e de nível médio - 1.933 Técnicos de nível médio em serviços de Transportes - 1.833				

		3- Total de acidentes de trabalho reportados por unidade territorial e por ramo de atividade	Técnicos de nível médio nas ciências administrativas - 4.977 Técnicos em nível médio dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos - 1.332 Outros técnicos de nível médio - 3.735 Escriturários - 50.146 Trabalhadores de atendimento ao público 14.408 Trabalhadores dos serviços - 90.045 Vendedores e prestadores de serviços do comércio - 22.020 Produtores na exploração agropecuária - 438 Trabalhadores na exploração agropecuária - 17.552 Pescadores e extrativistas florestais - 1.982 Trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal - 3.510 Trabalhadores da Indústria extrativa e da construção civil - 47.561 Trabalhadores da transformação de metais e de compósitos - 44.415 Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica - 7.405 Montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais - 138 Joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins -1.945 Trabalhadores nas indústrias têxtil, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas - 12.785 Trabalhadores das indústrias de madeira e do mobiliário - 7.012 Trabalhadores de funções transversais -77.735 Trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias -7.470 Trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção - 6.263 Trabalhadores de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel - 1.274 Trabalhadores da fabricação de alimentos, bebidas e fumo - 20.693 Operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades) - 7.896 Operadores de Outras Instalações Industriais – Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica - 17.317 Polimantenedores - 4.336 Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação - 4.938 Ignorado - 145.076 Total de acidentes de trabalho por região: Centro-Oeste - 53.311 Nordeste - 88.835 Norte - 30.524 Sudeste - 387.770 Sul - 162.034 Total Geral - 722.474	SUB/DATAPREV CAT	2014	Número absoluto de acidentes de trabalho registrados por categoria profissional	http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps
	Estrutura	1- Instâncias administrativas para apurar denúncias de descumprimento de obrigações vinculadas ao direito à previdência social	A principal instância administrativa no nível federal é Conselho de Recursos do Seguro Social – CRSS. Órgão integrante da estrutura do MPS, ao CRSS compete a prestação jurisdicional e o controle das decisões do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, nos processos de interesse dos beneficiários do RGPS. O CRSS é constituído por órgãos julgadores denominados Juntas de Recursos, com vinte e nove unidades e Câmaras de Julgamento com competência para julgar processos de matéria de benefícios.	AEPS	2014	-	ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf
		2- Quantidade de ações constitucionais (amparo, ações de proteção, tutela) de previdência social	Total de ações previdenciárias: 1.570.012	Coordenação Geral de Administração das Procuradorias - CGAP/PFE/INSS	2011	Número absoluto de ações tramitadas na procuradoria da previdência	http://www3.dataprev.gov.br/infologo/
		3- Existência de serviços jurídicos gratuitos e integrais de proteção do direito à previdência social	Sim: Defensorias Públicas	Constituição Federal, arts. 5º, LXXIV, 134 e 134; Lei Complementar nº 132/2009	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
		4- Existência de oficinas públicas de mediação ou conciliação para resolver questões vinculadas à previdência social	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
		1- Número de denúncias recebidas relativas ao direito à previdência social	Não há dados disponíveis	-	-	-	http://www.previdencia.gov.br/ouvidoria/

Acesso à Justiça	Processo	2- Duração média dos casos tramitados pela defensoria oficial sobre pensões (contributivas ou não contributivas)	Não há registros públicos consolidados disponíveis especificamente sobre duração média dos casos tramitados pela defensoria. A informação disponível trata sobre a movimentação de processos nas câmaras de recursos em números absolutos. Total da movimentação de entrada de processos: Novos Recebidos: 36.275 Volta de Diligência: 70 Outros: 211 Total da movimentação de saída de processos: Julgados: 34.247 Baixados em Diligência: 9.082 Outros: 6.168	CRSS	2014	Número absoluto sobre a movimentação de processos na câmara de recursos	ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf
		3- Existência de organismos estatais de controle e fiscalização das entidades responsáveis por fundos de capitalização individual por entidades privadas	A Superintendência Nacional de Previdência Complementar - PREVIC foi criada pela Lei nº 12.154/2009 como autarquia de natureza especial, dotada de autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio, vinculada ao MF, com sede e foro no Distrito Federal e atuação em todo o território nacional. A PREVIC atua como entidade de fiscalização e de supervisão das atividades das entidades fechadas de previdência complementar e de execução das políticas para o regime de previdência complementar operado pelas entidades fechadas de previdência complementar, observadas as disposições constitucionais e legais aplicáveis. A Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, autarquia também vinculada ao MF, foi criada pelo Decreto-Lei nº 73/1966. A SUSEP é responsável por regular, supervisionar e fomentar os mercados de seguros, resseguros, previdência complementar aberta, capitalização e corretagem.	Lei nº 12.154/2009; Decreto-lei nº 73/1966	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L12154.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0073.htm
		4- Existência de organismos estatais de controle e fiscalização de entidades privadas responsáveis por fundos de saúde e/ou acidentes/riscos de trabalho	O INSS opera o seguro estatal de acidentes no trabalho. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS regula os planos e seguros privados de saúde.	Leis e sites especificados nos links	2016	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6367.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e-seguranca-do-trabalhador http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm http://www.ans.gov.br/
		5- Número de decisões judiciais que outorgam cobertura de contingências em previdência social	Não há informações consolidadas sobre os processos judiciais. No entanto, há dados disponíveis sobre contencioso administrativo listados nas câmaras de recursos da previdência social. Total: 79.865 Tipo de Decisão: Negado provimento: 52.351 Dado provimento: 16.882	CRSS	2014	Número absoluto de decisões	ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf
		6- Número de ações judiciais apresentadas e resolvidas por negação de uma pensão não-contributiva	Não há informações consolidadas disponíveis com dados sobre processos judiciais. No entanto, há dados disponíveis sobre contencioso administrativo listados nas câmaras de recursos da previdência social sobre os Benefícios de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC). Total: 4.779 Tipo de Decisão: Negado provimento: 3.561 Dado provimento: 729	CRSS	2014	Número absoluto de decisões judiciais	ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf



III. DIREITO À SAÚDE

3.1. Ordenamento Jurídico Brasileiro

10. Como já mencionado, a Constituição Federal brasileira de 1988 confere especial relevância aos direitos sociais. Nesse contexto, o direito à saúde foi elevado, pela primeira vez, a direito fundamental pelo texto constitucional⁵, constando do artigo 6º, que trata dos direitos sociais, bem como, de maneira mais aprofundada, do capítulo destinado à ordem social.

11. O artigo 196 da Constituição Federal prevê que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de 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. Essa previsão constitucional é crucial à abordagem do direito à saúde pelo Estado brasileiro, uma vez que contempla dupla vertente do direito em questão, tanto a sua natureza negativa, de garantia de proteção pelo Estado e cidadãos mediante a proibição de atos que atentem à saúde do indivíduo, como a sua natureza positiva, de obrigação de prestação pelo Estado e de promoção de ações pelos Poderes Públicos para a realização efetiva desse direito.⁶

12. Na sequência, o artigo 197 define que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros. No mesmo passo, o artigo 198 institui que 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; e (iii) participação da comunidade. Ademais, o mesmo artigo, em seu parágrafo único, estabelece que o sistema único de saúde brasileiro será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, ressaltando a obrigação solidária e subsidiária existente entre os entes.

13. Em relação ao sistema único de saúde brasileiro, cumpre ressaltar que a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, pelo Estado.

⁵ Ibidem, p. 767

⁶ Ibidem, p. 768.



A referida lei, em seu artigo 5º, determina que os objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS são os seguintes: (i) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; (ii) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde a partir da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e (iii) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

14. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e está vinculado ao Ministério da Saúde – MS, atendendo, atualmente, mais de 190 milhões de pessoas. Além disso, considerando os preceitos constitucionais apresentados acima, importa ressaltar que o sistema único do país é ferramenta por meio da qual o Estado brasileiro cumpre a sua obrigação constitucional de assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país.⁷

15. Face ao exposto, no próximo item, em atenção às orientações da OEA no tocante ao monitoramento do cumprimento do Protocolo de San Salvador, o Estado brasileiro reporta seus indicadores relacionados à implementação do direito à saúde no país.

⁷ Ibidem, p. 768.

3.2. Informe Brasileiro

Atributo	Tipo de indicador	Indicador	Resultado	Fonte	Ano mais recente	Método de cálculo	Link de acesso
		1- Ratificação do Estado dos seguintes tratados internacionais que reconhecem o direito à saúde:					
		a. PIDESC e Protocolo Facultativo	O Estado brasileiro ratificou o PIDESC em 1992. O Estado brasileiro não é signatário do Protocolo Facultativo.	PIDESC: Decreto nº 591/1992.	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm
		b. CEDAW e Protocolo Facultativo	CEDAW: ratificada com reservas em 1984; retirada de reservas em 2002. Protocolo Facultativo: ratificado pelo Estado brasileiro em 2002.	CEDAW: Decreto nº 89.460/1984 (ratificação com reservas); Decreto nº 4377/2002 (retirada de reservas). Protocolo Facultativo: Decreto nº 4.316/2002	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4316.htm
		c. Convenção sobre os Direitos das crianças	Ratificada (1990)	Decreto nº 99.710/1990	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm
		d. Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial	Ratificada	Decreto nº 6.949/2009	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
		e. Convênios da OIT	Ratificadas: Convenção nº 16 - "Exame Médico de Menores no Trabalho Marítimo" (1936); Convenção nº 103 - "Amparo à Maternidade" (1965); Convenção nº 113 - "Exame Médico dos Pescadores" (1965); Convenção nº 115 - "Proteção contra Radiações" (1966); Convenção nº 124 - "Exame Médico dos Adolescentes para o Trabalho Subterrâneo nas Minas" (1970); Convenção nº 136 - "Proteção contra os Riscos da Intoxicação por Benzeno" (1993); Convenção nº 139 - "Prevenção e Controle dos Riscos Profissionais Causados por Substâncias ou Agentes Cancerígenos" (1990); Convenção nº 161 - "Serviços de Saúde do Trabalho" (1990); Convenção nº 163 - "Bem-Estar dos Trabalhadores Marítimos no Mar e no Porto" (1997); Convenção nº 167 - "Convenção sobre a Segurança e Saúde na Construção" (2006); Convenção nº 176 - "Convenção sobre a segurança e saúde nas minas" (2006). Não ratificadas: Convenção nº 77 - "Convenção Relativa ao Exame Médico de Aptidão para o Emprego na Indústria das Crianças e dos Adolescentes"; Convenção nº 78 - "Convenção Relativa ao Exame Médico de Aptidão de Crianças e Adolescentes para o Emprego em Trabalhos não Industriais";	Website oficial da Organização Internacional do Trabalho (Normlex - sistema de informações oficial da OIT a respeito dos "Padrões Internacionais de Trabalho", incluindo status de ratificação e cumprimento de instrumentos da organização pelos países membros)	-	-	Website oficial da Organização Internacional do Trabalho: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/?p=1000:11200:0:NO:11200:P11200_COUNTRY_ID:102571
	Estrutura	f. Convenção sobre o estatuto de Refugiados de 1951 e o seu Protocolo de 1967	Ratificados	Decreto nº 50.215/1961; Decreto nº 70.946/1972	-	-	http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50215-28-janeiro-1961-389887-publicacaooriginal-1-pe.html
		g. Convenção sobre os Estatuto dos apátridas de 1954	Ratificada	Decreto Legislativo nº 38/1995; Decreto nº 4.246/2002	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4246.htm
		h. Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência	Ratificada	Decreto nº 3.956/2001	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm
		i. Convenção internacional sobre a proteção de todos os trabalhadores migrantes e dos membros de suas famílias	O Brasil não é signatário do instrumento	-	-	-	www.indicators.ohchr.org
		j. Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas	O Estado brasileiro votou favoravelmente à adoção pela Assembleia Geral das Nações Unidas durante a 107ª sessão plenária, em 2007.	-	-	-	http://www.ohchr.org/EN/Issues/IPeoples/Pages/Declaration.aspx
		k. Diretrizes e pautas da Organização Pan-Americana de Saúde	-	-	-	-	-

Incorporação ao Direito

Incorporação ao Direito		2- Incorporação do direito à saúde na Constituição	O direito à saúde está arrolado como direito social no caput do artigo 6º da Constituição Federal. Disposições relacionadas ao direito à saúde estão disciplinadas, ainda, nos seguintes dispositivos constitucionais: artigo 6º, incs. IV e XXII; artigo 23, II; artigo 24, XII; artigo 30, VII; artigo 34, VII, e; artigo 35, III; artigo 40, § 4º, III; artigo 166, §§ 9º e 10º; artigo 194, caput; artigo 195, § 2º e 10º. O título VIII da Constituição Federal dedicado inteiramente à "Ordem Econômica e Social", dispõe de um capítulo específico sobre seguridade social, dentro do qual há uma seção consagrada exclusivamente ao tema da saúde (arts. 196 a 199). Há previsões constitucionais relacionadas ao direito à saúde, ainda nos artigos 207, VII; artigo 212, § 4º; artigo 220, § 3º, II e artigo 227.	Constituição Federal	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
		3- Legislação específica que contemple o direito à saúde	Lei nº 8.080/1990 (regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS); Lei nº 8142/1990 (regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e o financiamento do Sistema); Lei Complementar nº 141/2012 (Regulamenta o § 3º do artigo 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 e dá outras providências).	Constituição Federal; Lei nº 8.080/1990; Lei nº 8142/1990; Lei Complementar nº 141/2012	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
	Processo	1- Cobertura e jurisdição de programas que outorgam prioridade a setores vulneráveis para serviços de saúde	-	-	-	-	-
		2- Disponibilidade de registros para conhecer número de nascimentos, mortes, matrimônios	As estatísticas do registro civil, de responsabilidade do IBGE, são disponibilizadas anualmente no sítio eletrônico do próprio Instituto. Por meio delas é possível encontrar informações sobre nascimentos (através de registros de certidão de nascimento), mortes (através de registro de certidões de óbito) e casamentos (através de registros de certidões de casamento).	IBGE	2014	-	http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2014/
		3- Porcentagem de adultos maiores de 65 anos cobertos por programas de proteção social	-	-	-	-	-
		4- Cobertura de saúde da população por sexo, idade, raça/etnia e razão de renda. Desagregar por tipo de cobertura (regime subsidiado, contributivo ou misto)	O resultado do indicador é de que 100% da população brasileira possui cobertura de saúde, uma vez que o SUS é uma política brasileira que visa proporcionar um atendimento integral, universal e igualitário para todos os brasileiros.	Ministério da Saúde - MS	-	-	http://pensesus.fiocruz.br/sus
		1- Esperança de vida ao nascer (urbano/rural e por etnia/raça)	Total Brasil: 74,5 anos	Censo Demográfico/IBGE Contagens populacionais/IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/IBGE	2012	T0/I0; Onde: I0= Geração inicial de nascimentos (extraída a partir de tábuas de vida) T0= Tempo cumulativo vivido por essa mesma geração	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/a11.htm
		2- Taxa de mortalidade materna por faixa etária, área geográfica, nível educacional e razão de renda	Total Brasil: 64,8 óbitos a cada 100 mil casos	SIM/MS SINASC/MS	2011	(X/Y)*100.000; Onde: X= Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna Y= Número de nascidos vivos de mães residentes	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c03.htm
		3- Taxa de mortalidade infantil por sexo, por área geográfica, por nível educacional da mãe, por quintil de renda, raça/etnia, neonatal e pós-neonatal	Total Brasil: 15,3 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos Área geográfica: Região Norte - 19,9; Região Nordeste - 18,0; Região Sudeste - 13,0; Região Sul - 11,3; Região Centro-Oeste - 15,5 Neonatal: 10,6 Pós-neonatal: 4,7	SIM/MS SINASC/MS	2011	(X/Y)*1.000; Onde: X= Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade Y= Número de nascidos vivos de mães residente	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c01.htm http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c0104.htm http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c0103.htm
		4- Taxa de mortalidade por sexo, por acidente, homicídios ou suicídios	Total Brasil: 75,7 a cada 100.000 óbitos Sexo: Feminino - 26,2 a cada 100.000 óbitos; Masculino - 127,3 a cada 100.000 óbitos Acidente de transporte terrestre: 22,5 a cada 100.000 óbitos Homicídios: 27,4 a cada 100.000 óbitos Suicídios: 5,1 a cada 100.000 óbitos	SIM/MS	2011	(X/Y)*100.000; Onde: X= Número de óbitos de residentes por causas externas Y= População Total residente ajustada ao meio do ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibd2012/c09.def

Resultado	5- Taxa de mortalidade por doenças transmissíveis	Total Brasil: 57,7 a cada 100.000 óbitos	SIM/MS	2011	(X/Y)*100.000; Onde: X= Número de óbitos de residentes por doenças transmissíveis Y= População Total residente ajustada ao meio do ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defohtm.exe?idb2012/c17.def
	6- Porcentagem da população com acesso à água potável urbano e rural	Total Brasil: 84,4% Urbano: 93,5% Rural: 33,3%	PNAD/IBGE	2012	(X/Y)*100; Onde: X= População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna Y= População total residente em domicílios particulares permanentes	=HIPERLINK("http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f17c.def";"http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f17c.def")
	7- Porcentagem de pessoas com acesso a serviço de saneamento básico urbano e rural	Total Brasil: 76,1% Urbano: 83,9% Rural: 32,5%	PNAD/IBGE	2012	(X/Y)*100; Onde: X= População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio Y= População total residente em domicílios particulares permanentes	=HIPERLINK("http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f18c.def";"http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f18c.def")
	8- Porcentagem de mulheres em idade reprodutiva com anemia	Prevalência de anemia em mulheres: 29,4%	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS/MS	2006	(X/Y)*100; Onde: X= Mulheres com valores de hemoglobina abaixo de 12 g/dL Y= Número total de mulheres na amostra	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/anemia.php
Estrutura	1- Características, fontes e porcentagens de financiamento do setor saúde	i) Características: o SUS tem por princípios a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Desde a Constituição de 1988, o Brasil adota o regime de vinculação de despesas, aprofundado em 2000 com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000. A Emenda Constitucional nº 29, ao introduzir os §§ 2º e 3º no artigo 198 da Constituição Federal, especificou a forma de financiamento do sistema, vinculando recursos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios ao gasto obrigatório em ações e serviços públicos de Saúde. ii) Fontes: o SUS é financiado por todas as esferas de governo - União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Constituição Federal, artigo 195). No nível federal, os recursos provêm do orçamento da seguridade Social. Para os Estados e Municípios, as fontes de receita são as seguintes: a) impostos, multas, juros de mora e outros encargos decorrentes dos impostos; b) dívida ativa dos impostos, multas, juros de mora, atualização monetária e outros encargos da dívida ativa dos impostos; c) receitas de transferências constitucionais e legais; d) transferência de recursos do SUS; e) transferências voluntárias; f) receitas de operações de crédito vinculadas à Saúde; g) outras receitas orçamentárias. iii) Porcentagens: Desde 2000 (ano de promulgação da Emenda Constitucional nº 29), o Distrito Federal e os Estados têm que aplicar o mínimo de 12% de suas receitas em Saúde, e o Distrito Federal e os Municípios, 15%. A União, a seu lado, deve fixar os gastos do Ministério da Saúde aplicando a variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior.	Publicação oficial MS e Organização Pan-Americana de Saúde: "O Financiamento Público da Saúde no Brasil", vol. I (BRASIL, 2013); Constituição Federal	2013	-	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf
	2- Características, tipos, quantidade e extensão de incentivos, dedução de impostos (incentivos fiscais) e subsídios para o setor privado de saúde	Os termos da renúncia fiscal em matéria de saúde estão previstos nas Leis nº 9.250/1995 (imposto de renda de pessoas físicas) e 9.249/1995 (imposto de renda das pessoas jurídicas e contribuição social sobre o lucro líquido). Para as pessoas físicas, a dedução dos valores pagos de Imposto de Renda em serviços de saúde não tem limite (ao contrário das deduções relativas a gastos em educação, por exemplo). Pessoas jurídicas podem deduzir gastos de saúde de dirigentes e empregados sobre o valor da contribuição social sobre o lucro líquido, uma das fontes de recursos do Orçamento da Seguridade Social. As entidades sem fins lucrativos são disciplinadas principalmente pela Lei nº 9.532/1997 no que concerne à matéria. Por meio do artigo 12º, a norma determina que são isentas as instituições "de educação ou de assistência social que preste(m) os serviços para os quais houver sido instituída e os coloque à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos".	Lei nº 9.250/1995; Lei nº 9.249/1995; Lei nº 9.532/1997			http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9249.htm http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9532-10-dezembro-1997-372088-norma-1997-pl.html

Contexto Financeiro e Compromissos Orçamentários		3- Características, tipos, quantidades e extensão de incentivos estatais para a indústria farmacêutica privada	O Brasil apresenta certa continuidade de uma política de importação de produtos de base para a indústria farmacêutica. O parágrafo 3º do artigo 2º da Lei nº 10.637/2002 autoriza o Poder Executivo "a reduzir a 0 (zero) e a restabelecer a alíquota incidente sobre receita bruta decorrente da venda" de alguns produtos químicos e farmacêuticos destinados ao uso em hospitais, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, campanhas de saúde realizadas pelo poder público, laboratório de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas. As Leis nº 10.833/2003 e 10.865/2004 mantiveram esta isenção, ao passo que o Decreto nº 6.426/2008 expandiu a operação de importação por meio do aumento da lista de produtos contemplados pela política. Merece menção, por fim, a Lei nº 10.147/2000, que reduziu a carga de PIS e Cofins para pessoas jurídicas que realizem procedimentos de industrialização ou à importação dos produtos farmacêuticos que cumpram a sistemática estabelecida pela Câmara de Medicamentos para utilização do crédito presumido, na forma determinada pela Lei nº 10.213/2001.	Lei nº 10.637/2002; Lei nº 10.833/2003; Lei nº 10.865/2004; Decreto nº 6.426/2008; Lei nº 10.147/2000	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6426.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10637.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10833compilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/10.865.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10147.htm
	Processo	1- Porcentagem de Gasto Público Social destinado à saúde	Porcentagem do Orçamento previsto para Seguridade Social destinado à Saúde: 4,0%	Lei nº 13.255/2016 (Lei Orçamentária Anual - LOA)	2016	(X/Y)*100; Onde: X= Orçamento previsto destinado ao Ministério da Saúde Y= Receita total estimada nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa-2016/lei-orcamentaria-anual-para-2016/loa2016
		2- Gasto público per capita em atenção à saúde	Gasto per capita: R\$ 300,00	FNS/MS	2012	X/Y, Onde: X= Valor total de recursos destinados à atenção à saúde Y= Valor total de residente, ajustado no meio do ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/e21.htm
		3- Despesa familiar com saúde proporcional à renda familiar	Até 2 salários mínimos: 7,5% Mais de 2 até 3 salários mínimos: 6,5% Mais de 3 até 6 salários mínimos: 5,8% Mais de 10 até 15 salários mínimos: 5,4% Mais de 15 até 25 salários mínimos: 5,5% Mais de 25 salários mínimos: 4,3%	Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF/IBGE	2008/2009	(X/Y)*100, Onde: X= Valor da despesa familiar autorreferida com saúde Y= Total da renda familiar	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/e0901_09t.htm
		4- Distribuição do gasto em saúde por esferas federativas (federal, estaduais, municipais)	O SUS é financiado por todas as esferas de governo - União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Constituição Federal, artigo 195). No nível federal, os recursos provêm do orçamento da seguridade Social. Para os Estados e Municípios, as fontes de receita são as seguintes: a) impostos, multas, juros de mora e outros encargos decorrentes dos impostos; b) dívida ativa dos impostos, multas, juros de mora, atualização monetária e outros encargos da dívida ativa dos impostos; c) receitas de transferências constitucionais e legais; d) transferência de recursos do SUS; e) transferências voluntárias; f) receitas de operações de crédito vinculadas à Saúde; g) outras receitas orçamentárias. Desde 2000 (ano de promulgação da Emenda Constitucional nº 29), o Distrito Federal e os Estados têm que aplicar o mínimo de 12% de suas receitas em Saúde, e o Distrito Federal e os Municípios, 15%. A União deve fixar os gastos do em saúde aplicando a variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior.	Artigo 198 da Constituição Federal	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
		5- Porcentagem de recursos destinados a capacitação de recursos humanos em saúde	Dos gastos previstos na LOA de 2016 estão previstos R\$ 1.035.722.200 para gastos com Formação em Recursos Humanos, esse valor representa 0,9% do Orçamento total destinado ao Ministério da Saúde.	Lei nº 13.255/2016	2016	-	http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/loa-2016/lei-orcamentaria-anual-para-2016/loa2016
	Resultado	1- Porcentagem da renda familiar per capita de gasto com saúde por quintil de renda.	Total Brasil: 5,5% Faixa de renda: Até 2 salários mínimos - 7,5%; Mais de 2 até 3 salários mínimos - 6,6%; Mais de 3 até 6 salários mínimos - 6,2%; Mais de 6 até 10 salários mínimos - 5,8%; Mais de 15 até 25 salários mínimos - 5,6%; Mais de 25 salários mínimos - 4,4%	POF/IBGE	2008/2009	(X/Y)*100; Onde: X= Valor da despesa familiar autorreferida com saúde em reais correntes no ano Y= Valor da renda familiar total autorreferida com saúde em reais correntes no ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/e0901.htm
		1- Incorporação em documentos oficiais (políticas públicas) o conceito básico de atenção primária de saúde integral e universal	No Brasil, o conceito básico de atenção primária de saúde, integral e universal, está integrado a documentos oficiais e a políticas de Estado para a saúde. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (instituída pela Portaria 2.488/20011, do MS) e o Programa Saúde na Família são as principais manifestações da concretização do princípio dentro da política de Estado, via SUS.	Portaria nº 2.488/2011 do MS	-	-	http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Capacidade Estatal

Estrutura	2- Alcance, jurisdição e financiamento de uma política nacional sobre medicamentos essenciais, oncológicos, retrovirais e medicamentos genéricos	Com relação aos medicamentos anti retrovirais, há dados sobre a cobertura de tratamento com anti retrovirais (TARV) entre a população de pessoas vivendo com o HIV/AIDS (PVHA). No Brasil, o número total de PVHA em tratamento tem crescido a cada ano. Entre 2009 e 2014, observa-se um aumento de 53,2% no número de PVHA que iniciaram o tratamento. Até 31 de outubro de 2015, mais de 65 mil indivíduos iniciaram TARV no país. Nota-se um aumento expressivo no número de PVHA em TARV, que quase dobrou no período observado, passando de 231mil para quase 450 mil.	Boletim Epidemiológico Brasileiro (MS, 2015)	2015	-	http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
	3- Densidade de profissionais auxiliares pela quantidade de leitos hospitalares	-	-	-	-	-
	4- Características, extensão, quantidade e gestão de assistência técnica e financeira internacional na área de saúde	-	-	-	-	-
Processo	1- Acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde por jurisdição e região geográfica	No Brasil a acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde são de âmbito nacional e com responsabilidades divididas entre cada jurisdição. Isso se dá devido ao SUS, que garante o acesso integral, universal e igualitário à população brasileira. Número de Leitos a cada 1.000 habitantes: Total Brasil: 2,26 leitos a cada mil habitantes Região: Norte - 1,84; Nordeste - 2,02; Sudeste - 2,35; Sul - 2,65 e Centro-Oeste - 2,32	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - IBGE	2009	(X/Y)*1.000; Onde: X= Número de leitos hospitalares Y= População total residente, ajustada para o meio do ano	http://pensesus.fiocruz.br/sus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e02.def
	2- Porcentagem da população com acesso frequente a medicamentos essenciais oncológicos, retrovirais e/ou genéricos por local de residência (urbano/rural)	Segundo dados de 2015, 455 mil pessoas estavam em uso de medicamentos retrovirais para tratamento do HIV.	MS	2015	-	http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3064 http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais
	3- Porcentagem de serviços de saúde de responsabilidade pública terceirizados por empresas privadas ou outro tipo de instituição	-	-	-	-	-
	4- Disparidade público-privada significativas no gasto e cobertura em saúde	No que se refere à diferenças entre o setor público e privado no campo da saúde, a cobertura do setor público abrange 100% da população brasileira, uma vez que o SUS é concebido para oferecer um atendimento integral, universal e igualitário a todos os brasileiros. Já os planos de saúde privados no Brasil possuíam em 2015 taxa de cobertura de 25,8% da população. No que se refere aos gastos com saúde em 2015, o setor público possuía uma despesa prevista na LOA de R\$ 121.011.373.943,00, o que equivale a um gasto per capita de R\$ 591,79. Já o gasto do setor privado para o mesmo ano foi de R\$ 105.900.000.000,00, o que equivale a um gasto per capita em relação aos beneficiários de R\$ 2.220,13. A Lei nº 9.250/1995 (imposto de renda de pessoas físicas) permite o abatimento, na declaração anual de imposto de renda, de gastos com saúde - sem limites.	Setor Público: Lei nº 13.115/2015. Estimativa Populacional/IBGE Setor Privado: Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE	2015	Setor Público: X/Y, onde: X= Despesa com saúde prevista na LOA para 2015 Y= População residente estimada para 2015 Setor Privado: X/Y, onde: X= Receitas de contraprestações de planos de saúde Y= Número total de beneficiários de planos de saúde em 2015	Setor Público: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13115.htm http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/potuf.def Setor Privado: http://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed5.pdf (página 7-11, acessado em 26 de julho de 2016 às 11h13min)
	5- Quantidade de médicos/as por habitantes	Total Brasil: 1,86 médicos a cada 1.000 habitantes	Conselhos profissionais/MS	2010	(X/Y)*1000, onde: X= Número de médicos Y= População total residente, ajustada para o meio do ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def
	6- Quantidade de enfermeiras/os por habitante	Total Brasil: 1,51 enfermeiros a cada 1.000 habitantes	Conselhos profissionais/MS	2010	(X/Y)*1000, onde: X= Número de enfermeiros Y= População total residente, ajustada para o meio do ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def
	7- Quantidade de partos atendidos por profissionais	Total Brasil: 98,4%	SINASC/MS	2014	(X/Y)*100, onde: X= Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes Y= Número total de nascidos vivos de mulheres residentes	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def

		8 - Existência de planos ou políticas para fortalecer a adaptabilidade cultural dos serviços de saúde a partir de um enfoque de direitos e étnico	Sim, podendo ser citado como exemplo o atendimento para casos de anemia falciforme que atinge mais à população negra e o atendimento através do SUS de operações para mudança de sexo no caso de pacientes LGBT.	MS	-	-	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/07_0206_M.pdf http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=25&data=21/11/2013
Resultado		1- Cobertura, extensão, jurisdição e financiamento dos programas de atenção primária à saúde	Cobertura: Endente-se por cobertura os públicos atendido pelo programa Saúde na Família, de modo que todas as famílias são públicos de atenção do programa, que funciona como uma primeira entrada no SUS, realizando um acompanhamento prioritário à pessoas mais vulneráveis como crianças, idosos e portadores de doenças crônicas. Extensão: O programa abrange todo o território nacional. Jurisdição: A política nacional de atenção básica é de responsabilidade das três esferas de governo (Municípios, Estados e União) conforme obrigações descritas na Portaria nº 2.488/2011. Financiamento: O financiamento é de responsabilidade tripartite, no qual o valor repassado pela união é dividido pelos Estados e Municípios para o financiamento das ações do programa. No ano de 2012 o gasto per capita do Ministério da Saúde com atenção básica foi de 300 reais.	Secretaria de Atenção à Saúde/MS FNS/MS	2012	X/Y, Onde: X= Valor total de recursos destinados à atenção básica à saúde Y= Valor total de residentes ajustada ao meio do ano	http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/e21.htm
		2- Cobertura de programas de assistência a idosos	-	-	-	-	-
		3- Taxa de utilização dos serviços de saúde	Total Brasil: 67,7%	Suplemento Saúde - PNAD/IBGE	2008	(X/Y)*100; Onde: X= Número de pessoas que referem ter consultado médico nos últimos 12 meses Y= População total residente	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idx2012/f20.def
		4- Cobertura dos planos de saúde, por sexo, idade, região geográfica como contribuinte ou beneficiários	Total Brasil: 25,9% Sexo: Masculino - 24,9%; Feminino - 26,8% Faixa etária: 0 a 9 anos - 21,4%; 10 a 19 anos - 20,6%; 20 a 49 anos - 27,7%; 50 a 59 anos - 29,9% e 60 anos ou mais - 29,7% Região: Norte - 13,3%; Nordeste - 13,2%; Sudeste - 35,6%; Sul - 30,0%; Centro-Oeste - 24,6%	Suplemento Saúde - PNAD/IBGE	2008	(X/Y)*100; Onde: X= Número de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de planos de saúde (privados e de servidores públicos) Y=População total residente	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idx2012/f15.def
		1- Regulação do aborto	O aborto não induzido (ou seja: causado espontaneamente) não é criminalizado no Brasil. O aborto induzido, por outro lado, é considerado crime. A mulher que causar abortamento está sujeita a pena de detenção de um a três anos (artigo 124 do Código Penal). Se o abortamento for causado por terceiro (um médico ou familiar, por exemplo), sem o consentimento da gestante, a pena para aquele que o pratica é de três a dez anos de reclusão (artigo 125 do Código Penal). Há três situações nas quais o abortamento induzido é consentido: i) em caso de risco de vida para a mulher (artigo 128, I do Código Penal); ii) se a gravidez for resultante de estupro (artigo 128, II do Código Penal); iii) quando o feto for anencéfalo ("parto antecipado para fim terapêutico", conforme decisão do Supremo Tribunal Federal - STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 54, votada em 2012).	Código Penal Brasileiro (Lei nº 2.848/1940) ADPF nº 54	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm
		2- Lei e política nacional para as pessoas com deficiências físicas e mentais	As políticas públicas de alcance nacional para as pessoas com deficiência são orientadas, no Brasil, por meio do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Em linha com o princípio da interdependência dos direitos humanos, o Plano envolve ações transversais a vários temas de governo (saúde, educação, distribuição de renda e urbanismo, por exemplo). A série de ações contidas no "Viver Sem Limite" foi formalizada por meio do Decreto nº 7.612/2011, e a construção dele simbolizou o compromisso do Governo Federal com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada pelo país com equivalência de emenda constitucional. Por fim, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Lei nº 13.146/2015, disciplina os principais direitos e garantias dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil.	Lei nº 7.612/2011; Lei nº 10.216/2001; Lei nº 13.146/2015	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

Estrutura	3- Lei e política nacional de saúde considerando a diversidade étnica (indígenas, afrodescendentes)	População indígena: O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi criado em 1999, por meio da Lei nº 9.836/99. Ele é composto pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/Dseis que se configuram em uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considerou a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos. População negra: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde com vistas a garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros. A política como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, e a partir deste reconhecimento introduz estabelece objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades da gestão em todas as esferas para o alcance da equidade.	-	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html
	4- Lei de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos	A Lei nº 9.263/1996 regulamenta o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. A Lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão - disciplina os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência.	Constituição Federal; Lei nº 9.623/1996; Lei nº 13.146/2015	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm
	5- Tipo, número, características, jurisdição, orçamento e acessibilidade aos serviços de saúde mental por distribuição territorial	A saúde mental é disciplinada principalmente por meio da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A medida normativa enuncia a orientação segundo a qual o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais deve ser realizada "preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental", e "a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes". Em linha com a lei, a política nacional é estruturada a partir da Rede de Atenção Psicossocial, instituída por meio da Portaria nº 3.088/2011, do MS. Tipo: a política de saúde mental, no Brasil, funciona por meio de centros de atenção descentralizados, formando a Rede de Assistência Psicossocial (RAPS). A implantação da RAPS representa a transição do modelo manicomial ao assistencial, no qual o cuidado ao usuário ocorre em liberdade. Características: o modelo atual de atenção à saúde mental caracteriza-se pelo aprofundamento da integração da saúde mental aos serviços de atenção básica à saúde, com consequente descentralização e capilarização. Há vários componentes relacionados à política, sendo o principal e mais abrangente deles o atendimento dos pacientes de saúde mental por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que oferece tratamento para pessoas que sofrem com doenças mentais e demais quadros que justifiquem permanência num dispositivo de atenção diária e personalizado). Jurisdição: todas as unidades da federação contam com serviços da Rede de Assistência Psicossocial. O índice de cobertura (agregado) de unidades do CAPS do Brasil em 2015 era de 0,86 (CAPS por 100 mil habitantes). Acessibilidade: o serviço é gratuito e de livre acesso a todos os usuários do SUS.	Publicação oficial: "Saúde Mental em Dados" (MS, 2015)	2015	-	http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/2012-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
	6 - Característica e frequência de pesquisas de percepção da população acerca da relação entre a fecundidade, mortalidade e mortalidade materna	-	-	-	-	-
	1- Porcentagem de mulheres e homens em idade reprodutiva que usam métodos anticoncepcionais	Total Brasil: 67,8%	PNDS/MS	2006	(X/Y)*100, onde: X= Número de mulheres usando métodos contraceptivos Y= População feminina	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/f14.htm
	2- Estimativas de abortos induzidos, por idade, lugar de residência (urbano/rural) e condições socioeconômicas da mulher grávida	Total Brasil: 1.283 Idade: Até 10 anos - 5; 11 à 14 anos - 193; 15 à 19 anos - 283; 20 à 24 anos - 251; 25 à 29 anos - 266; 30 à 34 anos - 158; 35 à 39 anos - 89; mais de 40 anos - 38	MADEIRO, A. P. & DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2):563-572, 2016.	2013-2015	-	http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf

Igualdade e Não Discriminação

Processo

3- Estimativa de abortos ilegais, por idade, local de residência (urbano/rural) e condições socioeconômicas da mulher grávida ou outros dados disponíveis	Total Brasil: 296 mulheres que responderam ter realizado aborto entre 2.298 mulheres pesquisadas o equivalente a 15%. Sendo dividido de acordo com o seguinte perfil: Idade: 18 e 19 anos - 6%; 20 a 24 anos - 7%; 25 a 29 anos - 17%; 30 a 34 anos - 17%; 35 a 39 anos - 22%. Escolaridade: Até a 4ª série do fundamental - 23%; 5ª a 8ª série do fundamental - 19%; Ensino médio - 12%; Ensino superior - 14%. Religião: Católica - 15%; Evangélica ou protestante - 3%; Outras religiões - 16%; Não tem religião/não respondeu - 18%. Usou remédio para abortar - 48%. Ficou internada por causa do aborto - 55%.	DINIZ, D. & MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):959-966, 2010.	2010	-	http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/PNA.pdf
4- Porcentagem da população que utiliza sistemas indígenas ou alternativos de atenção à saúde	-	-	-	-	-
5- Características, cobertura, orçamento e jurisdições em programa de saúde sexual e reprodutiva	Cobertura: Nacional - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM Característica: O programa incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.	MS	-	-	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
6- Porcentagem de crianças cobertas por programas de nutrição	Número de crianças cobertas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE: 42,2 milhões	FNDE	2014	-	http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar
7- Porcentagem de crianças e adolescentes que recebem periodicamente atenção/controles médicos	Total de Famílias atendidas pelo Programa Saúde na Família: 20.389.244	Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB/MS	2015	-	http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSB.R.DEF
8- Porcentagem de crianças que recebem assistência de saúde perinatal e até os cinco anos	-	Lei nº 8.069/1990	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069/Compilado.htm
9- Porcentagem de mulheres grávidas com teste de HIV	Total nacional de mulheres que fizeram de 1 a 7 consultas de pré-natal: 97,28% No Brasil o teste de HIV é um dos exames requisitados na primeira consulta de pré-natal (conforme indica manual do MS que pode ser consultado no link disponibilizado) o que indica que as mulheres grávidas que realizaram 2 ou mais consultas de pré-natal (em razão de que o exame é requerido na primeira consulta pré-natal e entregue na segunda consulta) devem ter realizado o exame.	MS	2011	(X/Y)*100, onde: X= Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas pré-natal Y= Número total de nascidos vivos de mulheres residentes	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pre_natal.pdf http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def
10- Porcentagem de crianças nascidas de mães soropositivas que contraíram o vírus HIV nos primeiros anos de vida (casos notificados de HIV por transmissão vertical)	Total Brasil: 2,01% dos casos de AIDS são ocasionados pela transmissão vertical.	SINAN/MS	2012	(X/Y)*100; onde: X= Número de casos de AIDS segundo categoria de exposição em determinado ano de diagnóstico Y= Total de casos novos de AIDS diagnosticados no mesmo ano	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d31.def
11- Porcentagem de mulheres grávidas que recebem assistência de saúde pré-natal	Total Brasil: 97,28% das mulheres grávidas receberam algum tipo de assistência de saúde pré-natal.	MS	2011	(X/Y)*100, onde: X= Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas pré-natal Y= Número total de nascidos vivos de mulheres residentes	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def
12- Indicadores de amamentação materna exclusiva até o quarto mês e até o sexto mês	Quarto mês (120 dias): 23,3% Sexto mês (180 dias): 9,3%	MS	2008	Nº de crianças de 0 a 6 meses que se alimentam exclusivamente de leite materno dividido pelo total de crianças residentes, na idade x 100	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g14_08.htm

	13 - Características e frequência de estudos de percepção da população em relação a doenças sexualmente transmissíveis (HIV e outros)	-	-	-	-	-
Resultado	1- Porcentagem de crianças menores de cinco anos que apresentam atraso de crescimento ou desnutrição crônica	Total Brasil: 7,0%	PNDS/MS	2006	(X/Y)*100; Onde: X= Número de crianças menores de 5 anos cuja estatura para idade é menor que o percentil 3 ou menor que o escore Z - 2 em relação à distribuição de referência; Y= População total de crianças menores de 5 anos de idade	http://snidh.sdh.gov.br/adequa%c3%a7%c3%a3o.html http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/desnutricao
	2- Porcentagem de crianças com menos de cinco anos com desnutrição global	Baixo peso para idade em crianças menores de 5 anos: 1,9% Prevalência de déficit de estatura para menores de 5 anos: 7,0%	PNDS/MS	2006	Baixo peso para idade: (X/Y)*100; Onde: X= Número de crianças menores de 5 anos de idade cujo peso para idade é abaixo do percentil 3 ou que o escore Z - 2 em relação à distribuição da população de referência Y= População total de crianças menores de 5 anos de idade Prevalência de déficit de estatura: (X/Y)*100; Onde: X= Número de crianças menores de 5 anos de idade cuja estatura para idade é abaixo do percentil 3 ou menor que o escore Z - 2 em relação à distribuição da população de referência. Y= População total de crianças menores de 5 anos de idade	http://snidh.sdh.gov.br/adequa%c3%a7%c3%a3o.html http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/desnutricao
	3- Composição por sexo dos casos notificados de AIDS e diagnósticos de HIV	HIV Homens: 6.506 Mulheres: 2.907 AIDS Homens: 5.777 Mulheres: 2.786	HIV/SINAN AIDS/MS	HIV - 2015 AIDS - 2014	-	http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def - http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
	4- Porcentagem de deficientes físicos ou mentais que possuem acesso a serviços de saúde de instituições públicas ou sociais	-	-	-	-	-
	5- Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais entre população adolescente sexualmente ativa	-	-	-	-	-
	6- Prevalência de uso de anticoncepcivo entre população adulta sexualmente ativa	Percentual de uso de métodos anticoncepcionais referido por mulheres, em 2006, apresentou 67,8% para algum método no Brasil.	IDB/MS	2006	Número de mulheres na faixa etária usando métodos anticoncepcionais pela população feminina desse grupo etário x 100	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm
	7- Taxa de fecundidade não desejada	Do total de nascimentos ocorridos nos 5 anos anteriores ao ano da pesquisa (2006), 18% não foram planejados.	PNDS	2006	-	http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
	8- Porcentagem de mulheres que realizam periodicamente exames ginecológicos (Papanicolaú, mamografias)	-	-	-	-	-

		9- Porcentagem de mulheres com controle pré-natal no primeiro trimestre	Em 2011, o total nacional de mulheres que fizeram de 1 a 7 consultas de pré-natal foi de 97,28%.	IDB/MS	2011	Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas pré-natal dividido pelo número total de nascidos vivos de mulheres residentes x 100	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def
		10- Cobertura de vacinação obrigatória	Segundo o Calendário Nacional de Vacinação, existem vacinas obrigatórias para diferentes grupos alvos, sendo eles as crianças, adolescentes, adulto e idosos. As vacinas são: poliomelite (VIP), hepatite B (VHB) tuberculose (BCG), pentavalente ((DTP + Hib + Hepatite B), vacina oral contra poliomelite (VOP), Pneumocócica 10V (que previne pneumonias, meningites, otites e sinusites), Rotavírus Humano, Meningocócica C (que previne a meningite meningocócica), Febre Amarela, Hepatite A, Tríplice Viral. Calendário Nacional de Vacinação disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao	SI - PNI	2014	-	http://tabnet.datasus.gov.br/http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao
		1- Características, cobertura (territorial e temática), orçamento e jurisdição do sistema estatístico em matéria de saúde. Formas e frequência de atualização da informação e difusão	O Censo Demográfico é realizado pelo IBGE a cada dez anos. A pesquisa tem cobertura nacional, abrange toda a população e inclui perguntas sobre saúde, como deficiência física, natalidade e mortalidade. A PNAD, assim como o Censo, é realizada pelo IBGE. Com cobertura nacional, tem periodicidade anual e uma parte do questionário aplicado é fixo (características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação), o que permite comparações em séries históricas. Os temas variáveis, na PNAD, são formulados de acordo com as necessidades informacionais do país. Blocos temáticos sobre fecundidade, saúde e nutrição já foram realizados. A PNDS traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, foi coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - Cebap. A PNDS foi realizada três vezes, em intervalos temporais de dez anos (1986, 1996 e 2006). Os resultados recentes fornecem subsídios para uma avaliação dos avanços ocorridos na saúde da mulher e da criança no Brasil. Na edição de 2006, a maior parte dos dados foi coletada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas com cerca de 15 mil mulheres entre 15 e 49 anos, em áreas urbanas e rurais ao longo das cinco regiões brasileiras. Os dados coletados permitem analisar a fecundidade e intenções reprodutivas; a atividade sexual e a contracepção; a assistência à gestação e ao parto; a morbidade feminina e o estado nutricional das crianças. Permitem ainda estudar três novos temas introduzidos pela primeira vez na PNDS 2006: o acesso a medicamentos, os micronutrientes e a segurança alimentar nos domicílios (acesso à alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada). O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI apresenta dados relacionados à vacinação. Os dados, produzidos por meio do Programa Nacional de Imunizações (integrante do Programa da Organização Mundial de Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do PNUD) incluem - entre outros -, as doses de imunobiológicos aplicadas e a cobertura vacinal, por unidade básica, nos Municípios, regional da Secretaria Estadual de Saúde, nos Estados do país. A cobertura, portanto, é de todo o território nacional, com todas as desagregações aqui mencionadas. As informações são divulgadas por meio do portal oficial de dados do Ministério da Saúde, DATASUS. A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi realizada pela primeira vez em 2013 por Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz, órgão da administração pública vinculado ao Ministério da Saúde) e IBGE. A PNS tem base domiciliar, cobertura nacional e metodologia estruturada em torno de três questionários, um dos quais concernente apenas a temas de saúde (afecções de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial, por exemplo). A POF levanta informações gerais sobre domicílios, famílias e pessoas, hábitos de consumo, despesas e recebimentos das famílias pesquisadas, tendo como unidade de coleta os domicílios. Atualiza a cesta básica de consumo e é especialmente relevante, em termos de mensuração da efetividade do direito à saúde, porque traz informações relativas à situação nutricional dos pesquisados. No que respeita à cobertura territorial e à periodicidade, registre-se que a POF foi realizada em 1975, 1988, 1996, 2003 e 2009. Nas pesquisas que sucederam a de 1975, o campo foi restrito às onze maiores cidades do Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, Fortaleza, Salvador, Goiânia, Belém e Brasília). O Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde, unifica mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados para coletar dados sobre mortalidade no Brasil. O SIM dispõe de variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. No que concerne à difusão, note-se que todas as bases de dados mencionadas nesta coluna estão abertas e disponíveis online (os links estão listados na coluna correspondente deste documento).	-	-	-	Censo demográfico: http://censo2010.ibge.gov.br/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds/index.php Sistema Nacional do Programa Nacional de Imunizações: http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp Pesquisa Nacional de Saúde: http://www.pns.icict.fiocruz.br/ Pesquisa de Orçamentos Familiares: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=25 Sistema de Informação de Mortalidade: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade

**Acesso à Informação
Pública e
Participação**

Estrutura	2- Normas e regulações de proteção do Estado sobre a confidencialidade da informação pessoal de saúde	A confidencialidade, no Brasil, é protegida por uma série de dispositivos jurídicos. Primeiramente, a Constituição Federal arrola a intimidade e a privacidade entre os direitos fundamentais: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrentes de sua violação"(artigo 5º, X). O Código Penal (artigo 154) tipifica como crime a conduta daquele que "revelar, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem" (artigo 154). O Código de Processo Civil disciplina, por sua vez, que a parte não é obrigada a depor sobre fatos: "(...) II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo" (artigo 388). O Código de Ética Médica (Resolução nº 1.931/2009, do Conselho Federal de Medicina) é orientado transversalmente pelo princípio do sigilo e confidencialidade das informações pessoais em saúde. "O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei", estabelece o Capítulo I, XI, ao passo que o Capítulo IX enuncia: "É vedado ao médico - artigo 73: revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente". Finalmente, é fundamental observar que a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) protege o sigilo e a confidencialidade das informações pessoais (artigo 6), ao mesmo tempo em que cria exceções ao princípio geral no artigo 21: "Não poderá ser negado acesso à informação necessária à tutela judicial ou administrativa de direitos fundamentais. Parágrafo único. As informações ou documentos que versem sobre condutas que impliquem violação dos direitos humanos praticada por agentes públicos ou a mando de autoridades públicas não poderão ser objeto de restrição de acesso." Neste sentido, portanto - e considerando que o direito à informação também está arrolado como direito fundamental (artigo 5, XIV da Carta Constitucional), é de se concluir que o direito à confidencialidade, no Brasil, é protegido e elevado à condição de garantia fundamental, mas não é absoluto, já que pode colidir com o (igualmente fundamental) direito de acesso à informação.	Constituição Federal; Código de Ética Médica (Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina)	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm
	3- Disposições e/ou legislação que requer o consentimento da pessoa para aceitar ou recusar um tratamento	A prática médica, no Brasil, é orientada pelo princípio do consentimento informado, enunciado de maneira esparsa em vários instrumentos normativos do ordenamento jurídico brasileiro. O princípio do consentimento informado enfatiza a autonomia das decisões do paciente, considerada como principal elemento para a escolha de procedimentos, diagnósticos e terapêuticas possíveis a que queira submeter-se. O princípio do consentimento informado é uma elaboração doutrinária que se ampara em preceitos constitucionais (artigo 5º, XIV e artigo 220 da Constituição), no Código Civil brasileiro ("artigo 15. ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica") e no Código de Defesa do Consumidor (artigo 6º III e artigo 31). O Código de Ética Médica, enuncia (artigo 34) que é vedado ao médico "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal". O mesmo documento ressalta, ainda (Cap. I, XXI), que "no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas."	Constituição Federal; Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002); Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8070/1990); Código de Ética Médica (Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina)	-	-	-
	4 - Característica, cobertura e periodicidade de campanhas divulgação do direito à saúde	As campanhas de saúde no Brasil são realizadas sazonalmente (como por exemplo, em períodos de grande eventos como o carnaval ou campanhas de vacinação) e possuem periodicidades diversas. Em geral, ocorrem através de canais de comunicação, especialmente via TV, e também de campanhas pela internet. Segundo dados de 2014, 97,1% dos domicílios no Brasil possuíam televisão e 42,1% dos domicílios possuíam computador com acesso à internet.	PNAD/IBGE	2014	"(X/Y)*100, onde: X= Domicílios/pessoas com televisores ou acesso à internet Y= Total de domicílio/população total residente"	http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024052411102015241013178959.pdf
	1- Porcentagem de efectores/executores de saúde com protocolos de confidencialidade da informação sobre sua saúde	-	-	-	(X/Y)*100, onde: X= Domicílios/pessoas com televisores ou acesso à internet Y= Total de domicílio/população total residente	-
	2- Cobertura de ações ou campanhas de difusão por parte do estado de informação sobre políticas de saúde sexual e reprodutiva	Campanhas com cobertura nacional são realizadas sazonalmente no Brasil, como no carnaval, sobre a importância de uso de preservativos e consequente prevenção de DST's. Não há dados consolidados sobre campanhas de abrangência estadual e municipal.	MS	2016	-	http://www.aids.gov.br/campanhas
	3 - Cobertura de ação ou campanhas de apoio à mulheres grávidas sobre formas de transmissão vertical de HIV	Cobertura Nacional	MS	2015	-	http://www.aids.gov.br/campanhas/2015/57922

Processo	4- Cobertura de ações ou campanhas de informação e programas de difusão sobre os efeitos do consumo de álcool, tabaco e outras drogas	Cobertura Nacional No Brasil o consumo das referidas substâncias é controlado. No que se refere ao álcool sua venda é proibida a menores de idade conforme exposto no artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como a Lei nº 11.705/2008 torna proibido a direção sob efeitos do álcool. Desse modo, grande parte das campanhas relacionadas ao álcool são direcionadas a conscientização da população da importância de se respeitar as normas. No que se refere ao tabaco, a Resolução RDC nº 331/2003 adotou que todos os fulmígenos derivados do tabaco, conterão na embalagem e na propaganda, advertência ao consumidor, sobre os malefícios decorrentes do uso destes produtos.	-	-	-	http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/02/ministerio-lanca-campanha-sobre-perigo-do-consumo%20-de-alcool-por-adolescentes http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=736 http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/02/ministerio-da-justica-lanca-campanha-contra-o-abuso-de-alcool http://www.brasil.gov.br/meio-ambiente/2012/08/no-dia-nacional-de-combate-ao-fumo-campanha-quer-alertar-sobre-os-males-do-cigarro
	5- Distribuição geográfica, por jurisdição e étnica de serviços de tradução nos executores de saúde a outros idiomas falados no país	No Brasil existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI que estão ligados à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esses Distritos Sanitários são unidades territoriais definidas de maneira estratégica para a correta assistência aos territórios indígenas e o alinhamento deste atendimento ao SUS. As Casas do Índio, unidades vinculadas à DSEI e parte fundamental do Subsistema de Atenção à Saúde, são instituições que fazem o alinhamento entre o índio que precisa de atendimento do SUS e cuidam de seu retorno pós tratamento à aldeia também. É na Casa do Índio que são oferecidos serviços de acompanhamento e tradução para indígenas no SUS. A distribuição das casas segue a dos Distritos que serão apresentados a seguir: 01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE; 02 - Amapá e Norte do Pará - AP/PA; 03 - Altamira - PA; 04 - Alto Rio Jurua - AC; 05 - Alto Rio Purus - AC/AM; 06 - Alto Rio Negro - AM; 07 - Alto Rio Negro - AM; 08 - Araguaia - GO/MT; 09 - Bahia - BA; 10 - Ceará - CE; 11 - Minas Gerais e Espírito Santo - MG/ES; 12 - Interior Sul - SP/PR/SC/RS; 13 - Vale do Javari - AM; 14 - Kayapó - PA; 15 - Kayapó - MT; 16 - Leste de Roraima - RR; 17 - Litoral Sul - RJ/SP/PR/SC/RS; 18 - Manaus - AM; 19 - Guamá-Tocantins - PA; 20 - Maranhão - MA; 21 - Mato Grosso do Sul - MS; 22 - Médio Rio Purus - AM; 23 - Parintins - MA/PA; 24 - Pernambuco - PE; 25 - Porto Velho - RO/AM; 26 - Potiguara - PB; 27 - Cuiabá - MT; 28 - Rio Tapajós - PA; 29 - Médio Rio Solimões e Afluentes - AM; 30 - Tocantins - TO; 31 - Vilhena - RO/MT; 32 - Xavante - MT; 33 - Parque Indígena do Xingú - MT; 34 - Yanomami - RR/AM.	FUNASA/MS	-	-	http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&id=37:os-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-e-popula%C3%A7%C3%B5es-ind%C3%ADgenas&tmpl=component&print=1
	6- Características e cobertura dos meios de comunicação que difundem informação às pessoas sobre os seus direitos de atenção a saúde	As campanhas no Brasil, de maneira geral, ocorrem através de canais de comunicação televisionados e de campanhas pela internet. Segundo dados de 2014, 97,1% dos domicílios no Brasil possuíam televisão e 42,1% dos domicílios possuíam computador com acesso à internet.	PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100, onde: X= Domicílios/pessoas com televisores ou acesso à internet Y= Total de domicílio/população total residente	http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024052411102015241013178959.pdf
	7- Existência de mecanismos permanentes de participação cidadã para elaboração de recomendações no desenho e implementação de políticas de saúde	O Conselho Nacional de Saúde - CNS é formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS. Os conselhos periodicamente realizam conferências nacionais que funcionam como mecanismos de participação direta da sociedade civil nas políticas públicas nacionais. A última Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2015.	CNS	-	-	http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm
	1- Porcentagem de crianças nascidas com má formaçãoes fetais por consumo de álcool e outros tipos de drogas	-	-	-	-	-
	2- Porcentagem de nascimentos não registrados no prazo	Estima-se que o subregistro de nascimentos em 2013 chegou a 5,1%, ou seja, do total de nascidos, apenas 5,1% não foram registrados.	IBGE	2013	-	http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/dezembro/brasil-avanca-na-erradicacao-do-sub-registro-civil-de-nascimento-segundo-ibge
Resultado						

Acesso à Justiça	Estrutura	1- Existência de instâncias administrativas para radicar denúncias em matéria de descumprimento de obrigações vinculadas ao direito à saúde	Em nível administrativo, o Brasil dispõe do serviço "Ouvidoria-Geral do SUS", setor responsável por receber manifestação (reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões) relacionados aos serviços e atendimentos prestados dentro do Sistema Único de Saúde. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS - DOGES recebe as manifestações dos usuários do Sistema de Saúde por meio de vários canais: carta, internet, telefone e atendimento presencial. Um dos canais para o cidadão entrar em contato com a Ouvidoria é o Disque Saúde 136, por meio do qual o usuário pode manifestar suas reclamações, sugestões e elogios, além de solicitar informações sobre saúde, doenças, medicamentos e campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde. Para as informações, os teleatendentes dispõem do Banco de Informações Técnicas em Saúde - BITS com mais de dois mil conteúdos sobre vários temas de interesse do usuário do SUS. As ligações são gratuitas e podem ser efetuadas de qualquer parte do país. O funcionamento deste serviço pode ser diretamente com a atendente de segunda a sexta das 7 às 22 h e aos sábados e domingos das 8 às 18 horas. Fora desse horário as informações são disponibilizadas pela Unidade de Resposta Audível - URA, com informações gravadas.	Website oficial do MS	-	-	Webpage oficial da Ouvidoria Geral do SUS no portal online do Ministério da Saúde do Brasil: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/doges-departamento-de-ouvidoria-geral-do-sus/ouvidoria-g-sus
		2- Competências dos ministérios e das superintendências para receber queixas dos usuários do sistema de saúde	Em nível administrativo, o Brasil dispõe do serviço "Ouvidoria-Geral do SUS", setor responsável por receber manifestação (reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões) relacionados aos serviços e atendimentos prestados dentro do SUS. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS - DOGES recebe as manifestações dos usuários do Sistema de Saúde por meio de vários canais: carta, internet, telefone e atendimento presencial. Um dos canais para o cidadão entrar em contato com a Ouvidoria é o Disque Saúde 136, por meio do qual o usuário pode manifestar suas reclamações, sugestões e elogios, além de solicitar informações sobre saúde, doenças, medicamentos e campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde. Para as informações, os teleatendentes dispõem do Banco de Informações Técnicas em Saúde - BITS com mais de dois mil conteúdos sobre vários temas de interesse do usuário do SUS. As ligações são gratuitas e podem ser efetuadas de qualquer parte do país. O funcionamento deste serviço pode ser diretamente com a atendente de segunda a sexta das 7 às 22 h e aos sábados e domingos das 8 às 18 horas. Fora desse horário as informações são disponibilizadas pela Unidade de Resposta Audível - URA, com informações gravadas.	Website oficial do MS	-	-	Webpage oficial da Ouvidoria Geral do SUS no portal online do Ministério da Saúde do Brasil: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/doges-departamento-de-ouvidoria-geral-do-sus/ouvidoria-g-sus
		3- Existência de ações constitucionais (amparos, ações de proteção, tutela)	A Constituição Federal dispõe sobre ações para proteção de valores fundamentais: i) habeas corpus (artigo 5º, LXVIII e LXXVII); ii) habeas data (artigo 5º, LXXII e LXXVII); iii) mandado de segurança (artigo 5º, LXIX e LXX); iv) mandado de injunção (artigo 5º, LXXI); v) ação popular (artigo 5º, LXXIII). Dentre estas, o mandado de segurança é aquele voltado à proteção de direito líquido e certo (direito expresso em lei que possa ser demonstrado de plano mediante prova pré-constituída) que não seja amparado por habeas corpus ou habeas data. A ação pode ser proposta pelo titular do direito, seja ele pessoa física (brasileira ou estrangeira) ou jurídica. É a ação constitucional mais utilizada para fazer valer o direito à saúde, como no caso de acesso a medicamentos de alta complexidade, por exemplo.	Constituição Federal, artigo 5º, LXIX e LXX (mandado de segurança)	-	-	Constituição Federal (artigo 5º, LXIX e LXX)
		4- Existência de serviços jurídicos gratuitos e integrais de proteção do direito à saúde	Defensorias Públicas federal e estaduais.	Constituição Federal, arts. 5º, LXXIV, 134 e 134; Lei Complementar nº 132/2009	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
		5- Existência de oficinas públicas de mediação ou conciliação para resolver questões vinculadas com saúde	-	-	-	-	-

	6- Aplicação de garantias processuais nos procedimentos judiciais em matéria de saúde: i)independência e imparcialidade do tribunal, ii) prazo razoável, iii) igualdade de armas, iv) coisa julgada, vias recursivas de sentenças em instâncias superiores	Os procedimentos judiciais em matéria de saúde estão protegidos e regulamentados pelo conjunto de direitos e garantias processuais do ordenamento jurídico brasileiro. Trata-se, aqui, do conjunto de normas relativas aos Princípios do Direito Processual Civil Brasileiro. i) Independência e imparcialidade do tribunal; ii) prazo razoável; iii) igualdade de condições: as três garantias processuais estão contidas dentro do princípio do contraditório e da ampla defesa, previstos no artigo 5, LV da Constituição Federal e regulados infraconstitucionalmente por meio de dispositivos esparsos. Com relação à independência e imparcialidade do tribunal, é de notar o texto do artigo 95 da Constituição Federal, que indica as garantias da magistratura (condições formais garantidoras do princípio da imparcialidade), bem como os artigos 144 e 145 do Código de Processo Civil, que apontam as hipóteses de suspeição e impedimento do magistrado. A igualdade de condições das partes litigantes, por sua vez, está literalmente enunciada no artigo 7º do Código de Processo Penal brasileiro, segundo o qual "é assegurada às partes paridade de tratamento em relação ao exercício de direitos e faculdades processuais, aos meios de defesa, aos ônus, aos deveres e à aplicação de sanções processuais, competindo ao juiz zelar pelo efetivo contraditório"; iv) coisa julgada e vias recursivas de sentenças em instâncias superiores: o artigo 5, XXXVI estabelece que "a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada". Com relação ao princípio do duplo grau de jurisdição, por sua vez, há divergência doutrinária, com parte dos juristas brasileiros de acordo, e parte em desacordo, com a teoria segundo a qual ele estaria contido dentro do princípio abrangente do contraditório e da ampla defesa (Constituição Federal, artigo 5, LV). De qualquer sorte, o Brasil é Estado-parte do Pacto de San José da Costa Rica (ratificação por meio do Decreto nº 678/1992), em cujo artigo 8 consta previsão do direito a recurso judicial para instância julgadora superior.	Constituição Federal; Pacto de San José da Costa Rica	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
Processo	1- Número de decisões judiciais que sustentado garantias em saúde em geral e em casos específicos (saúde sexual e reprodutiva, HIV, entre outras)	-	-	-	-	-
	2- Número de denúncias relativas ao direito à saúde recebidas, investigadas e resolvidas pelas instituições nacionais de direitos humanos competentes no país	Em 2014, foram registradas 29.622 manifestações protocoladas.	Departamento de Ouvidoria - Geral do SUS/MS	2014	-	http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/20/relatorio-ouvidoria-2014.pdf
	3- Políticas de capacitação de juízes e advogados em matéria de direito à saúde. Cobertura temática e alcance	-	-	-	-	-
	4- Características e cobertura dos meios de comunicação que difundem informações às pessoas sobre seus direitos a saúde. Cobertura do serviço de tradução a línguas indígenas	Usualmente, as campanhas referentes à saúde utilizam-se da TV, presente em 97,1% dos lares brasileiros (2014), além da Internet e outras mídias. A cobertura das campanhas federais, em regra, é nacional. Segundo o artigo 13 da Constituição Federal, a língua portuguesa é o idioma oficial da República Federativa do Brasil, de modo que as campanhas sobre direito a saúde são massivamente divulgadas em Português. Não há dados disponíveis sobre campanhas traduzidas para outros idiomas.	-	-	-	-



IV. DIREITO À EDUCAÇÃO

4.1. Ordenamento Jurídico Brasileiro

16. Assim como ao direito à previdência social e à saúde, a Constituição Federal brasileira de 1988 atribui ao direito à educação o caráter de direito fundamental, ao elencá-lo no rol dos direitos sociais do artigo 6º e ao abordá-lo no capítulo dedicado à ordem social. Nesse sentido, cumpre destacar que o artigo 205 da Constituição estabelece que a educação é um direito de todos. Tanto o Estado como a família têm o dever de prestá-la, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade. O tratamento concedido à matéria pelo texto constitucional demonstra que a educação é elevada à categoria de serviço público essencial⁸, sendo ao Estado imposta a responsabilidade de promover o exercício desse direito.

17. Ainda no artigo 205, a Constituição apresenta três objetivos básicos para a educação: (i) o pleno desenvolvimento da pessoa; (ii) o preparo da pessoa para o exercício da cidadania; e (iii) a qualificação da pessoa para o trabalho. De igual forma, estabelecendo as diretrizes da educação no país, a Constituição Federal, em seu artigo 206, dispõe que o ensino no Brasil será ministrado com base nos seguintes princípios: (i) igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; (ii) liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; (iii) pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; (iv) gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; (v) valorização dos profissionais da educação escolar, garantidos, na forma da lei, planos de carreira, com ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, aos das redes públicas; (vi) gestão democrática do ensino público; (vii) garantia de padrão de qualidade; e (viii) piso salarial profissional nacional para os profissionais da educação escolar pública.

18. Igualmente, a Constituição Federal brasileira dispõe que o dever do Estado com a educação será efetivado por meio da concretização das seguintes garantias: (i) educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; (ii) progressiva universalização do ensino médio gratuito; (iii) atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; (iv) educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade; (v) acesso aos níveis mais

⁸Ibidem, p. 784.



elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um; (vi) oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando; e (vii) atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde

19. Considerando os preceitos da Constituição Federal de 1988 para a educação, a Lei nº 9.394/1996, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, estabelece as diretrizes básicas da educação no Brasil. Em seu artigo 1º, a LDB define que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Em complemento, o artigo 2º dessa Lei estabelece que a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

20. A LDB também apresenta, em seu artigo 3º, os princípios base para a promoção do ensino no país, a saber: (i) igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; (ii) liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; (iii) pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas; (iv) respeito à liberdade e apreço à tolerância; (v) coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; (vi) gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; (vii) valorização do profissional da educação escolar; (viii) gestão democrática do ensino público, na forma da Lei e da legislação dos sistemas de ensino; (ix) garantia de padrão de qualidade; (x) valorização da experiência extra-escolar; (xi) vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais; e (xii) consideração com a diversidade étnico-racial.

21. Além disso, em conformidade com o texto constitucional, a LDB elenca, no artigo 4º, as medidas necessárias para que o Estado cumpra o seu dever de garantir educação escolar pública, quais sejam: (i) educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, organizada da seguinte forma: a) pré-escola; b) ensino fundamental; c) ensino médio; (ii) educação infantil gratuita às crianças de até 5 (cinco) anos de idade; (iii) atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino; (iv) acesso público e gratuito aos ensinos fundamental e médio para todos os que não os concluíram na idade própria; (v) acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um; (vi) oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando; (vii) oferta



de educação escolar regular para jovens e adultos, com características e modalidades adequadas às suas necessidades e disponibilidades, garantindo-se aos que forem trabalhadores as condições de acesso e permanência na escola; (viii) atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde; (ix) padrões mínimos de qualidade de ensino, definidos como a variedade e quantidade mínimas, por aluno, de insumos indispensáveis ao desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem; e (x) vaga na escola pública de educação infantil ou de ensino fundamental mais próxima de sua residência a toda criança a partir do dia em que completar 4 (quatro) anos de idade

22. Com base no disposto acima em atenção às orientações da OEA, o Estado brasileiro apresenta, no próximo item, seus indicadores relacionados à implementação do direito à educação no país, concluindo o informe sobre o primeiro agrupamento de direitos do Protocolo de San Salvador.

4.2. Informe brasileiro

Atributo	Tipo de indicador	Indicador	Resultado	Fonte	Ano mais recente	Método de cálculo	Link de acesso
Estrutura		1- Ratificação do Estado dos seguintes tratados internacionais que reconhecem o direito à educação:	Todos os tratados internacionais, fora seus protocolos facultativos, foram ratificados pelo Brasil.	-	-	-	-
		a. PIDESC e Protocolo Facultativo	Sim - PIDESC Não - Protocolo Facultativo	Decreto nº 591/1992	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm
		b. CEDAW e Protocolo Facultativo	Sim - CEDAW Sim - Protocolo Facultativo	Decreto nº 4.377/2002; Decreto nº 4.316/2002	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4316.htm
		c. CDN	Sim	Decreto nº 99.710/1990	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm
		d. CIEDR	Sim	Decreto nº 65.810/1969	-	-	http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=94836
		e. Convenção Relativa à Luta contra as Discriminações no Campo do Ensino	Sim	Decreto nº 63.223/1968	-	-	http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-63223-6-setembro-1968-404776-publicacaooriginal-1-pe.html
		f. Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência	Sim	Decreto nº 3.956/2001	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm
		g. Metas educativas 2021	As Metas para a Educação 2021 foram acordadas pelos Ministros da Educação, inclusive o do Brasil, na XVIII Conferência Ibero-americana de Educação, em 19 de maio de 2008.	-	-	-	-
		h. Declaração da XX Cumbre Iberoamericana (2010)	A XX Cúpula Ibero-americana de Chefes de Estado e de Governo ocorreu em Mar Del Plata, em 4 de dezembro de 2010, e contou com a participação de diversos países, inclusive o Brasil. O tema principal desta Cúpula foi “Educação para a inclusão social”. E um dos atos assinados na sua ocasião foi a Declaração da XX Cúpula Ibero-Americana ou Declaração de Mar Del Plata.	-	-	-	-
		2- Incorporação na Constituição Política (e/ou constituições estaduais ou municipais) do direito à educação	No Brasil, o direito à educação foi incorporado na Constituição Federal de 1988, e está previsto em seção específica “Da Educação” (arts. 205 a 214) e em outros dispositivos constitucionais (tais como: artigo 6º; artigo 22, XXIV; artigo 23, V; artigo 24, IX; artigo 30, VI; artigo 227; e arts. 60 e 61 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT). A Constituição celebra o princípio da igualdade ao dispor que a educação é direito de todos, ao mesmo tempo em que determina ser dever do Estado garanti-la e traz as formas como deve ser feito. Conforme o artigo 205, “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Por ser a lei máxima do ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição Federal serve de parâmetro para todas as outras espécies normativas. Deste modo, o direito à educação foi integrado e consta em todas as constituições estaduais.	Constituição Federal	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
		3- Legislação específica e/ou planos de desenvolvimento educativo que contemplem o direito à educação. Alcance e metas de cumprimento	O direito à educação é previsto e regulado também na Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (Lei nº 9.394/1996), no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/1990), e no Código Penal, que prevê as penalidades nos casos de violação deste Direito Humano e, ainda, no Plano Nacional de Educação - PNE, que prevê metas para a oferta de ensino, a serem cumpridas até 2024. O alcance da legislação em matéria educacional é nacional, devendo ser observada e cumprida por todos, sem distinção, assim como as metas do PNE que são gerais e destinadas a todos os entes federais.	Constituição Federal; LDB; ECA PNE	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm e http://pne.mec.gov.br

4- Obrigatoriedade escolar: faixas etárias e duração	O artigo 4º da LDB dispõe que é dever do Estado garantir “educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade”, incluindo a Pré-Escola, o Ensino Fundamental e Médio, além de “Educação Infantil gratuita às crianças de até 5 (cinco) anos de idade” e “acesso público e gratuito aos ensinos Fundamental e Médio para todos os que não os concluíram na idade própria”	LDB	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
5- Normas que regulam o direito à gratuidade escolar por nível de escolaridade	O artigo 206, IV, da Constituição Federal traz os princípios que norteiam a oferta do ensino no país, dentre eles o direito à gratuidade escolar; já o artigo 208 dispõe sobre como o direito à educação será efetivado. A LDB também traz dispositivos que regulam o direito à gratuidade escolar. Dentre os princípios elencados na LDB, artigo 3º, que dispõe sobre a oferta do ensino no país e como deve ser ministrado, encontra-se, no inciso VI, a “gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais”. O ECA também traz o direito à gratuidade escolar em seu artigo 53, V, que assegura à criança e ao adolescente o “acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência”.	Constituição Federal; LDB; ECA	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm
6- Características da cobertura: critérios de universalidade, ou de focalização ou por lógicas de subsídio à demanda em educação	O direito à educação no Brasil possui tanto caráter universal - a Constituição Federal determina que é um direito de todos - quanto de focalização, na medida em que são formuladas políticas públicas destinadas a atender grupos específicos, principalmente aqueles vulnerabilizados, visando progredir para a universalidade, fundamental em uma perspectiva de Direitos Humanos. Alguns exemplos de políticas públicas e programas focalizados, dentre outros do Ministério da Educação - MEC, são os seguintes: a) Programa de Acessibilidade na Educação Superior - Programa Incluir; propõe ações que garantem o acesso pleno de pessoas com deficiência às instituições federais de ensino superior - IFES. O Incluir tem como principal objetivo fomentar a criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas IFES, os quais respondem pela organização de ações institucionais que garantam a integração de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras comportamentais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicação. b) Programa Nacional de Educação do Campo - Pronacampo: visa prestar apoio técnico e financeiro na implantação de políticas de educação do campo, visando à ampliação e melhoria da qualidade de ensino, por meio de melhorias na infraestrutura, da formação de professores e da “disponibilização de material didático específico aos estudantes do campo e quilombola”. c) Programa Mulheres Mil; visa beneficiar mulheres vulnerabilizadas socialmente, ao “oferecer as bases de uma política social de inclusão e gênero”, incluindo o acesso à Educação Profissional (cursos profissionalizantes ofertados pela Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica), ao emprego e renda. d) Educação Escolar Indígena: Territórios Etnoeducacionais - TEEs; visa à formação inicial e continuada de docentes para o ensino nas comunidades indígenas, à elaboração e publicação de material didático específico, transporte escolar e construção de escolas, desenvolvimento de conteúdos e programas específicos e demais ações voltadas para a valorização da cultura dos povos indígenas. e) Educação Quilombola e o Programa de Ações Afirmativas para a População Negra nas Instituições Federais e Estaduais de Educação Superior - Uniafro: presta assistência financeira às instituições de ensino visando a formação continuada de professores da educação em áreas de remanescentes quilombolas, e a produção de material didático com conteúdos que promovam o estudo da História da África e da Cultura Afro-Brasileira	-	-	-	http://portal.mec.gov.br/programa-incluir http://pronacampo.mec.gov.br/ http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12299:programa-mulheres-mil-&catid=267:programa-mulheres-mil-&Itemid=602 http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12396&Itemid=684 http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12260&option=com_content&view=article
7- Número de organizações da sociedade civil que participam da promoção e proteção do direito à educação	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
1- Nível de desempenho dos estudantes de acordo com o sistema nacional de avaliação da educação	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB anos finais do ensino fundamental: 4,2 pontos (de um máximo de 10 pontos) IDEB ensino médio: 3,7 pontos (de um máximo de 10 pontos) Sistema de Avaliação da Educação Básica - SAEB: Matemática 4º/5ª série ensino fundamental - 211,2 pontos; Português 4º/5ª série ensino fundamental - 195,9 pontos; Matemática 8º/9ª série ensino fundamental - 249,6 pontos; Português 8º/9ª série ensino fundamental - 243,9 pontos; Matemática 3º ano ensino médio - 269,3 pontos; Português 3º ano ensino médio - 263,2 pontos. PISA: Matemática - 391 ponto (posição no ranking da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE: entre 57 e 60); Leitura: 410 pontos (posição 54/56 no ranking); Ciências - 405 pontos (posição 57/60 no ranking)	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP/MEC	2013/2012	-	http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=138#filtros http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=131#filtros http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pisa/resultados/2013/country_note_brazil_pisa_2012.pdf

Incorporação ao Direito	Processo	2- Taxa líquida de escolarização por sexo, grupos de idade, área geográfica, nível de ensino (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio), desagregada por sexo, quantidade de matrículas, etnia/raça, área urbana e rural)	Porcentagem de jovens de 6 a 14 anos matriculados no Ensino Fundamental - Taxa líquida de matrícula: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Ensino fundamental - Brancos: 98% Taxa líquida de matrícula - Ensino fundamental - Pardos/Pretos: 97,1%/97,5% Taxa líquida de matrícula - Ensino fundamental - Urbano: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Ensino fundamental - Rural: 97,2%	PNAD/IBGE Observatório do PNE	2014	$X/Y * 100$ X = Número de crianças de 6 a 14 anos matriculadas no Ensino Fundamental Y = Total de crianças de 6 a 14 anos $X/Y * 100$ X = Número de adolescentes 15 a 17 anos matriculadas no Ensino Fundamental Y = Total de adolescentes de 15 a 17 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
		3- Percentual de pessoas que não concluíram os estudos na idade própria nos níveis de ensino por sexo, etnia/raça e área geográfica	Taxa de distorção idade-série - Ensino Fundamental: 19,4% Ensino Fundamental - Feminino: 15,7% Ensino Fundamental - Masculino: 22,9% Ensino Fundamental - Brancos: 13,7% Ensino Fundamental - Negros: 23,3% Ensino Fundamental - Urbano: 17,5% Ensino Fundamental - Rural: 27,8% Taxa de distorção idade-série - Ensino Médio: 24,2% Ensino Médio - Feminino: 22,3% Ensino Médio - Masculino: 26,3% Ensino Médio - Brancos: 17,4% Ensino Médio - Negros: 29,4% Ensino Médio - Urbano: 23,0% Ensino Médio - Rural: 31,1%	PNAD/IBGE DISOC/IPEA	2014	Distorção idade-série: $(X/Y)*100$; Onde: X= Número de alunos com idade superior à recomendada para a etapa de análise Y= População total de alunos cursando a etapa analisada	http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html
		4- Número de dias letivos segundo a norma	Carga horária mínima anual de 800 (oitocentas) horas, distribuída por um mínimo de 200 (duzentos) dias de trabalho educacional na educação básica	LDB	2013	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm
		5- Cobertura de programas e ações concretas em todos os níveis educacionais para o acesso e permanência no sistema de ensino de setores vulnerabilizados, por situação de domicílio (urbana/rural)	O Brasil possui diversos programas que visam uma maior inserção social de pessoas com tendência a serem vitimizadas pela exclusão no acesso ao ensino, como: a Lei de Cotas, que focaliza as populações negra e indígena, bem como estudantes pertencentes a famílias de baixa renda; o Programa Incluir, que visa garantir e ampliar o acesso de pessoas com deficiência às instituições superiores de ensino; o Programa Mulheres Mil, que beneficia mulheres vulnerabilizadas socialmente; o Pronacampo, destinado a melhorias na qualidade da oferta do ensino para estudantes do campo e de comunidades quilombola; Educação em Prisons, que presta apoio financeiro e técnico para oferta de Educação de Jovens e Adultos - EJA em estabelecimentos prisionais, dentre outros.	MEC	-	-	http://portal.mec.gov.br/cotas/perguntas-frequentes.html ; http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=495&id=12257&option=com_content&view=article ; http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12299:programa-mulheres-mil-&catid=267:programa-mulheres-mil-&Itemid=602 ; http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18720&Itemid=817 ;
		6- Cobertura de programas destinados à educação infantil e à educação de jovens e adultos (EJA) por situação de domicílio (urbana/rural)	Educação Infantil: 7.960.073 EJA: 3.431.829	INEP/MEC	2015	-	http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse
		7- Pesquisas e/ou estudos sobre o grau de satisfação dos usuários/destinatários do sistema de ensino, considerando se o mesmo é acessível (cultural, geográfica ou economicamente) e se se adapta às necessidades da população	Foi efetuada pelo INEP, em 2005, a Pesquisa Nacional de Qualidade da Educação - A escola pública na opinião dos pais. Esse levantamento procura explorar qualitativamente a opinião de dez mil pais acerca de temas como a qualidade das escolas, os diretores escolares, os professores, as coordenações e orientações, funcionários da escola, os filhos, a violência, autoridade escolar, processos de avaliação e promoção, valorização do processo democrático na escola, greve dos professores, programas educacionais e as secretarias escolares.	-	2005	-	http://portal.inep.gov.br/rss_censo-escolar/-/asset_publisher/oV0H/content/id/19523 http://download.inep.gov.br/download/imprensa/2005/Saeb/pesquisa_nacional_qualidade_educacao.pdf

	8- Pesquisas e/ou estudos sobre o grau de satisfação e cobertura dos programas de ensino bilíngue e intercultural de ensino destinados a povos indígenas e afrodescendentes	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	1- Taxa de cobertura líquida da educação por nível de ensino (da educação infantil à EJA)	Taxa de atendimento para o Brasil: 93,6% Porcentagem de crianças de 6 a 14 anos na escola - Taxa de atendimento: 98,4% Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos na escola - Taxa de atendimento: 82,6%	PNAD/IBGE	2014	(X/Y)*100; Onde: X= População entre 4 e 17 anos que frequentam a escola Y= Total da população residente entre 4 e 17 anos	http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=9#filtrar http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
	2- Taxa de analfabetismo da população de 15 anos de idade, por sexo, etnia/raça, grupos de idade, área geográfica	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais: 8,3% Taxa de analfabetismo - Urbano: 6,3% Taxa de analfabetismo - Rural: 20,1% Taxa de analfabetismo - Brancos: 5% Taxa de analfabetismo - Pretos/Pardos: 11,2%/11,1% Taxa de analfabetismo - Feminino: 7,9% Taxa de analfabetismo - Masculino: 8,6%	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	(X/Y)*100; Onde: X= Número de pessoas de 15 anos ou mais que não saber ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem Y= População total residente desta faixa etária	http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais.html http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/9-alfabetizacao-educacao-jovens-adultos/dossie-localidades
	3- Porcentagem dos estudantes que começam na educação infantil e o ensino fundamental e chegam ao último ano do ensino fundamental (ODM)	Ensino Fundamental: Porcentagem de jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental: 73,7% Cor/Raça: Brancos - 82,9%; Pretos - 66,4%; Pardos - 67,8% Quartil de renda: 25% mais pobres - 62,7%; 25% a 50% - 75,6%; 50% a 75% - 85,9%; 25% mais ricos - 92,2% Sexo: Feminino - 79,8%; Masculino - 67,5% Ensino Médio: Porcentagem de jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio: 56,7% Cor/Raça: Brancos - 66,6%; Pretos - 46,9%; Pardos - 50,1% Quartil de renda: 25% mais pobres - 36,8%; 25% a 50% - 54,2%; 50% a 75% - 67,5%; 25% mais ricos - 84,9% Sexo: Feminino - 63%; Masculino - 50,6%	PNAD/IBGE	2014	* Ensino Fundamental: (X/Y)*100; Onde: X= Jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental Y= População Total residente de 16 anos *Ensino Médio: (X/Y)*100; Onde: X= Jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio Y= População total residente de 19 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
	4- Porcentagem de escolarização e de conclusão do ensino fundamental (educação primária) por sexo, raça/etnia e zona geográfica	Porcentagem de crianças de 6 a 14 anos matriculadas no Ensino Fundamental - Taxa líquida de matrícula: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Urbana: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Rural: 97,2% Taxa líquida de matrícula - Brancos: 98% Taxa líquida de matrícula - Pretos/Pardos: 97,5%/97,1% Porcentagem de jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental: 73,7% Conclusão - Urbano: 76,5% Conclusão - Rural: 59,7% Conclusão - Raça/cor: Brancos - 82,9% Conclusão - Raça/cor: Pretos/Pardos - 66,4% 67,8% Conclusão - Sexo: Feminino - 79,8%; Conclusão -Sexo: Masculino - 67,5%	PNAD/IBGE Observatório do PNE	2014	* Ensino Fundamental: (X/Y)*100; Onde: X= Jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental Y= População Total residente de 16 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades

Resultado	5- Porcentagem de escolarização e de conclusão do ensino médio (educación secundaria) por sexo, raça/etnia e zona geográfica	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos matriculados no Ensino Médio - Taxa líquida de matrícula: 61,4% Taxa líquida de matrícula - Urbana: 64% Taxa líquida de matrícula - Rural: 48,6% Taxa líquida de matrícula - Brancos: 70,7% Taxa líquida de matrícula - Pretos/Pardos: 55,5%/55,3% Taxa líquida de matrícula - Feminino: 67,3% Taxa líquida de matrícula - Masculino: 55,9% Porcentagem de jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio: 56,7% Cor/Raça: Brancos - 66,6%; Pretos - 46,9%; Pardos - 50,1% Sexo: Feminino - 63%; Masculino - 50,6%	PNAD/IBGE	2014	*Ensino Médio: $(X/Y)*100$; Onde: X= Jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio Y= População total residente de 19 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
	6- Porcentagem de crianças sem escolaridade	Porcentagem de crianças de 6 a 14 anos que não frequentavam a escola: 3,3%	Censo Demográfico/IBGE Todos Pela Educação	2010	$X/Y * 100$ X = Número de crianças de 6 a 14 anos que não frequentavam a escola Y = Total de crianças de 6 a 14 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades
	7- Porcentagem de adolescentes sem escolaridade	Porcentagem de adolescentes de 15 a 17 anos que não frequentavam a escola: 16,7%	Censo Demográfico/IBGE Todos Pela Educação	2010	$X/Y * 100$ X = Número de adolescentes 15 a 17 anos que não frequentavam a escola Y = Total de adolescentes de 15 a 17 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
	8- Número médio de anos de estudos por sexo, faixa etária (ensino regular e EJA), raça/etnia, áreas geográficas e quintil de renda	Média de Anos de Estudo das Pessoas de 15 anos ou mais de idade: 8,1 anos Média - Feminino: 8,3 Média - Masculino: 7,8 Média - Urbano: 8,5 Média - Rural: 5,4 Média - Brancos: 8,9 Média - Negros: 7,3 Média - 7 a 14 anos: 3,1 Média - 15 a 17 anos: 7,8 Média - 18 a 24 anos: 9,9	PNAD/IBGE DISOC/IPEA	2014	Média de Anos de Estudo das Pessoas de 15 anos ou mais de idade	http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html
	9- Taxa líquida de matrícula segundo nível de ensino, por sexo, idade, raça/etnia, áreas geográficas e quintil de renda	Porcentagem de crianças de 6 a 14 anos matriculadas no Ensino Fundamental - Taxa líquida de matrícula: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Urbana: 97,5% Taxa líquida de matrícula - Rural: 97,2% Taxa líquida de matrícula - Brancos: 98% Taxa líquida de matrícula - Pretos/Pardos: 97,5%/97,1% Taxa líquida de matrícula - 25% mais pobres: 96,8% Taxa líquida de matrícula - 25% a 50%: 97,7% Taxa líquida de matrícula - 50% a 75%: 98,4% Taxa líquida de matrícula - 25% mais ricos: 99,2% Porcentagem de adolescentes de 15 a 17 anos matriculados no Ensino Médio - Taxa líquida de matrícula: 61,4% Taxa líquida de matrícula - Urbana: 64% Taxa líquida de matrícula - Rural: 48,6% Taxa líquida de matrícula - Brancos: 70,7% Taxa líquida de matrícula - Pretos/Pardos: 55,5%/55,3% Taxa líquida de matrícula - Feminino: 67,3% Taxa líquida de matrícula - Masculino: 55,9% Taxa líquida de matrícula - 25% mais pobres: 50,5% Taxa líquida de matrícula - 25% a 50%: 62,1% Taxa líquida de matrícula - 50% a 75%: 74,5% Taxa líquida de matrícula - 25% mais ricos: 85,6%	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	$X/Y * 100$ X = Número de crianças de 6 a 14 anos matriculadas no Ensino Fundamental Y = Total de crianças de 6 a 14 anos $X/Y * 100$ X = Número de adolescentes 15 a 17 anos matriculadas no Ensino Fundamental Y = Total de adolescentes de 15 a 17 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades

		10- Taxa de conclusão do ensino fundamental e médio por sexo, idade, etnia/raça, área geográfica e quintos de rendimento	Ensino Fundamental: Porcentagem de jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental: 73,7% Cor/Raça: Brancos - 82,9%; Pretos - 66,4%; Pardos - 67,8% Quartil de renda: 25% mais pobres - 62,7%; 25% a 50% - 75,6%; 50% a 75% - 85,9%; 25% mais ricos - 92,2% Sexo: Feminino - 79,8%; Masculino - 67,5%	PNAD/IBGE	2014	* Ensino Fundamental: $(X/Y)*100$; Onde: X= Jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental Y= População Total residente de 16 anos *Ensino Médio: $(X/Y)*100$; Onde: X= Jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio Y= População total residente de 19 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
		11- Percentual de alunos com idade superior à prevista para formação (sobreadad) e taxa de evasão interanual no ensino fundamental	Taxa de distorção idade-série - Primeira etapa do Ensino Fundamental: 12,7% Taxa de distorção idade-série - Segunda etapa do Ensino Fundamental: 24,8% Evasão escolar para os anos finais do ensino fundamental: 3,5%	PNAD/IBGE DISOC/IPEA Censo Escolar/INEP	2014	Distorção idade-série: $(X/Y)*100$; Onde: X= Número de alunos com idade superior à recomendada para a etapa de análise Y= População total de alunos cursando a etapa analisada Evasão escolar: $P = [M(n) - Ig(n)] / [M(n-1) - Eg(n-1)]$, onde: P é o total de alunos que não evadiram, calculados da seguinte forma: M(n) é o total de matrículas em um período, Ig (n) é o total de novos ingressantes (no ano n), M (n-1) é o total de matrículas do período anterior a n, Eg (n-1) é o total de egressos do período anterior. Ev = 1-P, onde Ev é o índice de evasãoou abandono anual.	http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=81#filtros
		12- Percentual de alunos com idade superior à prevista para formação (sobreadad) e taxa de evasão interanual no ensino médio	Taxa de distorção idade-série - Ensino Médio: 24,2% Evasão escolar para o ensino médio: 7,6%	PNAD/IBGE DISOC/IPEA	2014	Distorção idade-série: $(X/Y)*100$; Onde: X= Número de alunos com idade superior à recomendada para a etapa de análise Y= População total de alunos cursando a etapa analisada Evasão escolar: $P = [M(n) - Ig(n)] / [M(n-1) - Eg(n-1)]$, onde: P é o total de alunos que não evadiram, calculados da seguinte forma: M(n) é o total de matrículas em um período, Ig (n) é o total de novos ingressantes (no ano n), M (n-1) é o total de matrículas do período anterior a n, Eg (n-1) é o total de egressos do período anterior. Ev = 1-P, onde Ev é o índice de evasãoou abandono anual.	http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=81#filtros

	Estrutura	1- Fontes de financiamento do setor da educação	Além de definir a educação como um direito de cidadania e estabelecer a responsabilidade de cada ente federado (União, Estados e Municípios) para que a oferta da educação básica seja garantida, a Constituição Federal de 1988, artigos 211 e 212, vincula um percentual de recursos específicos que cada ente governamental deve aplicar na Manutenção e Desenvolvimento do Ensino. O percentual de investimentos na educação deve ser, no mínimo, de 18% (dezoito por cento) pela União, enquanto os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem aplicar 25% (vinte e cinco por cento) de suas receitas derivadas de impostos e transferências, conforme determinado constitucionalmente, sendo que em alguns Estados e Municípios este percentual pode ser maior. Do total de recursos públicos aplicados, 20% (vinte por cento) correspondem ao salário-educação e 80% (oitenta por cento) são oriundos de tributos sendo que em alguns Estados e Municípios este percentual pode ser maior. Os recursos públicos para a Manutenção e Desenvolvimento do Ensino encontram-se vinculados constitucionalmente à receita de impostos. Como fonte de financiamento da Educação Básica, foi regulamentado, ainda, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - Fundeb, pela Lei nº 11.494/2007, e pelo Decreto nº 6.253/2007, com vigência prevista até o ano de 2020. Trata-se de um fundo especial, de natureza contábil e de âmbito estadual, formado, na quase totalidade, por recursos provenientes dos impostos e transferências dos estados, Distrito Federal e municípios, vinculados à educação por força do disposto no artigo 212 da Constituição Federal. Além desses recursos, ainda compõe o Fundeb, a título de complementação, uma parcela de recursos federais, sempre que, no âmbito de cada Estado, seu valor por aluno não alcançar o mínimo definido nacionalmente. Independentemente da origem, todo o recurso gerado é redistribuído para aplicação exclusiva na educação básica.	Constituição Federal de 1988, artigo 211 e artigo 212; Lei nº 11.494/2007; Decreto nº 6.253/2007 DOURADO, Luiz Fernandes et al. Conselho Escolar e o financiamento da educação no Brasil. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Básica, 2006. 92 p.	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6253.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11494.htm http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/cad%207.pdf
		2- Leis e medidas específicas que disponham sobre as formas de financiamento da gratuidade da educação obrigatória	O artigo 206, IV, da Constituição Federal traz os princípios que norteiam a oferta do ensino no país, dentre eles o direito à gratuidade escolar. Já o artigo 208 dispõe sobre como o direito a educação será efetivado. A LDB também traz dispositivos que regulam o direito à gratuidade escolar. Dentre os princípios elencados no seu artigo 3º, que dispõe sobre a oferta do ensino no país e como deve ser ministrado, se encontra, no inciso VI, a “gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais”. O ECA também traz o direito à gratuidade escolar em seu artigo 53, V, que assegura à criança e ao adolescente o “acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência”.	Constituição Federal, artigo 206 e artigo 208; LDB; ECA	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm
		3- Montante e extensão dos incentivos, dedução de impostos (incentivos fiscais) e subsídios para o setor privado da educação por nível de instrução	Os estabelecimentos de ensino sem fins lucrativos, beneficentes ou filantrópicos, do setor público ou privado, estão isentos da incidência de impostos sobre sua renda, patrimônio e serviços, apenas se cumpridos todos os requisitos do artigo 14 do Código Tributário Nacional - CTN (Lei nº 5.172/1966). Os estabelecimentos do setor privado, considerados sem fins lucrativos, têm imunidade aos seguintes impostos: Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU, Imposto Sobre Serviços - ISS, Imposto de Renda Pessoa Jurídica - IRPJ e Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - IPTR. E, ainda, o MEC, visando promover o acesso igualitário ao ensino e à expansão da oferta no ensino superior, criou o Programa Universidade para Todos - Prouni pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. O artigo 1º da Instrução Normativa Receita Federal do Brasil nº 456, de 5 de outubro de 2004, e o artigo 8º da Lei nº 11.096, regulam que as instituições privadas de ensino, com ou sem fins lucrativos que aderirem ao Prouni, ficarão isentas dos seguintes tributos até a data final do termo de adesão ao Programa: IRPJ, CSLL, Cofins e PIS. Além disso, para pessoas físicas, são dedutíveis os pagamentos de despesas com instrução do contribuinte e de seus dependentes relacionados na declaração, efetuados a estabelecimentos de ensino no limite de anual individual de R\$ 3.561,50, para o ano-calendário de 2015.	CTN ; Lei nº 11.096/2005; Instrução Normativa SRF nº 456/2004 Perguntas e Respostas - Imposto de Renda Pessoas Físicas 2015	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5172.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=15362 http://idg.receita.fazenda.gov.br/interface/cidadao/irpf/2016/perguntao/irpf2016perguntao.pdf
		1- Percentual do gasto público social destinado à educação	Percentual do Investimento Público Total em Educação, em todos os níveis de ensino, em Relação ao Gasto Público Social: 22,9%	Diretoria de Estatísticas Educacionais - DEED/INEP/MEC	2013	(X/Y)*100, Onde: X= Investimento total em educação Y= Gasto Público Social	http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores_financeiros-p.r_nivel_ensino.htm

Contexto Financeiro e Compromissos Orçamentários

Processo

2- Gasto público em educação por nível de ensino (educação infantil, educação básica e ensino superior)	Percentual do Investimento Público Total em Educação, por níveis de ensino, em Relação ao Gasto Público Social: Educação Básica - 18,8%; Educação Infantil - 2,4%; Ensino Fundamental (anos iniciais) - 6,3%; Ensino Fundamental (anos finais) - 5,8%; Ensino Médio - 4,2%; Educação Superior - 4,2%	DEED/INEP/MEC	2013	(X/Y)*100, Onde: X= Investimento total em educação, por níveis de ensino Y= Gasto Público Social	http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores_financeiros-p.r._nivel_ensino.htm
3- Percentual de gastos em P&D (pesquisa & desenvolvimento) na região em relação ao produto interno bruto (PIB)	Distribuição percentual dos dispêndios nacionais em pesquisa e desenvolvimento em relação ao PIB: 1,24%	Coordenação-Geral de Indicadores - CGIN/ASCAV/SEEXEC/MCTI	2013	(X/Y)*100, Onde: X=Gastos nacionais em P&D Y= PIB	http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/336625/Dispendios_nacionais_em_pesquisa_e_desenvolvime nto_P_D_em_relacao_ao_produto_interno_bruto_PIB_de_paises_selecionados.html
4- Gasto por aluno, por nível de ensino, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) per capita	Percentual do Investimento Público Direto em Educação por estudante em relação ao PIB per capita, por níveis de ensino: Educação Básica - 22,8%; Educação Infantil - 22,6%; Ensino Fundamental (anos iniciais) - 22,9%; Ensino Fundamental (anos finais) - 22,7%; Ensino Médio - 23%; Educação Superior - 88,9%; Todos os níveis de ensino - 25,8%	INEP/MEC	2013	(X/Y)*100, Onde: X= Investimento público direto em educação, por estudante Y= PIB per capita	http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores_financeiros-p.relacao_pib.htm
5- Gasto do setor privado com educação, como percentual Produto Interno Bruto (PIB)	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
6- Distribuição do gasto por jurisdição (estadual, local, provincial)	O artigo 212 da Constituição Federal determina o montante de recursos que deverá ser aplicado na educação e suas fontes de recursos. O percentual de investimentos na educação deve ser de, no mínimo, 18% pela União, e de 25% por parte dos Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo que este percentual pode variar. Outras fontes de financiamento da Educação são o salário educação e o Fundeb. O salário educação é uma contribuição social, prevista no artigo 212, § 5º da Constituição Federal e regulamentada pelas Leis nº 9.424/96, 9.766/98, Decreto nº 6003/2006 e Lei nº 11.457/2007, e serve como fonte adicional de financiamento da Educação Básica, podendo também ser aplicada na Educação Especial, quando vinculada à Educação Básica. O Fundeb, regulamentado pela Lei nº 11.494/2007 e pelo Decreto nº 6.253/2007, foi criado em substituição ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), é um fundo especial, de natureza contábil e de âmbito estadual. Ele é composto por recursos provenientes dos impostos e transferências dos estados, Distrito Federal e municípios, vinculados à educação por força do disposto no artigo 212 da Constituição Federal. As despesas e receitas, ou seja, os recursos destinados à educação, são fixadas na LOA, elaborada pelo Poder Executivo, visando concretizar as metas e objetivos propostos no Plano Plurianual - PPA segundo as diretrizes da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO. De acordo com o Portal da Transparência, no decorrer do ano de 2016 a execução das despesas do Governo Federal na área de educação foi de R\$ 49.750.618.837,28 - o que representa uma porcentagem de 5,48% do total de recursos executados pelo Governo Federal em âmbito nacional (R\$ 907.015.624.327,17). Entretanto, considerando o total de investimentos em educação em relação ao gasto público social, em 2013, a estimativa oficial é 22,9% (INEP/MEC).	Portal da Transparência: Transferência de Recursos por Ação de Governo Constituição Federal, artigo 212; Lei nº 9.424/96; Lei nº 9.766/98; Decreto nº 6003/2006; Lei nº 11.457/2007; Decreto nº 6.253/2007 INEP/MEC	-	-	http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores_financeiros-p.r._nivel_ensino.htm http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaTRProgramaPesquisaPrograma.asp?Exercicio=2016&Pagina=6 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9424.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9766.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6253.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11457.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D6003.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11494.htm
7- Percentual de docentes sem formação adequada para o nível de ensino em que atua	Porcentagem de professores da Educação Básica sem curso superior: 23,8% Proporção de professores que não possuem formação superior compatível com a área de conhecimento que leciona, por níveis de ensino: Anos finais do Ensino Fundamental - 50,9%; Ensino Médio - 40,8%	Censo Escolar/DEED/INEP	2014	(X/Y)*100, Onde: X= Professor sem formação no ensino superior Y= Total de funções docentes	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/15-formacao-professores/indicadores

		8- Avanços específicos no cumprimento da gratuidade, universalidade e obrigatoriedade das metas educativas dos estados	O dever do Estado em garantir a obrigatoriedade, a universalidade e a gratuidade da oferta do ensino no país é determinado pela Constituição Federal em seu artigo 208. O artigo 4º da LDB também afirma que é dever do Estado garantir Educação Básica obrigatória e gratuita dos quatro aos dezessete anos de idade. O artigo 54 do ECA dispõe que é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente o "Ensino Fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria". A obrigatoriedade escolar é um dever tanto do Estado quanto dos pais ou responsáveis. A obrigação de matricular os filhos é regulada no artigo 129, inciso V do ECA. E, ainda, caso os pais ou responsáveis não matriculem seus filhos no Ensino Fundamental a partir dos 6 anos de idade, estarão sujeitos a ser processados pelo crime de abandono intelectual, disposto no artigo 246 do Código Penal, que prevê detenção de 15 (quinze) dias a um mês, ou multa, àquele(s) que deixar(em) de prover a instrução primária de filho em idade escolar sem justa causa. A respeito da universalidade do ensino, o Plano Nacional de Educação elenca, na meta 1, a ampliação da oferta de Educação Infantil; meta 2, Universalizar o Ensino Fundamental; meta 3, Universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e elevar, até 2024, a taxa líquida de matrículas no Ensino Médio; meta 4 - Universalizar, para a população de 4 a 17 anos, o atendimento escolar aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na rede regular de ensino.	Constituição Federal, artigo 208; Lei nº 9.394/1996; Lei nº 8.069/1990; Decreto-Lei nº 2.848/1940, Código Penal Brasileiro; PNE	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm http://pne.mec.gov.br/planos-de-educacao
	Resultado	1- Quantidade de alunos por turma, por docente, conforme nível de ensino	Número médio de alunos por turma da Educação Básica, por níveis de ensino: Educação Infantil - 16,7 Ensino Fundamental - 23,2 Ensino Médio - 30,7	CSI/DEED/INEP/MEC	2014	(X/Y)*100, Onde: X= Total de matrículas Y= Total de turmas informadas no Censo Escolar, por série, grupo de séries ou nível de ensino.	http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais
		2- Percentual médio gasto com educação por quintos de rendimento	Percentual da despesa monetária e não monetária média familiar mensal com educação, por classes de rendimento: Total - 2,5% Até 830 Reais - 0,9% Mais de 830 a 1.245 Reais - 1,2% Mais de 1.245 a 2.490 Reais - 1,6% Mais de 2.490 a 4.150 Reais - 2,4% Mais de 4.150 a 6.225 Reais - 3,0% Mais de 6.225 a 10.375 Reais - 4,0% Mais de 10.375 Reais - 2,9%	POF/IBGE	2008	(X/Y)*100, Onde: X= Total da despesa média familiar mensal com educação, por classes de rendimento Y= Total médio familiar mensal de despesas monetárias e não monetárias	http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1594&z=p&o=14&i=P
		1- Percentual de escolas que participam de programas de avaliação de conteúdos e qualidade da educação	O Brasil possui diversos mecanismos de avaliação: SAEB, Exame Nacional de Desempenho do Ensino Superior - ENEM, Exame Nacional de Desempenho do Ensino Superior - Enade, Exame Nacional de Certificação de Jovens e Adultos - Encceja, Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior - Sinaes, Programme for International Student Assessment - Pisa, Índice Geral de Cursos - IGC e IDEB. O Saeb, também chamado de Prova Brasil, tem como objetivo avaliar a qualidade do ensino ministrado nas escolas das redes públicas, produzindo informações sobre os níveis de aprendizagem em Língua Portuguesa (Leitura) e em Matemática e fornecendo resultados para cada unidade escolar participante. As médias de desempenho nas avaliações do SAEB e Prova Brasil aliados aos dados sobre fluxo escolar obtidos pelo Censo Escolar, compõem o IDEB, que aufer a qualidade da educação. Já o ENEM é uma prova elaborada pelo MEC para verificar o domínio de habilidades e competências dos estudantes que concluíram o ensino médio contemplando os temas de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias, Redação e Matemática e suas Tecnologias. O ENADE avalia o rendimento dos alunos dos cursos de graduação, ingressantes e concluintes, em relação aos conteúdos programáticos dos cursos em que estão matriculados sendo obrigatório para os alunos selecionados e condição indispensável para a emissão do histórico escolar. Os resultados do ENADE compõem o IGC, uma medida usada para avaliar cursos de graduação e pós graduação em	INEP/MEC	-	-	http://portal.inep.gov.br/

Capacidade Estatal	Estrutura	instituições de ensino superior públicas e privadas. O Enceja residentes no Brasil e no exterior é um exame para aferição de de competências, habilidades e saberes adquiridos no processo escolar ou nos processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, no trabalho, entre outros. No Brasil, o Enceja visa a certificação do ensino fundamental, pois a do ensino médio é realizada por meio dos resultados do ENEM - ambos de participação voluntária. Outro mecanismo, o Sinaes, avalia aspectos relativos a três eixos: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. As informações obtidas pelo Sinaes são utilizadas pelas Instituições de Ensino Superior, para orientação de sua eficácia institucional e efetividade acadêmica e social; pelos órgãos governamentais para orientar políticas públicas. O Pisa é uma iniciativa de avaliação comparada, aplicada a estudantes na faixa dos 15 anos, idade em que se pressupõe o término da escolaridade básica obrigatória na maioria dos países. É desenvolvido pela OCDE.				
	2- Participação do setor público na matrícula por nível educativo (desde a primeira infância a educação superior)	Percentual de matrículas no Ensino Regular Público: 81% Ensino Infantil: 70% Ensino Fundamental: 84% Ensino Médio: 87% Ensino Superior Presencial: 29%	DEED/INEP/MEC	Ensino Básico: 2014 Ensino Superior: 2012	X/Y * 100 X = Matrículas no Ensino Regular Público, por etapa de ensino Y = Total de matrículas, por etapa de ensino	http://portal.inep.gov.br/inepdata
	3- Características, montante e gestão de assistência técnica e financeira internacional na área da educação	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	Processo	1- Oferta de estabelecimentos públicos de ensino de acordo com os níveis: educação infantil, educação básica – ensino fundamental e médio, ensino superior e educação de jovens e adultos (eja). Número de estabelecimentos e número de vagas	DEED/INEP/MEC	Ensino Básico: 2014 Ensino Superior: 2012	-	http://portal.inep.gov.br/inepdata
		2- Percentual de estabelecimentos de ensino (em todos os níveis, incluindo o ensino superior) com bibliotecas de acordo com a quantidade de livros	Censo Escolar/DEED/INEP	Ensino Básico: 2013 Ensino Superior: 2011	X/Y*100 X = Total de matrículas em Estabelecimentos de Ensino que possuem Biblioteca Y = Total de matrículas	http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2013.pdf
		3- Taxa de crescimento anual das taxas específicas de escolarização por faixas etárias	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	X/Y*100 X = Crianças e adolescentes matriculados na escola Y = Total de crianças e adolescentes	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/2-ensino-fundamental/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades
		4- Existência de planos com metas específicas de expansão do acesso ao ensino médio quando o mesmo não é obrigatório	PNE	2014	-	http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16478&Itemid=1107
	1- Escolaridade média da população, por anos de escolaridade e separados por sexo	Escolaridade Média da população de 18 a 29 anos: 10 anos Feminino: 10,3 anos Masculino: 9,6 anos	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	Número médio de anos de estudo da população de 18 a 29 anos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/8-escolaridade-media/indicadores#escolaridade-media-da-populacao-de-18-a-29-anos-brasil

Resultado	2- Percentual de crianças de 0 a 6 anos que participam de programas educativos	Porcentagem de crianças de 0 a 3 anos na Educação Infantil: 29,6% Porcentagem de crianças de 4 e 5 anos na Educação Infantil: 89,1% OBS: No Brasil o Ensino Infantil compreende o período de zero a cinco anos de idade, sendo a idade de seis anos correspondente ao primeiro ano do Ensino Fundamental.	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	$X/Y \times 100$ X = Crianças que frequentam a educação infantil, por faixa etária Y = Total de crianças na referida faixa etária	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/1-educacao-infantil
	3- Percentual de pesquisadores em tempo integral, por sexo e área geográfica	Distribuição percentual de pesquisadores em equivalência de tempo integral, por setores institucionais: Ensino Superior - 67,8%; Empresas privadas - 25,9%; Governo - 5,5%	CGIN/ASCAV/SEEXEC/MCTI	2013	-	http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/338912.html
	4- Percentual de escolas e docentes que participam de programas de formação continuada e de inovação educacional	Porcentagem de professores da educação básica com Pós-Graduação: 31,4% Porcentagem de docências dos anos finais do ensino fundamental com professores que possuem formação superior compatível com a área de conhecimento que lecionam: 49,1% Porcentagem de docências do Ensino Médio com professores que possuem formação superior compatível com a área de conhecimento que lecionam: 59,2%	Censo Escolar/DEED/INEP Todos Pela Educação	2014	$X/Y \times 100$ X = Docências com professores que possuem formação superior compatível com a área de conhecimento que lecionam, por nível de ensino Y = Total de docências	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/15-formacao-professores/indicadores
	5- Percentual de jovens e adultos que participam de programas de formação e capacitação contínua presencial e a distância, por sexo e área geográfica	Matrículas na Educação de Jovens e Adultos na Rede Pública: 3.623.912 Porcentagem de matrículas de Educação de Jovens e Adultos no Ensino Médio, integradas à Educação Profissional: 3,3% Porcentagem de matrículas na Educação Superior em relação à população de 18 a 24 anos: Feminino - 39%; Masculino - 29,4%	Censo Escolar/DEED/INEP Todos Pela Educação	2014	$X/Y \times 100$ X = Matrículas de Educação de Jovens e Adultos no Ensino Médio, integradas à Educação Profissional Y = Total de Matrículas de Educação de Jovens e Adultos no Ensino Médio	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/10-eja-integrada-a-educacao-profissional/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/14-pos-graduacao/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/12-ensino-superior
	6- Percentual de jovens procedentes da educação profissional técnica que ingressam no mercado de trabalho ao finalizar seus estudos em postos relacionados com sua formação, por sexo e área geográfica	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	1- Existência de marcos legais e políticas que garantam a não	O direito à educação sem discriminação é garantido na Constituição Federal, LDB, ECA, Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 10.048/2000, Lei nº 10.098/2000, dentre outros dispositivos legais. Já as políticas e programas neste sentido estão a cargo do MEC, e suas informações estão disponíveis para consulta no site do Ministério. Como exemplo, é possível citar: a) Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola dos Beneficiários do Benefício da Prestação Continuada da Assistência Social (Programa BPC na Escola): visa “monitorar o acesso e permanência na escola [comum do ensino regular] dos Beneficiários do BPC com deficiência, na faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos, por meio de ações articuladas, entre as áreas da Educação, Assistência Social, Direitos Humanos e Saúde”; b) Programa Nacional do Livro Didático para a Alfabetização de Jovens e Adultos, Educação em Prisões: tem como objetivo disponibilizar livros didáticos aos alfabetizando e estudantes jovens, adultos e idosos das entidades parceiras do Programa Brasil Alfabetizado, das escolas públicas com turmas de alfabetização e de ensino fundamental e médio na modalidade EJA;	Constituição Federal; LDB; Lei nº 8.069/1990; Lei nº 12.288/2010; Lei	-	-	http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17452 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17428 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17428

	discriminação na educação e uma educação não discriminatória	c) Programa de Formação Continuada de Professores em Educação para o Ensino da História e Cultura Afro-brasileira e Africana e para Educação Quilombola: tem como objetivo apoiar a formação continuada de professores para a implementação da Lei 10.639/03 e para a educação quilombola em parceria com IPES; d) Programa Escola Acessível: tem como objetivo promover condições de acessibilidade ao ambiente físico, aos recursos didáticos e pedagógicos e à comunicação e informação nas escolas públicas de ensino regular; e e) Programa de Formação Continuada de Professores e Gestores nas temáticas de Educação em Direitos Humanos e Educação Ambiental: tem como objetivo apoiar a formação continuada de profissionais da rede pública de educação, inserindo a educação ambiental e a educação em direitos humanos nas práticas pedagógicas e no cotidiano das salas de aula, de forma a potencializar a função da educação nas mudanças culturais e sociais voltadas à construção da sustentabilidade socioambiental e proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para promover, defender e aplicar os Direitos Humanos na vida cotidiana.	nº 13.146/2015; Lei nº 10.048/2000; Lei nº 10.098/2000	-	-	http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17447 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17458 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17432
Estrutura	2- Lei de reconhecimento da educação bilíngue e intercultural	A educação bilíngue e intercultural é reconhecida pela legislação no artigo 78 da LDB, que determina sua oferta aos povos indígenas, e na Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e garante sua difusão e uso no ambiente escolar, além de outros dispositivos legais.	LDB	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm
	3- Inclusão do enfoque de gênero, de direitos humanos e de cultura de povos indígenas e afrodescendentes nos conteúdos básicos comuns	A obrigatoriedade da inclusão do enfoque de gênero, da cultura afro-brasileira e indígena e de Direitos Humanos nos conteúdos curriculares comuns é determinada pela legislação no artigo 26-A da LDB, no artigo 9º, inciso I, alínea "d" e no artigo 10, inciso II, da Resolução nº 2, de 30 de janeiro de 2012, do Conselho Nacional de Educação - CNE. Os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN também trazem referência ao debate sobre pluralidade cultural, ao reconhecimento e a valorização da diversidade cultural brasileira e das formas de perceber e expressar a realidade própria dos gêneros, das etnias e das muitas regiões e grupos sociais do País.	LDB Resolução CNE Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN: Ensino Fundamental e Ensino Médio.	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm http://pactoensinomedio.mec.gov.br/images/pdf/resolucao_ceb_002_30012012.pdf http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/blegais.pdf http://basenacionalcomum.mec.gov.br/#/site/base/oque
	4- Inclusão da educação sexual obrigatória nos diferentes níveis de ensino	Nos PCNs é proposto o tema Orientação Sexual, com sugestão de se trabalhar o tema da educação sexual em conjunto com as disciplinas da grade curricular normal, sempre que possível, porém sem obrigatoriedade.	PCN	-	-	http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf
	5- Normas para a inclusão de crianças e adolescentes com necessidades especiais ou excepcionais	O direito à educação sem discriminação é garantido na Constituição Federal, LDB, ECA, EIR, Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde (Lei nº 7.853/1989); Lei nº 10.048/2000, Lei nº 10.098/2000, dentre outros dispositivos legais. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 27, estabelece que a educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem. Já o artigo 28, inciso I, assegura o direito ao acesso a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis e modalidades, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida	Constituição Federal; LDB; Lei nº 8.069/1990; Lei nº 12.288/2010; Lei nº 13.146/2015; Lei nº 7.853/1989; Lei nº 10.048/2000; Lei nº 10.098/2000	-	-	-
	1- Percentual de famílias com dificuldades socioeconômicas que recebem apoio para garantir a presença habitual de seus filhos nas escolas	Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF: 13.805.497	MDS	2016		http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro_ds.php?p_id=293
	2- Percentual de bolsas de estudo para alunos de todos os níveis de ensino	Bolsas do ProUni Integrais (2005 - 2014): 1.049.645 Bolsas ProUni Parciais (2005 - 2014): 447.580	SISprouni	2014	-	http://prouniportal.mec.gov.br/dados-e-estatisticas
	3- Percentual de educadores que têm o título específico de formação inicial	Porcentagem de professores da Educação Básica com Ensino Superior em Licenciatura: 67,9% Porcentagem de professores da Educação Básica com Ensino Superior: 76,2%	Censo Escolar/DEED/INEP Todos Pela Educação	2014	X/Y * 100 X = Professores da Educação Básica com Ensino Superior Y = professores da Educação Básica	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/15-formacao-professores/indicadores

Igualdade e Não Discriminação

Processo	4- Percentual de matrículas no ensino fundamental, em turno integral, por tipo de escola (pública ou privada)	Porcentagem de matrículas na rede pública em tempo integral no Ensino Fundamental: 18,2% Porcentagem de matrículas na rede privada em tempo integral no Ensino Fundamental: 2,4%	Censo Escolar/DEED/INEP Todos Pela Educação	2014	X/Y * 100 X = Matrículas em tempo integral no Ensino Fundamental, por rede de ensino Y = Matrículas no Ensino Fundamental, por rede de ensino	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/6-educacao-integral/dossie-localidades
	5- Tempo semanal dedicado às disciplinas arte e educação física nas escolas por nível de ensino	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	6- Quantidade de computadores na escola por aluno para tarefas de aprendizagem	Porcentagem de escolas da Educação Básica com computador disponível para os alunos: 54% Número de alunos por computador nas escolas de Educação Básica: 29,8	Censo Escolar/DEED/INEP Todos Pela Educação	2013/2014	X/Y * 100 X = Escolas da Educação Básica com computador disponível para os alunos Y = Escolas da Educação Básica X/Y X = Número de Computadores Y = Número de alunos	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/7-aprendizado-adequado-fluxo-adequado/dossie-localidades
	7- Existência de programas, alcance e cobertura da sustentabilidade da aprendizagem da cultura escrita	-	-	-	-	-
	8- Frequência e resultados da atualização dos conteúdos básicos da educação que incorporem o enfoque de gênero, étnico, de direitos humanos e cidadania nos currículos das diferentes etapas de ensino	A inclusão dos enfoques de gênero, étnico, de Direitos Humanos e cidadania nos currículos básicos dos diversos níveis de ensino é obrigatória conforme a legislação brasileira. A inclusão do enfoque étnico nos currículos é regulada pelo artigo 26-A da LDB, que determina que “nos estabelecimentos de Ensino Fundamental e de Ensino Médio, públicos e privados, torna-se obrigatório o estudo da história e cultura afro-brasileira e indígena”. Também o artigo 9º, “d” da Resolução nº 2, de 30 de janeiro de 2012, do CNE determina que o estudo da História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena deve ser um componente obrigatório dos conteúdos programáticos, enquanto o inciso II do artigo torna obrigatória a inserção da disciplina Educação em Direitos Humanos nos conteúdos básicos comuns Os PCNs também trazem referência ao debate sobre pluralidade cultural, ao reconhecimento e a valorização da diversidade cultural brasileira e das formas de perceber e expressar a realidade própria dos gêneros, das etnias e das muitas regiões e grupos sociais do País. Encontra-se em discussão atualmente, no âmbito do MEC, a Base Nacional Comum Curricular - BNCC (http://basenacionalcomum.mec.gov.br/#/site/inicio), com maior detalhamento de conteúdos.	LDB; Resolução CNE	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm http://pactoensinomedio.mec.gov.br/images/pdf/resolucao_ceb_002_30012012.pdf http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15547-diretrizes-curriculares-nacionais-2013-pdf-1&Itemid=30192 http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf http://portal.mec.gov.br/par/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12657-parametros-curriculares-nacionais-5o-a-8o-series http://portal.mec.gov.br/par/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12640-parametros-curriculares-nacionais-1o-a-4o-series http://basenacionalcomum.mec.gov.br/#/site/inicio
	1- Relação entre o número de meninas e meninos por nível de escolaridade, etnia/raça e área geográfica	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	2- Relação entre as taxas de alfabetização de mulheres e homens de 15 a 24 anos de idade	Taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais: 91,7% Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade: Feminino - 7,9%; Masculino - 8,6%	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	-	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/9-alfabetizacao-educacao-jovens-adultos/indicadores http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais.html
	3- Percentual de crianças e adolescentes pertencentes a etnias, população indígena, afrodescendente e população rural escolarizados na educação infantil, ensino fundamental e ensino médio	Porcentagem de adolescentes de 16 anos que concluíram o Ensino Fundamental: 73,7% Ensino Fundamental - Urbano: 76,5% Ensino Fundamental - Rural: 59,7% Ensino Fundamental - Brancos: 82,9% Ensino Fundamental - Pardos/Pretos: 67,8%/66,4% Porcentagem de jovens de 19 anos que concluíram o Ensino Médio 56,7% Ensino Médio - Urbano: 59,7% Ensino Médio - Rural: 37,9% Ensino Médio - Brancos: 66,6% Ensino Médio - Pardos/Pretos: 50,1%/46,9%	PNAD/IBGE Todos Pela Educação	2014	X/Y*100 X = Jovens de 16 anos que concluíram o Ensino Fundamental ou Jovens de 19 anos que concluíram o Ensino Médio Y = Total de adolescentes e jovens na faixa etária considerada.	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/3-ensino-medio/dossie-localidades

Resultado	4- Percentual de alunos pertencentes a etnias, população indígena e afrodescendente, estudantes na educação profissional e tecnológica (ept) e no ensino superior	Número de matrículas na Educação Profissional de nível médio na Educação Indígena: 1.669. Número de matrículas na Educação Profissional de nível médio em áreas remanescentes de quilombolas: 836. Pessoas com 20 anos ou mais com nível superior incompleto ou completo: 48.460.243 Pessoas com 20 anos ou mais com nível superior incompleto ou completo - Indígenas: 88.127 Pessoas com 20 anos ou mais com nível superior incompleto ou completo - Negras: 18.948.717 Porcentagem de matrículas na Educação Superior em relação à população de 18 a 24 anos: Brancos - 46,1%; Pretos - 27,1%; Pardos - 24,8%	Censo Escolar/DEED/INEP/MEC Observatório do PNE Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA/IBGE	2012/ 2010	-	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/11-educacao-profissional/dossie-localidades http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/12-ensino-superior/dossie-localidades http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=3540&z=cd&o=16&i=P
	5- Percentual de alunos com necessidades educacionais especiais matriculados no sistema regular de ensino	Porcentagem de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em classes comuns: 78,8%. Porcentagem da população com dificuldade permanente de enxergar, ouvir, caminhar ou deficiência mental/intelectual permanente com 4 a 17 anos de idade que está na escola: 90%.	Censo Escolar/DEED/INEP/MEC Todos Pela Educação Censo Demográfico/IBGE	2014	X/Y*100 X = Matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em classes comuns; Y = Total de matrículas de alunos com deficiência.	http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/4-educacao-especial-inclusiva/indicadores
	6- Percentual de alunos que fazem parte dos povos indígenas e que recebem educação bilíngue, por nível de ensino	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
	7- Nível máximo de ensino alcançado por crianças e adolescentes pertencentes a povos indígenas e afrodescendentes, por sexo e situação de domicílio (urbano/rural)	Pessoas negras de 10 a 17 anos - Sem instrução e fundamental incompleto - Homens: 6.488.624 Pessoas negras de 10 a 17 anos - Sem instrução e fundamental incompleto - Mulheres: 5.744.999 Pessoas negras de 10 a 17 anos - Fundamental completo e médio incompleto - Homens: 1.279.391 Pessoas negras de 10 a 17 anos - Fundamental completo e médio incompleto - Mulheres: 1.600.940 Pessoas negras de 10 a 17 anos - Médio completo e superior incompleto - Homens: 90.570 Pessoas negras de 10 a 17 anos - Médio completo e superior incompleto - Mulheres: 127.609 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Sem instrução e fundamental incompleto - Homens: 66.357 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Sem instrução e fundamental incompleto - Mulheres: 63.565 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Fundamental completo e médio incompleto - Homens: 6.316 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Fundamental completo e médio incompleto - Mulheres: 8.199 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Médio completo e superior incompleto - Homens: 491 Pessoas indígenas de 10 a 17 anos - Médio completo e superior incompleto - Mulheres: 473	Censo Demográfico/SIDRA/IBGE	2010	-	Tabela 3540 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por nível de instrução, segundo a situação do domicílio, o sexo, a cor ou raça e os grupos de idade http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3540&z=cd&o=16
	1- Características, cobertura (territorial e temática), orçamento e jurisdição do sistema estatístico em matéria educacional	O sistema estatístico em matéria educacional provê dados concretos para a formulação de programas sociais e políticas públicas, disponibilizando informações atualizadas a respeito da situação da educação no país e auxiliando, ainda, na tomada de decisões em nível governamental. Os dados, indicadores, pesquisas e resultados em matéria educacional são disponibilizados pelo INEP, pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE e pelo IBGE em seus sistemas de informações e estatísticos, que podem ser consultados via Internet nos respectivos sites. Sobre o Inep, a previsão de receita orçamentária em 2016 para órgão é de R\$ 161.488.618,00. O instituto faz parte do MEC, e a previsão orçamentária representa 1% do total destinado ao MEC (R\$ 83.471.511.458,00). Já para o FNDE, que também faz parte da estrutura do MEC, a previsão de orçamento é de 23.656.637.468,00. O IBGE está ligado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), e possui previsão de receita orçamentária no valor de R\$ 6.190.398,00 dos R\$ 266.661.933,00 destinados ao MPOG.	Portal da Transparência: Receitas do Governo Federal por Unidades Gestoras em 2016	2016	-	http://www.portaldatransparencia.gov.br/receitas/consulta.asp?Exercicio=2016 , http://inep.gov.br , http://www.fnde.gov.br , e http://www.ibge.gov.br/home

Acesso à Informação Pública e Participação	Estrutura	2- Características, cobertura e periodicidade de campanhas de difusão do direito à educação	As campanhas de difusão do direito à educação são importantes instâncias na promoção e defesa do direito a uma educação igualitária e à ampliação universal de seu acesso. Atualmente, existe em âmbito nacional a Campanha Nacional pelo direito à educação, formada a partir da iniciativa de organizações da sociedade civil, e a Campanha Global pela Educação - CGE, constituída por uma “coligação internacional de organizações não governamentais, sindicatos, instituições escolares e movimentos sociais de todos os tipos” que faz interface com o Governo Federal na construção, avaliação e monitoramento das políticas públicas em matéria de educação. Uma das ações de maior profusão é a Semana de Ação Mundial, que foi realizada nos meses de maio e junho de 2016. No âmbito do Governo Federal, as campanhas do direito à educação são incorporadas aos programas e ações para promoção deste direito, previstos no PPA. Na educação básica, por exemplo, as ações foram direcionadas à alimentação e transporte escolar, alfabetização de jovens e adultos, implantação de escolas para educação infantil, entre outras mais.	Secretaria de Educação Básica - SEB/MEC Semana de Ação Mundial	-	-	http://www.campanhaeducacao.org.br/?pg=Institucional http://www.educacaoparatodos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=3 http://semanadeacaomundial.org/2016/o-que-e-sam/ http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-basica/programas-e-acoes
		3- Características, cobertura e periodicidade de campanhas de difusão para a erradicação do analfabetismo	O MEC opera o Programa Brasil Alfabetizado, cujo objetivo é promover a superação do analfabetismo entre jovens com 15 anos ou mais, adultos e idosos e contribuir para a universalização do ensino fundamental no Brasil. Está vigente, ainda, o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa, um compromisso assumido em âmbito governamental que estabelece a alfabetização como uma das prioridades nacionais.	-	-	-	http://portal.mec.gov.br/par/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/17457-programa-brasil-alfabetizado-novo http://pacto.mec.gov.br/component/content/article/2-uncategorised/53-entendendo-o-pacto
	Processo	1- Mecanismos estabelecidos para a difusão e acesso às bases de dados e estatísticas sobre a educação	As informações e estatísticas sobre Educação podem ser encontradas em diversas bases de dados e em variados formatos, de acordo com o que for estabelecido por cada agente responsável por sua publicação e com o público ao qual se destinam. As principais bases de dados e estatísticas sobre educação são disponibilizadas pelo INEP e IBGE, podendo ser acessadas a partir de seus respectivos sites e diretórios ftp, nos quais constam resultados do Censo Escolar, Educacenso, Censo Demográfico, Censo da Educação Superior e demais Censos Especiais, da PNAD e POF, além de pastas, tabelas, microdados e demais documentos disponibilizados para consulta pública por parte destes órgãos.	-	-	-	www.inep.gov.br e www.ibge.gov.br
		2- Mecanismos estabelecidos para a difusão de resultados sobre a qualidade do ensino e cumprimento de metas na educação	O órgão responsável pelas estatísticas educacionais no Brasil é o INEP. O INEP é uma autarquia federal vinculada ao MEC, cuja missão é promover estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro com o objetivo de subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional a partir de parâmetros de qualidade e equidade, bem como produzir informações claras e confiáveis aos gestores, pesquisadores, educadores e público em geral. Os resultados das avaliações efetuadas pelo INEP são divulgados em seu site na Internet (Saeb: http://portal.inep.gov.br/web/saeb/aneb-e-anresc , ENADE: http://portal.inep.gov.br/enade , Avaliação dos Cursos de Graduação: http://portal.inep.gov.br/superior-condicoesdeensino , Sinaes: http://portal.inep.gov.br/superior-sinaes)	INEP/MEC	2016	-	http://portal.inep.gov.br/conheca-o-inep http://www.publicacoes.inep.gov.br http://www.portaldatransparencia.gov.br/receitas/consulta.asp?idHierarquiaOrganizacao=153939&idHierarquiaDetalhe=0&idDirecao=0&idHierarquiaOrganizacao=0=1&idHierarquiaDetalhe=0&Exercicio=2016
		3- Número de projetos apresentados e aprovados nos quais os diferentes setores da sociedade participam e que se aplicam de forma integrada ao desenho da educação	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
		4- Características e cobertura dos meios de difusão de informação às pessoas do seu direito à educação em todos os níveis do sistema de ensino (educação formal, informal, ensino infantil, EJA)	O principal agente difusor é o MEC, que mantém em seu site informações atualizadas sobre seus programas e políticas na área da educação, além de promover campanhas específicas que visam divulgar suas iniciativas. Mantém, ainda, o Serviço de Informações ao Cidadão - SIC, um canal aberto de comunicação com a população que pode buscar informações e/ou esclarecer dúvidas presencialmente em sua sede ou eletronicamente via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão - e-Sic, garantindo o direito de acesso às informações públicas previsto na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Presencialmente, os cidadãos podem recorrer aos Conselhos Municipais e Estaduais de Educação, que favorecem e estimulam a participação da comunidade nos assuntos afetos à melhoria da qualidade do ensino nos municípios e Unidades da Federação, a partir da criação de associações de pais, professores, alunos e funcionários.	-	-	-	-

Acesso à Justiça	Estrutura	1- Existência de instâncias administrativas para apresentar denúncias em matéria de descumprimento de obrigações vinculadas ao direito à educação	Quando desrespeitado, o direito à educação pode ser exigido a partir da reivindicação das garantias dispostas na legislação. Assim, quando houver descumprimento de obrigações vinculadas a este direito, pode-se recorrer diretamente às autoridades responsáveis, inclusive no âmbito administrativo, na própria escola, sua diretoria ou coordenação, nas Secretarias Municipais ou Estaduais de Educação e no MEC. Ou, ainda, indiretamente, recorrendo a outros órgãos (Conselhos Tutelares; Comissões Legislativas de Direitos Humanos, Educação e Criança e Adolescente; Defensorias Públicas). Todas essas formas, tanto as diretas quanto as indiretas, são gratuitas e não necessitam de advogado para interposição de ações. Há, ainda, a possibilidade de se recorrer ao Poder Judiciário.	-	-	-	-
		2- Existência de instâncias contenciosas administrativas	Não identificamos registros públicos consolidados disponíveis sobre a existência de intâncias contenciosas administrativas na área educacional. Contudo, cada instituição educacional (secretarias estaduais e municipais de educação, instituições educacionais, etc) tem instâncias administrativas próprias para recepcionar e processar contenciosos administrativos.	-	-	-	-
		3- Existência de ações constitucionais (amparos, ações de proteção, tutela)	As obrigações resultantes do direito à educação, quando descumpridas, podem ser pleiteadas judicialmente. Para tanto, existem instrumentos jurídicos, tais como: Mandado de Segurança, Ação Popular, Ação Civil Pública, Ação Inominada do artigo 5º da LDB, Ação Ordinária. Há ainda, a possibilidade de Representação ao Ministério Público (ensejando Termo de Ajuste de Conduta), e de denúncia de crimes à polícia.	-	-	-	-
		4- Existência de oficinas públicas de mediação o conciliação para resolver cuestiones vinculadas con educación	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
		5- Aplicação de garantias processuais nos procedimentos judiciais em matéria de educação: i) independência e imparcialidade do tribunal; ii) prazo razoável; iii) paridade de armas; iv) coisa julgada; v) vias recursais de sentenças em instâncias superiores	Os procedimentos judiciais em matéria de Educação estão protegidos e regulamentados pelo conjunto de direitos e garantias processuais do ordenamento jurídico brasileiro. Trata-se, aqui, do conjunto de normas relativas aos Princípios do Direito Processual Civil Brasileiro. i) Independência e imparcialidade do tribunal; ii) prazo razoável; iii) igualdade de condições: as três garantias processuais estão contidas dentro do princípio do contraditório e da ampla defesa, previstos no artigo 5, LV da Constituição Federal e regulados infraconstitucionalmente por meio de dispositivos esparsos. Com relação à independência e imparcialidade do tribunal, é de notar o texto do artigo 95 da Constituição Federal, que indica as garantias da magistratura (condições formais garantidoras do princípio da imparcialidade), bem como os artigos 144 e 145 do Código de Processo Civil, que apontam as hipóteses de suspeição e impedimento do magistrado. A igualdade de condições das partes litigantes, por sua vez, está literalmente enunciada no artigo 7º do Código de Processo Penal brasileiro, segundo o qual "é assegurada às partes paridade de tratamento em relação ao exercício de direitos e faculdades processuais, aos meios de defesa, aos ônus, aos deveres e à aplicação de sanções processuais, competindo ao juiz zelar pelo efetivo contraditório"; iv) coisa julgada e vias recursivas de sentenças em instâncias superiores: o artigo 5, XXXVI estabelece que "a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada". Com relação ao princípio do duplo grau de jurisdição, por sua vez, há divergência doutrinária, com parte dos juristas brasileiros de acordo, e parte em desacordo, com a a teoria segundo a qual ele estaria contido dentro do princípio abrangente do contraditório e da ampla defesa (Constituição Federal, artigo 5, LV). De qualquer sorte, o Brasil é Estado-parte do Pacto de San José da Costa Rica (ratificação por meio do Decreto nº 678/1992), em cujo artigo 8 consta previsão do direito a recurso judicial para instância julgadora superior.	Constituição Federal; Pacto de San José da Costa Rica	-	-	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
		1- Número de decisões judiciais na defesa do direito à educação	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
		2- Número de denúncias, relativas ao direito à educação, recebidas, investigadas e solucionadas pelas instituições nacionais de direitos humanos e/ou educacionais competentes no país	Não há dados disponíveis	-	-	-	-

	Processo	3- Políticas de capacitação de juizes e advogados em direito à educação. Cobertura temática e alcance	Não há dados disponíveis	-	-	-	-
		4- Características e cobertura dos meios de difusão de informação às pessoas do seu direito à educação. Cobertura do serviços de tradução em línguas indígenas	O principal agente difusor é o MEC, que mantém em seu site informações atualizadas sobre seus programas e políticas na área da educação, além de promover campanhas específicas que visam divulgar suas iniciativas. Mantém, ainda, o SIC, um canal aberto de comunicação com a população que pode buscar informações e/ou esclarecer dúvidas presencialmente em sua sede ou eletronicamente via e-Sic, garantindo o direito de acesso às informações públicas previsto na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Presencialmente, os cidadãos podem recorrer aos Conselhos Municipais e Estaduais de Educação, que favorecem e estimulam a participação da comunidade nos assuntos afetos à melhoria da qualidade do ensino nos municípios e Unidades da Federação, a partir da criação de associações de pais, professores, alunos e funcionários. As comunidades indígenas, no Brasil, apresentam um quadro heterogêneo em relação ao uso da língua materna (indígena) e ao uso e conhecimento da língua oficial (português). Os povos indígenas, em sua maioria, possuem diversas situações e modalidades linguísticas, como o bilinguismo ou multilinguismo. Por isso, a Educação Escolar Indígena, mencionada nos artigos 78 e 79 do ADCT de 1988, preconiza como dever do Estado o oferecimento de uma educação escolar bilingüe e intercultural que fortaleça as práticas socioculturais e a língua materna de cada comunidade indígena e proporcione a oportunidade de recuperar suas memórias históricas e reafirmar suas identidades, dando-lhes, também, acesso aos conhecimentos técnico-científicos da sociedade nacional. O órgão que executa programas e ações voltadas ao segmento é a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão - Secadi do MEC. Seguindo a diretriz constitucional, a Secadi realiza o Programa de Apoio à Formação Superior e Licenciaturas Interculturais Indígenas -PROLIND. Trata-se de cursos de licenciaturas específicas para a formação de professores indígenas para o exercício da docência nas escolas indígenas, que integrem ensino, pesquisa e extensão e promovam a valorização do estudo em temas como línguas maternas, gestão e sustentabilidade das terras e culturas dos povos indígenas. Além deste, apoia a implementação e avaliação da Política de Educação Escolar Indígena, através da elaboração de materiais didáticos específicos, formação continuada e especializada em educação indígena, desenvolvimento de currículos e programas que incluem os conteúdos culturais de cada comunidade.	Constituição Federal SECADI/MEC Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena/MEC	-	-	http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17445 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17449 http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/programas-e-acoes?id=17450 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/m001778.pdf





MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS
ASSESSORIA ESPECIAL DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS

RELATÓRIO AO PROTOCOLO DE SÃO SALVADOR

PRIMEIRO AGRUPAMENTO DE DIREITOS

COMPLEMENTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

DIREITO À SAÚDE

ESTRUTURAIS	PROCESSOS	RESULTADOS
RECEPÇÃO DO DIREITO		
Diretrizes e pautas da Organização Panamericana de Saúde. <i>Esta informação não está disponível.</i>	- Cobertura e jurisdição de programas que dão prioridade a setores vulneráveis para serviços de saúde. <i>O objetivo do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGE?) é de contribuir nas ações da implementação das políticas de equidade em saúde e da gestão participativa no Sistema Único de Saúde.</i>	- Expectativa de vida no nascimento (urbana/rural e por etnia/raça.¹

¹ As informações disponibilizadas pelo órgão setorial estão reproduzidas integralmente.

A equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, que parte da ideia de respeito as necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são o conjunto de Políticas, instituídas no âmbito do SUS, que tem como princípio a equidade e contribuem para promover o respeito a diversidade e garantir o atendimento integral no SUS as populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

A garantia da equidade deve ser analisada a luz dos impactos na saúde das diferentes formas de preconceito e discriminação social, como o racismo, a misoginia, a LGBTfobia e a exclusão social de populações que vivem em situação de rua ou em condições de isolamento territorial, como as do campo, da floresta, das águas, dos quilombos e em nomadismo, como no caso do Povo Rom (os assim chamados ciganos).

De 2009 a 2013 foram aprovadas pela Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN (Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA

Idade	Expectativas de Vida		
	Total	Homem	Mulher
0	76,3	72,8	79,9
1	76,3	72,8	79,8
5	72,4	68,9	75,9
10	67,5	64	71
15	62,6	59,1	66,1
20	57,9	54,6	61,2
25	53,3	50,2	56,4
30	48,7	45,8	51,5

Fonte: IBGE, Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018
Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil

- Taxa de mortalidade materna por grupo de idade, área geográfica, nível educacional e quantidade de ingressos²

Óbitos maternos segundo Faixa Etária - 2016

Faixa Etária	Óbitos Maternos
10 a 14 nos	16
15 a 19 anos	198
20 a 29 anos	665

² As informações disponibilizadas pelo órgão setorial estão reproduzidas integralmente.

(Portaria GM/MS nº 2 866, de 02 de dezembro de 2011), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT (Portaria nº 2 836/11, de 01 de dezembro de 2011) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS-SUS (Portaria nº 2 761/13, de 19 de novembro de 2013).

Também em 2009, por meio do Decreto Presidencial nº 7053, foi instituída a Política Nacional Para a População em Situação de Rua, a qual tem um caráter inter setorial.

Além disso, a partir de 2016, o Ministério da Saúde executa ações de saúde voltadas para o Povo Rom (Os Assim chamados Ciganos), a exemplo da Cartilha "Subsídios para o Cuidado do Povo Cigano", a criação do Grupo de Trabalho de Saúde para o Povo Rom, bem como as Oficinas Macrorregionais de Políticas de Equidade em Saúde para o Povo Rom.

Seguem os links de acesso aos Planos Operativos 2016-2019 relacionados as Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde, aprovados por meio de Resoluções da Comissão Inter gestores Tripartite

- III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html,

30 a 39 anos	651
40 a 49 anos	136
50 a 59 anos	3
Idade ignorada	1
Total	1670
Fonte MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM	
Óbitos maternos segundo Região - 2016	
Região	Óbitos Maternos
Norte	223
Nordeste	538
Sudeste	605
Sul	157
Centro-Oeste	147
Total	1670

• *Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas* [http //bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0027_27_10_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0027_27_10_2017.html),

• *II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* [http //bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html), |

• *Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde* [http //bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0011_17_01_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0011_17_01_2017.html),

• *O II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional [para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]* [http //bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0031_22_12_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0031_22_12_2017.html),

Esses Planos Operativos têm o objetivo de estabelecer estratégias de aplicação das Políticas nos territórios e apresentam competências das gestões federa/estadual/municipal/distrital no processo de implementação.

Ademais, cada política institucionalizada conta com os Comitês Técnicos Nacionais de Saúde, dos quais participam governo e sociedade civil, que tem por

Fonte MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Óbitos maternos segundo Escolaridade - 2016

Escolaridade	Óbitos Maternos
Nenhuma	33
1 a 3 anos	156
4 a 7 anos	387
8 a 11 anos	673
12 anos ou mais	166
Ignorado	255
Total	1670

Fonte MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde e acompanhar a implementação da política, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde daquelas populações

A implementação dessas Políticas de Equidade em Saúde está dentro do PPA 2016-2019 - 20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade, com a Fonte Orçamentaria 10 422 2015 20YM 0001 - PO 0001.

As metas estabelecidas no PPA 2016-2019 relacionadas as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são Meta 01 - 02A6 - 01 Capacitar 80 000 lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS, Meta 03 - G4HN - 03 Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para população em situação de vulnerabilidade social. Meta 03 - 04IS - 07 Apoiar os entes da federação para que 100% tenham Conselhos de Saúde legalmente instituídos e em funcionamento agosto/2017.

Adicionalmente, estarão, anexadas, informações complementares sobre a PNSDLGBT.

Taxa de mortalidade infantil³

Óbitos infantis por Região - 2016

Região	Óbitos p/ residência
Norte	4770
Nordeste	11505
Sudeste	13193
Sul	3903
Centro-Oeste	2979
Total	36350

³ As informações disponibilizadas pelo órgão setorial estão reproduzidas integralmente.

- Percentual de adultos maiores de 65 anos cobertos por programas de proteção social.

Esta informação não está disponível.

- Cobertura em saúde da população por sexo, idade, raça/etnia, quantidades de ingresso. Desagregar por tipo de cobertura (regime subsidiado, contributivo ou misto). (Refere-se a cobertura efetiva).

Sistema Único de Saúde, o SUS, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e foi criado em 1988, por meio da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, como dever do estado.

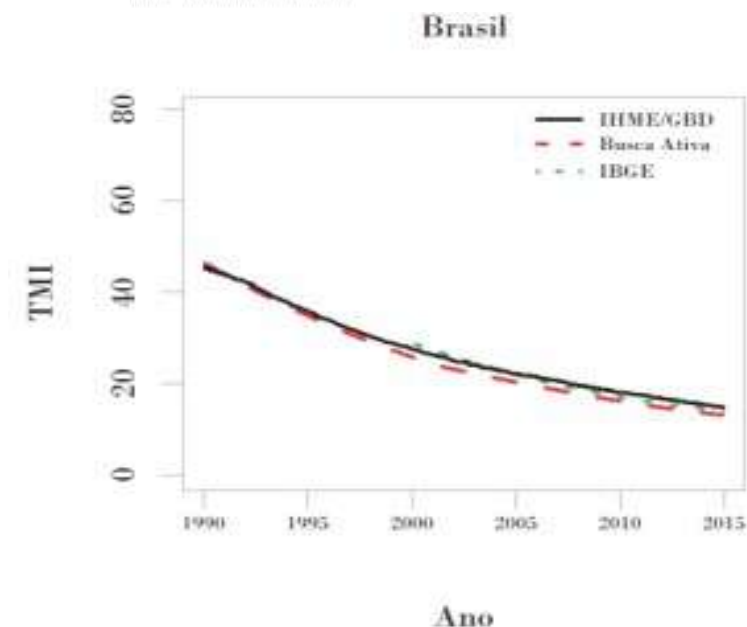
De acordo com a Constituição Federal, de 1988.

Seção II

DA SAÚDE

Art 196 A saúde e direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil segundo estimativas do IHME/GBD, Busca Ativa e IBGE - Brasil, 1990 a 2015



e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

- 1- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- 2- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- 3- III - participação da comunidade*

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº29, de 2000).

SINAIS DE PROGRESSO

- Número e características de organizações da sociedade civil reconhecidas que participam na promoção e proteção do direito à saúde.

Organização da Sociedade Civil (OSC) refere-se a toda e qualquer instituição que desenvolva projetos sociais com finalidade pública. Tais organizações também são classificadas como instituições do Terceiro Setor ou pessoas jurídicas privadas, sem fins lucrativos.

As entidades beneficentes constituem importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde. Essa rede complementar do SUS integra um total de 3 167 estabelecimentos de saúde (matriz e filial), distribuídos em 1 731 municípios brasileiros. Destaca-se que, em 968 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente por hospitais beneficentes.

A rede filantrópica engloba um universo de 1 661 hospitais que prestam serviços para o SUS, sendo responsável por 37,56% dos leitos disponíveis e por 41,64% das internações hospitalares realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- Estudos de satisfação dos usuários sobre a acessibilidade, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

Em 2018, a proposta de Pesquisa "SAÚDE TRANS Qualidade e segurança na atenção e cuidado a saúde de travestis e transexuais" apresentada pela SGEP foi aprovada no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi SUS) R\$ 10 milhões serão destinados a execução do projeto. A pesquisa será realizada pelo Hospital Israelita Albert Einstein no triênio 2018-2020 e tem como objetivo mapear, avaliar e sistematizar informações sobre os procedimentos cirúrgicos, a hormonioterapia no Processo Transsexualizador e ao bloqueio da puberdade, com vistas a abordar aspectos práticos do processo de transição de gênero e seus reflexos e impactos na saúde física e mental dos usuários, em especial em relação a doenças prevalentes por condições biológicas ou determinações sociais em recortes populacionais específicos.

Os estabelecimentos beneficentes realizam 7,52% dos atendimentos ambulatoriais do SUS, equivalendo a 49,16% do total de atendimentos ao SUS (internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais).

Vale ressaltar que o certificado de entidade beneficente de assistência social concedido a uma entidade de saúde é extensivo às suas dependências e estabelecimentos filiais.

As entidades beneficentes desempenham papel relevante para o funcionamento do sistema público e suplementar de saúde. A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS, por grupo de procedimentos e complexidade da assistência, revela que o setor filantrópico executa o maior quantitativo de cirurgias oncológicas, neurológicas, transplantes e outros de alta complexidade, conforme discriminado abaixo.

- *58,95% das internações de Alta Complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos.*

Ainda, nas especialidades de Alta Complexidade, os hospitais filantrópicos respondem por:

- *64,98% das internações de Cardiologia,*
- *55,64% das internações para Transplantes,*

- 67,06% dos procedimentos de Quimioterapia realizados em regime de internação,
- 67,19% das internações para Cirurgia Oncológica,
- 69,35% dos atendimentos ambulatoriais em Tratamento Oncológico (Quimioterapia e Radioterapia),
- 69,59% dos atendimentos ambulatoriais em Procedimentos Clínicos de Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos,
- 70,23% dos atendimentos ambulatoriais em Processamento de Tecidos para Transplante.

Reconhecimento de sistemas de saúde indígena.

Em 1999 foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que tem como missão compatibilizar a Lei Orgânica da Saúde aos direitos diferenciados constitucionalmente garantidos objetivo da PNASPI e 'garantir aos povos indígenas o acesso integral a saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS,

contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política () e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura" (MS, 2002, 13)

A primeira diretriz da PNASPI institui a criação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foram implantados, entre os anos de 1999 e 2000, 34 (trinta e quatro) Distritos.

Enquanto modelo diferenciado de organização de serviços, o DSEI é orientado para um espaço etno-cultural dinâmico geográfico populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias a prestação da assistência com controle social (PNASPI, 2002).

A metodologia da distritalização diferenciada' visava garantir um tratamento diferenciado para cada um destes territórios e sua respectiva problemática (), de modo a não submetê-los as homogeneidades técnicas a que tendem a reduzir-se o planejamento e a

administração de recursos de saúde" (Varga, 1992, 136).

Já a diretriz 4.4 que estabelece a articulação dos serviços de atenção aos sistemas tradicionais indígenas de saúde (medicinas tradicionais indígenas) como forma de melhorar a situação de saúde da população" emerge nesse contexto como fundamento epistêmico para o desenvolvimento de um modelo integral e diferenciado a saúde dos povos indígenas baseado na articulação de saberes em saúde indígena - princípio de justiça cognitiva-decolonial que informa a atual política nacional de saúde indígena, que faz frente ao processo histórico de epistemicídio produzido pelo regime tutelar.

Enquanto modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, aos DSEIs cabe a responsabilidade de organizar a rede de serviços de atenção básica nas áreas indígenas de modo a resolver a maioria dos agravos a saúde dessas populações. A articulação dos serviços com os sistemas de saúde tradicionais indígenas- as medicinas tradicionais indígenas- constitui estratégia fundamental para efetivar os princípios da atenção diferenciada e integral a saúde dos povos indígenas.

Mediante os quase 20 anos de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os diferentes DSEIs desenvolveram distintas compreensões sobre o preconizado pela PNASPI no que tange ao reconhecimento da eficácia das medicinas tradicionais indígenas e da articulação entre sistemas de saúde.

Nesse processo os DSEIs construíram várias formas de se relacionar com os Sujeitos e comunidades indígenas e de fazer saúde nos múltiplos contextos comunitários, formas essas que, em alguns casos, culminaram com a elaboração de propostas e iniciativas de fomento, valorização e desenvolvimento de práticas de saúde entendidas como tradicionais" e de maneiras dos serviços abordar a alteridade instituída nas interações com os povos originários.

Metodologia e universo de análise

Conhecer as práticas e iniciativas desenvolvidas pelos DSEIs e no âmbito dos territórios a eles adstritos é fundamental para instruir e subsidiar o desenvolvimento de um programa de ações voltado para a elaboração de estratégias de articulação entre o sistema oficial de saúde e as medicinas tradicionais indígenas Para nos aproximarmos das iniciativas e práticas desenvolvidas pelos Distritos elaboramos o Roteiro para o mapeamento de práticas/iniciativas que visem a articulação dos sistemas de saúde biomédico

e o tradicional indígena (em anexo) e solicitamos aos Apoiaadores da Saúde Indígena lotados nos DSEIs que fizessem o levantamento das informações ali pontuadas.

Optamos por aplicar o roteiro de mapeamento por meio da atuação dos apoiadores, justamente pelo fato desses profissionais terem como atribuições contribuir para fortalecer o processo de organização e qualificação das ações e serviços de atenção primária realizadas em áreas indígenas" (Brasil, 2013) e serem estratégicos no processo de desenvolvimento e implementação do Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena Os roteiros para o mapeamento foram encaminhados aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas via o Sistema de Informação Eletrônico (SEI) por meio do Processo nº 25000 489943/2017-57 e também enviado aos Apoiaadores via e-mail Para os Distritos sem Apoiaadores no momento, foram acionados Referências Técnicas que pudessem fazer o levantamento das informações requeridas.

Via e-mail, o roteiro de mapeamento foi encaminhado aos DSEIs no dia 15 de dezembro de 2017 e via SEI foi encaminhada no dia 29 de dezembro de 2017 Até o dia 18 de abril de 2017 foram devolvidos a Divisão de Programas e Projetos da Saúde Indígena (DIPROSI), 23 (vinte e três) Roteiros

respondidos compondo 67,6% da totalidade dos DSEIs Com isso, importante dizer que 11 (onze) DSEIs não atenderam a nossa demanda por informações relativas as iniciativas e práticas desenvolvidas para o fomento a articulação com as Medicinas Tradicionais Indígenas.

Os DSEIs que encaminharam os Roteiros para o mapeamento de práticas/iniciativas que visem a articulação dos sistemas de saúde biomédico e o tradicional indígena existentes nos Distritos preenchidos foram:

Região	DSEI		
Nordeste	Potiguara		
	Alagoas e Sergipe		
	Pernambuco		
	Bahia		
	Ceara		

Centro-Oeste	Araguaia
	Xavante
	Cuiaba
	Kayapo, Mato Grosso
	Tocantins
Norte	Porto Velho
	Vilhena
	Manaus
	Tapajos
	Alto Rio Negro
	Alto Rio Solimões
	Parintins
	Medio Rio Purus
	Leste de Roraima
	Alto Rio Jurua
Sudeste e Sul	Minas Gerais e Espirito Santo
	Interior Sul
	Litoral Sul

Os DSEIs que não enviaram os roteiros preenchidos foram:

Região	DSEI		
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		
	Xingu		
Norte	Medio Rio Solimões		
	Vale do Javan		
	Yanomami		
	Alto Rio Purus		
	Altamira		
	Amapá e Norte do Pará		
	Guama-Tocantins		
	Kayapo do Pará		
	Maranhão		

Mediante o exposto, a descrição e a análise qualitativa das iniciativas e práticas desenvolvidas pelos DSEIs consideradas no âmbito do presente produto se circunscrevera ao universo de informações encaminhadas pelos 23 Distritos que responderam ao Roteiro de Mapeamento a eles encaminhado. No entanto, sabemos que as informações apresentadas podem ser parciais e não contemplarem nem a totalidade das atividades ou mesmo das nuances que as ações desenvolvidas pelos Distritos para articular os serviços às medicinas indígenas assumem, nem necessariamente a diversidade de posições e entendimentos que os sujeitos socialmente

posicionados no âmbito do DSEI possuem acerca da temática.

Em um primeiro momento faremos uma descrição das iniciativas e práticas dos DSEIs informadas pelos roteiros e logo em seguida analisaremos tais informações à luz dos princípios, objetivos e diretrizes que informam a proposta do Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena Posteriormente, buscaremos mapear algumas das representações sobre as medicinas tradicionais indígenas vigentes nos Distritos e que irrompem no âmbito dos roteiros preenchidos.

Mais uma vez, temos clareza que tais análises não dão conta da complexidade das concepções presentes no imaginário dos integrantes dos DSEIs sobre os saberes e práticas em saúde dos povos indígenas No entanto, tal mapeamento nos auxiliara a identificar os contextos de maior potencial para a realização de projetos pilotos e demonstrativos voltados para o desenvolvimento de estratégias de articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas de saúde tradicionais indígenas.

As práticas e iniciativas realizadas pelos DSEIs status das ações e descrição dos dados

Dos 23 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que responderam ao Roteiro para

mapeamento de práticas/iniciativas que visem a articulação dos sistemas de saúde oficial aos sistemas de saúde tradicionais indígenas, 4 (quatro) deles não desenvolvem ações voltadas para esse objetivo São eles Alagoas e Sergipe e Bahia, na região Nordeste, e Araguaia e Xavante na região do Centro-Oeste Tanto no DSEI Alagoas/Sergipe, quanto no DSEI Xavante existem registros de atividades de valorização e fortalecimento das medicinas tradicionais indígenas que trataram, principalmente, sobre os conhecimentos, práticas e praticantes (parteiras) envolvidos nos cuidados com a gestação, parto e pós-parto^ No entanto, os referidos Distritos quando interpelados sobre o tema, demonstram ou desconhecer ou desconsiderar essas iniciativas que foram tomadas pelas próprias organizações indígenas locais.

Dezenove DSEIs (82,6% da amostra), no entanto, afirmaram desenvolver atividades voltadas para a articulação entre os serviços de saúde e as medicinas tradicionais indígenas. No geral, as ações realizadas pelos Distritos abordam os seguintes temas plantas medicinais e cuidadores indígenas - parteiras e pajés. De um universo de 23 DSEIs, 14 (quatorze) realizam atividades com plantas medicinais, 9 (nove) atuam com pajés e 10 (dez) com parteiras:

Ações	DSEIs		
Plantas medicinais (14)	Potiguara		
	Pernambuco		
	Ceara		
	Minas Gerais/Espirito Santo		
	Curaba		
	Porto Velho		
	Vilhena		
	Manaus		
	Alto Rio Negro		
	Alto Rio Solimões		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Jurua		
	Interior Sul		
Pajes (9)	Pernambuco		
	Ceara		
	Tapajos		

	Alto Rio Negro		
	Parintins		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Jurua		
	Litoral Sul		
Parteiras (10)	Pernambuco		
	Cuiaba		
	Kayapo		
	Tocantins		
	Manaus		
	Tapajos		
	Parintins		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Rio Jurua		
<i>As ações desenvolvidas pelos DSEIs com plantas medicinais assumem características específicas entre os territórios, abarcando diferentes atividades direcionadas a partir de distintos entendimentos sobre o lugar que as plantas ocupam no âmbito das medicinas tradicionais indígenas. Dentre as atividades realizadas pelos DSEIs encontramos oficinas sobre plantas medicinais, trilhas nas matas para repasse de conhecimentos, eventos, construção de hortos, produção de medicamentos, elaboração de cartilhas,</i>			

atividades com profissionais das EMSI, prescrição por parte da equipe de remédios à base de plantas, etc.

No que tange as ações com os cuidadores indígenas também encontramos diferentes formas de abordagem. Entre aqueles que contemplam os pajés em suas ações (9 DSEIs) estão os que promovem encontros e rodas de conversa entre pajés e demais especialistas (Pernambuco, Tapajós, Médio Rio Purus, Leste de Roraima, Litoral Sul). Alguns distritos se esforçam no sentido de mapear e, as cadastrar dos diferentes tipos de cuidadores - pajés, rezadores, benzedores, ervateiros, parteiras, etc - (Ceará, Parintins) construção de "casas de saberes" para a realização de práticas de pajelança e transmissão de conhecimentos Inter geracionais (Alto Rio Negro) ou ainda o apoio as iniciativas das próprias populações indígenas (Alto Rio Juruá).

Já as ações desenvolvidas pelos DSEIs (10) com as parteiras indígenas contemplam as seguintes atividades encontros (Pernambuco, Cuiabá, Tocantins, Tapajós, Médio Rio Purus, Leste de Roraima), oficinas e cursos (Tocantins, Manaus, Parintins, Caiapó, Alto Rio Juruá), mapeamento e cadastro de parteiras (Tocantins, Parintins).

Além dessas ações, 6 (seis) DSEIs disponibilizam apoio logístico para os

<i>indígenas acessarem os recursos e cuidadores das medicinas tradicionais, providenciando o deslocamento dos pacientes até os mesmos, ou vice-versa 14 (quatorze) DSEIs ainda alegam orientar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena para respeitarem as práticas e os cuidadores indígenas:</i>		
--	--	--

Ação	DSEIs		
Apoio logístico	Cuiaba		
	Tocantins		
	Tapajos		
	Leste de Roraima		
	Alto Rio Jurua		
	Litoral Sul		
Orientações EMSI e RT	Potiguara		
	Pernambuco		
	Ceara		
	MG/ES		
	Cuiaba		
	Tocantins		
	Porto Velho		
	Tapajos		
	Alto Rio Negro		
	Parintins		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Rio Jurua		
	Litoral Sul		
<i>Algumas das ações fomentadas pelos DSEIs para a articulação com os sistemas de saúde tradicionais indígenas dialogam com algumas das áreas responsáveis pela implementação dos programas de atenção à saúde indígena</i>			

implementados no território Estamos chamando esses diálogos de transversalidade programática As áreas programáticas com as quais as ações de medicinas tradicionais dialogam são saúde mental (5), saúde da mulher (5), assistência farmacêutica (7) e educação permanente (8):

Área Programática	DSEIs		
Saúde Mental (5)	Pernambuco		
	Ceará		
	Vilhena		
	Leste de Roraima		
	Litoral Sul		
Saúde da Mulher (5)	Cuiabá		
	Kayapo		
	Tocantins		
	Tapajós		
	Parintins		
Assistência farmacêutica (7)	Pernambuco		
	Ceará		
	Vilhena		
	Alto Rio Solimões		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Rio Juruá		
Educação Permanente (8)	Ceará		
	Cuiabá		
	Vilhena		
	Alto Rio Negro		
	Parintins		
	Leste de Roraima		
	Alto Rio Juruá		
	Litoral Sul		

No que diz respeito aos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, 12 (doze) DSEIs situam as ações identificadas com as medicinas tradicionais indígenas no âmbito da atenção básica, 6 (seis) DSEIs realizam ações de articulação no âmbito das Casas de Saúde Indígena (CASAI), tais como, rodas de conversa, incentivo ao uso de plantas medicinais, construção de hortos, produção de medicamentos fitoterápicos (laboratório), capacitação dos trabalhadores, e 5 (cinco) Distritos mencionaram ações para garantir a realização das práticas tradicionais e o acompanhamento de especialistas no âmbito dos estabelecimentos de média e alta complexidade. No que diz respeito a operacionalização do princípio da articulação de sistemas de saúde no âmbito das estratégias de promoção e proteção à saúde, apenas 1 (um) dos 23 DSEIs que responderam ao roteiro menciona desenvolver ações - o DSEI Cuiabá.

Ainda convém mencionar que, dos 23 DSEIs que responderam ao roteiro, em apenas seis (6) os indígenas possuem participação ativa no processo de elaboração e execução das atividades voltadas para a articulação entre os saberes e práticas oriundos de distintos sistemas de saúde. Além disso, apenas 4 (quatro) Distritos - Alto Rio Negro, Parintins, Leste de Roraima e Alto Rio Juruá - desenvolvem iniciativas de pesquisa junto as comunidades indígenas para mapear as

práticas e os cuidadores das medicinas tradicionais e planejar suas ações a partir desses conhecimentos.

Para o desenvolvimento dessas ações 13 DSEIs contam com Referência Técnica ou Grupo de Trabalho para as Medicinas Tradicionais Indígenas Potiguara, Pernambuco, Bahia, Ceara, Vilhena, Manaus, Alto Rio Negro, Parintins, Médio Rio Purus, Leste de Roraima e Interior Sul.

Representações sobre as MTI, articulação de sistemas e relações de poder

Como vimos, as informações trazidas pelos Roteiros para o mapeamento de práticas/iniciativas que visem a articulação dos sistemas de saúde biomédico e o tradicional indígena enviadas pelos DSEIs podem ser qualificadas como generalistas, na medida em que não apresentam um maior detalhamento e nem profundidade descritiva das ações desenvolvidas no âmbito dos Distritos. No entanto, as mesmas podem ser consideradas como validas, pois nos apresentam um panorama das atividades que estão sendo pensadas no contexto dos DSEIs, bem como trazem elementos para nos aproximarmos das representações sobre as medicinas tradicionais indígenas vigentes entre os trabalhadores da saúde indígena.

Compreender como os trabalhadores dos Distritos imaginam os saberes, as práticas e as atuações dos cuidadores indígenas e fundamental para que possamos construir um plano de formação permanente desse pessoal que possibilite o desenvolvimento das competências comunicativas interculturais necessárias para a elaboração participativa de estratégias de articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas de saúde tradicionais dos povos indígenas.

Inicialmente, podemos perceber que o primeiro entendimento sobre as medicinas tradicionais indígenas com o qual os trabalhadores da saúde operam tende a reduzir o sistema de saúde tradicional dos povos indígenas ao uso de plantas, a atuação dos pajés, via de regra, chamada pajelança, e as atividades das parteiras. Sendo a representação mais difundida a que reduz as medicinas tradicionais indígenas ao uso de plantas (Alagoas/Sergipe, Minas Gerais/Espírito Santo).

O uso das plantas medicinais

Os discursos dos DSEIs sobre o uso das plantas que emergem a partir dos Roteiros preenchidos pelos apoiadores ou pelas referências técnicas operam com diferentes ideias que sustentam e/ou orientam a realização das ações no âmbito dos territórios. Dentre essas ideias encontramos aquelas que

apontam para a necessidade do resgate e valorização das práticas tradicionais a base de plantas, mediante a situação de desvalorização desses recursos em grande parte das comunidades indígenas. Para tanto são realizados encontros e rodas de conversa de plantas medicinais, palestras oficinas de troca de saberes, de capacitação e de produção de remédios (lambedor, pomadas, alcoólatras, etc.), levantamento e catalogação das plantas medicinais, a construção de hortas comunitárias.

No caso do DSEI Potiguara, as ações de "resgate do uso de plantas" articuladas por um grupo composto por indígenas das comunidades e profissionais da atenção (DIASI), contando com o apoio do Centro de Defesa do Saber Popular em Saúde da Paraíba, por meio de um Acordo de Cooperação Técnica firmado com o Distrito, também pretendem contribuir para fortalecer a identidade indígena, enriquecer a cultura e valorizar os saberes indígenas" (roteiro Potiguara). Nesse contexto, tais ações assumem um caráter de desenvolver os saberes da medicina Potiguara para a produção de remédios, tendo em vista introduzir os fitoterápicos como insumos terapêuticos na atenção a saúde das comunidades indígenas circunscritas a esse território Apesar disso, o roteiro indica que essas iniciativas não estão

articuladas com as ações da assistência farmacêutica realizada no âmbito do DSEI.

Já as ações com plantas medicinais realizadas pelo DSEI Pernambuco em diferentes etnias (Atikum, Kapinawa, Pankara, Pipipã, Fulni-ô, Xukuru deo Ororuba, Kambiwa, Truka) são incentivadas diretamente pelos responsáveis técnicos da área da assistência farmacêutica do Distrito, além de serem realizadas a partir da estratégia da transversalidade, no âmbito dos programas de atenção à saúde da criança, da mulher e da saúde mental. As equipes de saúde mental prescrevem plantas medicinais para tratar transtornos de menor gravidade.

No DSEI Vilhena, os psicólogos também incentivam os indígenas a usarem as plantas medicinais. Enquanto que o DSEI Porto Velho, além de promover ações de cultivo de plantas medicinais em alguns polos-base, também orienta as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) a estimular o uso de plantas medicinais no tratamento individual de doenças como diarreia, micose e tosse, como forma de reduzir o uso de medicamentos industrializados. O DSEI Médio Purus também orienta as EMSI a prescreverem as plantas medicinais no tratamento das doenças.

No âmbito do DSEI Alto Rio Negro também encontramos a noção instrumental sobre o potencial das plantas e a estratégia do plantio de medicinais para tratar diferentes

enfermidades e sintomas (acidente ofídico, dores abdominais, cefaleia, diarreia, etc.), conforme a etiologia biomédica. Em consonância a essa abordagem, o DSEI Alto Rio Solimões incentivou os Agentes Indígenas de Saúde (AISs), em cursos de capacitação, a resgatarem junto aos mais velhos o conhecimento sobre as plantas, de modo a empregarem tais saberes na atenção a saúde das comunidades.

Nos casos em que as EMSI assumem o papel de prescrever remédios à base de plantas, e comum se depararem com uma atitude de resistência dos indígenas para aderirem aos tratamentos prescritos. De acordo com as informações trazidas pelos roteiros, isso se dá em função da desvalorização dessas práticas no âmbito das comunidades e da crescente valorização dos usos dos medicamentos industrializados, sendo esses preferidos pelos indígenas, em detrimento dos chás e outros remédios à base de plantas. Nesse caso, a "perca das tradições e práticas das culturas indígenas, principalmente, em povos que residem próximos as cidades" (Parintins) também constituiria uma dificuldade no processo de articular os serviços de atenção as medicinas indígenas.

Por outro lado, alguns DSEIs, como o Xavante, apontam a preferência dos indígenas pelos "tratamentos naturais" como um fator que

contribui para o abandono de tratamento medicamentoso de uso continuado, como o dos indicados para doenças crônicas. De um jeito ou de outro, quem cria dificuldade para a atuação das Equipes e para articulação com as práticas tradicionais são, justamente, os indígenas.

O DSEI Leste de Roraima talvez seja o que melhor estruturou o trabalho com as plantas medicinais. Com uma coordenadora Macuxi à frente das ações de incentivo às medicinas tradicionais indígenas e contando com uma rede comunitária indígena de articulação nas bases, alguns polos-base já absorveram a produção de remédios feitos à base de plantas que são desenvolvidos a partir dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas da região. Foi destinado um espaço para a produção de fitoterápicos, chamado laboratório, no âmbito da Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Roraima, que está em vias de começar a produzir. O caráter participativo da proposta faz com que a iniciativa assuma uma configuração onde, ao mesmo tempo que valoriza os saberes tradicionais do povo no contexto dos territórios, também se abra a inovações no que diz respeito à produção de fitoterápicos.

Em todas as ações com plantas medicinais realizadas no âmbito dos DSEIs, no entanto, o que prepondera é uma abordagem

instrumental, que, em alguns casos, chega a agenciar e subordinar esses usos a partir da lógica biomédica que informa os procedimentos terapêuticos adotados no âmbito dos serviços de saúde. Em alguns casos chega a haver um deslocamento do papel do cuidador indígena - especialista ou familiar - a quem caberia a responsabilidade de prescrever o uso dos remédios tradicionais feitos à base de plantas, para o fazer saúde da EMSI que atua em aldeia. Em todas essas abordagens, as iniciativas não contemplam as racionalidades distintas, ancoradas nos sistemas socio-cosmológicos, que informam o uso das plantas no contexto das comunidades indígenas.

Apesar do uso de plantas ser identificado como uma prática de medicina tradicional, podemos perceber que o entendimento vigente nos DSEIs está mais alinhado com a noção de prática integrativa, na medida que remete a prescrição de fitoterápicos no âmbito da atenção básica. Nesse sentido, todas as iniciativas dos DSEIs voltadas para o resgate e a valorização das plantas medicinais possuem interface com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que precisa ser incentivada e aprofundada.

Sobre os cuidadores indígenas

Sobre os cuidadores indígenas as informações disponibilizadas pelos roteiros indicam que os DSEIs os identificam enquanto os especialistas de cura - pajés, parteiras, detentores de saberes tradicionais, rezadores, ervateiros, curandeiro, benzedores, puxadores de ossos, etc Vale notar que os cuidadores tradicionais são apresentados a partir de categorias genéricas nenhum roteiro especifica os diferentes cuidadores-especialistas existentes dentro das diferentes etnias atendidas pelo DSEI Essa "não-informação" constitui um indicador importante sobre o nível de conhecimento dos DSEI sobre as medicinas tradicionais dos povos indígenas com os quais eles trabalham, bem como, sobre os princípios que orientam as ações para articulação com os saberes e as práticas em saúde indígenas.

Importante lembrar que dos 23 DSEIs que enviaram os roteiros, apenas 9 (nove) afirmaram trabalhar com pajés Dentre as ações realizadas por esses Distritos encontramos reuniões nas aldeias para troca de saberes entre cuidadores, apoio ao deslocamento dos pajés para tratamento de pacientes quando solicitado, respeito a decisão indígena quanto a opção do tratamento. Nesse contexto, os encontros de pajés e encontros de parteiras, constitui ação recorrente entre aqueles Distritos que trabalham com esses

cuidadores (Pernambuco, Tapajós, Médio Purus, Leste de Roraima, Interior Sul).

No geral, a visão que predomina sobre os pajés e parteiras e aquela que os entendem como equivalentes aos profissionais de saúde que operam no âmbito do sistema de saúde ocidental. A dimensão familiar das medicinas tradicionais indígenas é desconsiderada pelos Distritos enquanto instância de articulação com os serviços, apesar de grande parte das práticas com plantas medicinais estarem aí situada.

Assim, encontramos esforços de alguns DSEIs para fazerem um mapeamento e um cadastro desses cuidadores, no intuito, por exemplo, de "promover a integração dos serviços convencionais com as práticas terapêuticas tradicionais" (Parintins). No entanto, tais especialistas emergem enquanto tal em contextos específicos, a partir do seu reconhecimento por uma rede restrita de pessoas, geralmente, vinculados a eles por laços de parentesco. Nesse caso, dentro de uma mesma etnia, ele pode ser reconhecido como especialista por um grupo familiar e não por outro.

Outro entendimento que emerge dos roteiros de mapeamento é aquele que identifica a atuação dos pajés como obstáculo ao fazer saúde, desde o ponto de vista das EMSI. No caso do DSEI Caiapó, por exemplo, a

resistência por parte dos pajés seria o fator que impediria a aproximação dos profissionais de saúde, sendo essa a responsável por parte das mortes que acontecem na aldeia, já que o tratamento com os cuidadores tradicionais emerge como primeira opção da comunidade.

Esse conflito irrompe, principalmente, quando existe indicação de remoção dos pacientes das Terras Indígenas e os pajés se opõem ao encaminhamento dado pelos profissionais de saúde. Quando ocorre, esse pode ser um indicador que a equipe de saúde não conseguiu estabelecer um vínculo de confiança e criar as condições para o diálogo intercultural com a comunidade e para a tomada de decisões conjuntas acerca dos tratamentos, abrindo espaço para um jogo de acusações mútuas buscando responsabilizar o outro pelos possíveis efeitos nefastos instituídos pelo conflito. Outro aspecto desse mesmo entendimento refere que a EMSI tem dificuldade em trabalhar com as medicinas tradicionais indígenas se deve ao fato dos líderes e cuidadores indígenas terem resistência em compartilhar e repassar seus conhecimentos para os não-índios.

Esse entendimento, o da atuação do pajé como obstáculo ao fazer saúde, faz com que muitos Distritos optem por não desenvolver ações com esses cuidadores tradicionais, incrementando ainda mais o abismo que existe entre as lógicas

que informam a atuação das equipes e as epistemos que sustentam os saberes e as práticas indígenas.

Dentre as atividades recorrentes realizadas com as parteiras por 10 (dez) dos DSEIs que responderam ao roteiro encontramos a promoção de encontros para troca de experiências e oficinas e cursos de capacitação de parteiras como recorrentes. Alguns entendimentos convergentes tendem a emergir no que diz respeito aos objetivos a serem alcançados por esse tipo de atividade.

Para o DSEI Cuiabá os encontros de saberes com parteiras indígenas e uma forma de instrumentalizar os profissionais de saúde para fazer uma atenção ao pré-natal e ao parto diferenciada junto as gestantes e parturientes indígenas. O DSEI Caiapó propõe a realização de um projeto com as parteiras para que as mesmas incentivem as gestantes a frequentarem o posto de saúde Da mesma forma, o DSEI Tapajós afirma que as ações com as parteiras tradicionais fazem com que as mesmas se comprometam em colaborar com a assistências e, assim, qualificar os serviços Nesse caso, o fortalecimento do protagonismo indígena propiciado pelos encontros de saberes, teriam um impacto direto na qualidade da atenção prestada as comunidades indígenas, na medida em que contribuiriam para criar vínculos entre os

cuidadores tradicionais e os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

O DSEI Tocantins, por sua vez, realizou pesquisa de campo para fazer o cadastro das parteiras tradicionais atuantes em seu território. Para qualificar a atuação das cuidadoras indígenas, o Distrito promoveu oficinas com as mesmas empregando a metodologias desenvolvida pela Organização Não Governamental Curumim. Segundo o roteiro, o resultado alcançado por essas ações diz respeito ao fato de "todas as parteiras cadastradas passaram pela oficina de encontro de saberes, onde tiveram a oportunidade de discutir e aperfeiçoar seus conhecimentos relacionados as boas práticas do parto natural. Após o encontro, todas as parteiras receberam um kit com 35 itens disponibilizado pela Rede Cegonha" (DSEI Tocantins).

O DSEI Parintins também fez o mapeamento das parteiras indígenas, com o intuito de expandir as opções de recursos terapêuticos e promover a integração dos serviços de atenção as práticas tradicionais". Posteriormente realizou cursos de capacitação com as parteiras, em parceria com a ONG Curumim. Da mesma forma, o DSEI Manaus também promove cursos para capacitar as parteiras tradicionais de modo a qualificar o cuidado

prestado por elas as gestantes e parturientes indígenas.

A visão que reduz as medicinas tradicionais indígenas ao uso de plantas medicinais e aos especialistas indígenas, tendem a desenraizar os pajés e as parteiras dos contextos sociais e culturais que os produzem enquanto referência de cuidados, para apreende-los de modo a permitir que eles sirvam aos objetivos dos serviços de saúde. Para tanto eles precisam ser qualificados. Essa é a lógica que informa, por exemplo, os cursos/oficinas de capacitação de parteiras indígenas. Podemos perceber que as ações voltadas para o mapeamento/cadastro das parteiras para submetê-las, posteriormente, a cursos e/ou oficinas de capacitação encerram essa ideia para que os cuidadores tradicionais, dentre eles as parteiras, contribuam para com o fazer das equipes e para o alcance dos objetivos em saúde oficialmente eles precisam ser qualificadas a partir dos parâmetros biomédicos.

Por outro lado, a representação acerca dos cuidadores no âmbito dos DSEIs, além de reduzi-los aos especialistas, desconsiderando os saberes, práticas e cuidadores que atuam na dimensão familiar do cuidado, também operam com categorias generalizantes que desconsideram ou desconhecem a diversidade dos próprios especialistas que atuam no

âmbito dos sistemas sociomédicos indígenas. A descrição apresentada sobre os cuidadores demonstra o entendimento de que os pajés e as parteiras possuem um modo de atuar "universal", que se reproduz de igual modo entre todas as etnias. Nesse caso, o fato dos roteiros não fazerem menção aos diferentes tipos de especialistas que existem em cada povo, também demonstra o quanto o universo das medicinas tradicionais indígenas ainda e pouco compreendido pelos trabalhadores de saúde. Alguns DSEIs (4) identificam a necessidade de se ter um maior conhecimento sobre esses universos sociomédicos, para tanto propõe iniciativas de investigação, diagnóstico e pesquisa sobre as medicinas tradicionais dos povos indígenas. Tais iniciativas devem ser incentivadas.

Por outro lado, dificilmente, as ações voltadas para a valorização das medicinas tradicionais indígenas realizadas pelos DSEIs contam com a participação das comunidades indígenas no processo de elaboração e implementação da proposta. Dos 23 Distritos, apenas 5 (cinco) mencionam contar com a participação de indígenas no planejamento das ações. Por sua vez, apenas 1 (um) menciona apoiar as iniciativas autônomas das comunidades indígenas, sendo esse o caso do DSEI Alto Rio Juruá.

Dessa forma concluímos que, apesar do grande potencial para a articulação entre os serviços de saúde e as práticas tradicionais dos povos indígenas, ainda prepondera nos DSEIs uma visão generalista sobre as medicinas indígenas, sustentada sobre o paradigma da doença e focada na dimensão dos especialistas. Esse entendimento que informa o modelo de atenção orientado para a doença, e corroborado pelo fato das práticas tradicionais de promoção e de proteção à saúde, via de regra, não serem reconhecidas pelos Distritos (apenas o DSEI Cuiabá as menciona no roteiro), e sim somente aquelas que tem um caráter terapêutico e de recuperação da saúde. Por isso também, a dimensão familiar dos sistemas de saúde tradicionais indígenas, lugar onde ocorrem as decisões acerca de quais os recursos recorrer durante os itinerários terapêuticos permanecem invisíveis.

Operar a partir do paradigma de atenção focado na doença faz com que se reforce a ideia de que as culturas indígenas, das quais fazem parte a atuação dos pajés e até mesmo o uso de plantas, se apresente como obstáculo a atuação das EMSI ao próprio fazer saúde.

Nesse caso, é preciso que se pense ações para se desconstruir os estereótipos e as relações de poder coloniais que ainda desconhecem a potência criativa e emancipatória dos saberes,

práticas e cuidadores indígenas Se faz necessário compreender, por exemplo, que quando os indígenas resistem as prescrições das equipes quando indicam remédios a base de plantas para tratar os problemas de saúde, não se trata necessariamente de preferirem os remédios industrializados e terem esquecido seus saberes e práticas tradicionais, mas sim que estão resistindo ao tipo de relação proposta pelo profissional de saúde já que ao indicar plantas para o tratamento das doenças ele estaria se sobrepondo aos próprios cuidadores tradicionais, a quem cabe a responsabilidade, no âmbito da comunidade, de prescrever o tratamento tradicional e os remédios à base de plantas Prescrever planta, aos olhos da comunidade indígena, não é o papel do profissional deve desempenhar no contexto intermédico da atenção à saúde.

Portanto, para que as estratégias de articulação entre saberes sejam efetivadas de modo menos assimétrico se faz necessário, então, desconstruir o imaginário vigente no âmbito dos DSEIs sobre as medicinas tradicionais indígenas e criar condições para que um novo conhecimento, intercultural e emancipatório, surja a partir de uma maior abertura aos sistemas de saúde dos povos indígenas e uma compreensão mais profunda acerca das epistemes que os sustentam, bem

como de suas dinâmicas socioculturais complexas.

Proposta Estratégica de Implementação do Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena

Apesar das limitações e dificuldades existentes para a implementação de estratégias emancipatórias de articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas já existem 19 (dezenove) DSEIs realizando ações e iniciativas no sentido de atuar de forma conjunta as medicinas indígenas, as suas práticas e praticantes. Desses, 10 (dez) Distritos possuem profissionais ou grupos de trabalho que atuam como responsáveis técnicos pela articulação e execução das ações.

A implementação do Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena, portanto, deve partir do reconhecimento e valorização das experiências que já vem sendo realizadas no âmbito dos territórios distritais. Porém, a estratégia de implementação desse programa deve operar por etapas, onde os DSEIs que já vem realizando ações possam ser incentivados e fortalecidos a qualificar as suas iniciativas, alinhando-as as diretrizes e princípios do Programa. Tais Distritos constituir-se-ão como pontos demonstrativos a partir dos quais deverão se multiplicar as iniciativas e

experiências exitosas de articulação entre saberes, até que o Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena esteja implementado em 100% dos territórios sanitários. Nesse caso, os DSEIs onde o programa será inicialmente implantado serão referências e aliados no processo de implementação das ações nos demais Distritos.

Esse processo participativo e rizomático de implementação da política pública, possibilitará a conformação de uma rede de articulação entre saberes que congregará trabalhadores da saúde que atuam nos Distritos, tanto na gestão quanto na atenção, representantes do Controle Social, líderes e cuidadores de diferentes povos indígenas. Essa rede poderá apoiar e subsidiar a elaboração, implementação e execução no âmbito dos DSEIs.

Inicialmente propomos a implementação da proposta em três etapas semestrais:

Semestre	Nº DSEIs
2º de 2018	11 DSEIs
1º de 2019	12 DSEIs
2º de 2019	11 DSEIs

Dentre os critérios a serem observados para a escolha dos DSEIs que acolherão inicialmente,

o Programa Articulado Saberes em Saúde Indígena, estão:

1) Desenvolver iniciativas para o reconhecimento e a valorização dos saberes, práticas e cuidadores dos sistemas de saúde tradicionais indígenas,

2) Ter instância de referência no âmbito do DSEI para as ações de medicina tradicional indígena,

3) Abracar diferentes aspectos das medicinas tradicionais indígenas em suas ações (visão sistêmica e ampliada de saúde),

4) Incentivar a transversalização programática da articulação com as medicinas tradicionais indígenas,

5) Realizar ações de pesquisa para aprofundar e qualificar as ações de articulação com os saberes e práticas indígenas,

6) Promover a participação dos indígenas na elaboração das propostas de articulação de saberes desenvolvida no âmbito dos Distritos,

7) Existir iniciativas dos povos indígenas no território adstrito ao DSEI para fortalecer os saberes, práticas e cuidadores tradicionais da saúde,

8) Ter respondido ao roteiro de Mapeamento de práticas/iniciativas que visem

a Articulação dos sistemas de saúde oficial aos sistemas de saúde Tradicionais indígenas existentes nos DSEIs.

Diante disso, a proposta de instalação do processo de implantação do Programa de Articulação de Saberes em Saúde Indígena contempla a totalidade dos 34 DSEIs, conforme o seguinte cronograma estratégico:

Periodo	DSEIs		
2º Semestre de 2018 (11 DSEIs)	Pernambuco		
	Ceara		
	Tocantins		
	Cuiaba		
	Tapajos		
	Alto Rio Negro		
	Parintins		
	Medio Rio Purus		
	Leste de Roraima		
	Alto Jurua		
	Interior Sul		
1º Semestre de 2019 (12 DSEIs)	Potiguara		
	Alagoas e Sergipe		
	Bahia		
	Minas Gerais e Espirito Santo		
	Araguaia		
	Xavante		

	Kayapo do Mato Grosso		
	Porto Velho		
	Vilhena		
	Manaus		
	Alto Rio Solimões		
	Litoral Sul		
2º Semestre de 2019	Medio Rio Solimões		
	Vale do Javari		
	Yanomami		
	Alto Rio Purus		
	Mato Grosso do Sul		
	Xingu		
	Amapá e Norte do Pará		
	Guamá-Tocantins		
	Kayapo do Pará		
	Maranhão		
Bibliografia			
<i>BONET, O Saber Sentir uma etnografia da aprendizagem da biomedicina Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 2004</i>			
<i>BRASIL Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas Brasília Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002</i>			

MINISTÉRIO DA SAÚDE Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Brasília, 2013 [http //www.redehumanizasunet/sites/default/files/proiетоapoiointegralaosdsei-pnh-sesai.pdf](http://www.redehumanizasunet/sites/default/files/proiетоapoiointegralaosdsei-pnh-sesai.pdf)

FERREIRA, L O Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição – entre discursos oficiais e vozes indígenas Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013

OSORIO, Patrícia (orgs) Medicina tradicional indígena em contextos - Anais da V Reunião de Monitoramento Brasília Projeto Vigisus II/Funasa 2007

GARNELO, L (2004) Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil Análise Situacional do Período de 1990 a 2004 Rondônia, UNIR/ENSP Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012) Os indígenas no Censo Demográfico 2010 primeiras considerações com base no quesito cor ou raça Rio de Janeiro IBGE

GREENE, 8 The shamans needie development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru Amencan Ethnologist, v 25 n 4, 1998

ANGDON, E J Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio Saúde e Sociedade, 16(2) 7-12 2007

Representação de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana In SANTOS, Ricardo V, COIMBRA JÚNIOR, Carlos (Orgs) Saúde e povos indígenas Rio de Janeiro Fiocruz, 1994 p 115-141

Saúde Indígena Política Comparada na América Latina Santa Catarina, Editora da UFSC, 2015

Uma avaliação critica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde In LANGDON, E J , GARNELO, L (Orgs) Saúde dos Povos Indígenas - reflexões sobre antropologia participativa Rio de Janeiro Contra Capa Livraria/ABA, 2004

Xamanismo no Brasil novas perspectivas Florianópolis UFSC, 1996

DIEHL, E Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena reflexões a partir do sul do Brasil Saúde e Sociedade, 16(2) 19-36 2007

GARNELO, L Saúde dos povos indígenas - reflexões sobre antropologia participativa Rio de Janeiro, ABA/Contracapa, 2004

MENENDEZ, E Modelo de atenção de padecimentos exclusões ideológicas e articulações praticas In MENENDEZ, E Sujeitos, Babares e Estruturas – uma

introdução ao enfoque relacionai no estudo da saúde coletiva São Paulo Hucitec, p 17-70 2009

NOVO, M P Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu Brasília, AB'A/Paralelo 15, 2010

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005 Ginebra, 2002 Disponível em [http //www amhb org br/media/estrategia pdf](http://www.amhb.org.br/media/estrategia.pdf) Acesso em 12abr 2008

SANTOS, Ricardo V, COIMBRA JÚNIOR, Carlos (Orgs) Saúde e povos indígenas Rio de Janeiro Fiocruz, 1994 p 115-141

SEEGER, A DA MATTA, R , VIVEIROS DE CASTRO, E A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras In OLIVEIRA FILHO, J P (org) Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil Rio de Janeiro Marco Zero e UFRJ, 1987

TEIXEIRA, O , GARNELO, I Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014

TORNQUIST, O S Parto e poder o movimento pela humanização do parto no Brasil Tese de Doutorado Florianópolis PPGAS/UFSC, 2004

VARGA, I V D Indigenismo Sanitario'? - Instituições, Discursos e Políticas Indígenas

no Brasil Contemporâneo Cadernos de Campo, 2(2), p 132-142 1992

VIVEIROS DE CASTRO, E A fabricação do Corpo na Sociedade Xinguana In Oliveira Filho, J P (org) Sociedades indígenas e mdigenismo no Brasil Rio de Janeiro Marco Zero e UFRJ, 1987

CONTEXTO FINANCEIRO BÁSICO E COMPROMISSOS ORÇAMENTÁRIOS

- Montante e extensão de incentivos, dedução de impostos (incentivos fiscais) e subsídios para o setor privado da saúde.

Esta informação não está disponível.

- Montante e extensão de incentivos estatais à indústria farmacêutica privada.

Esta informação não está disponível.

CAPACIDADES ESTATAIS

- Incorporação em documentos oficiais (política pública) do conceito básico de atenção primária de saúde integral e universal.

- Portaria GM/MS Nº 1820, de 13 de agosto de 2009
- Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 Anexo XXI, Capítulo I
- Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011 (I Plano Operativo da PNSILGBT)
- Resolução Nº 26, de 27 de outubro de 2017 (II Plano Operativo da PNSILGBT)
- Portaria GM/MS Nº 2 803 de 19 de novembro de 2013
- Portaria GM/MS Nº 2 836 de dezembro de 2011
- Portaria GM/MS Nº 2 837, de 1- de dezembro de 2011
- Portaria GM/MS Nº 598, de 21 de maio de 2015

- Acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde por jurisdição e região geográfica.

Disponível em anexo:

- Percentual da população com acesso frequente a medicamentos essenciais oncológicos e/ou genéricos por local de residência (urbano/rural). (Somente se mencionam os retrovirais).

Disponível em anexo 1:

- Percentual de serviços de saúde de responsabilidade pública subcontratados a companhias privadas ou outros tipos de prestadores.

Disponível em anexo 1:

- Cobertura dos programas de atenção primária em saúde. Trata-se da cobertura efetiva, não somente formal.

Disponível em anexo:

- Cobertura de programas de assistência a adultos e idosos.

Há, no Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que está em processo de implementação em todos estados.

Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pelos municípios. A Caderneta é um instrumento estratégico que tem como objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas com 60 anos ou mais, no âmbito do SUS, esta ação está articulada com a capacitação dos profissionais visando a sua correta utilização. Até o mês de maio de 2018, 2 517 municípios fizeram a adesão, se comprometendo a realizarem a implementação da mesma em etapas, conforme pactuação. Do total de municípios que aderiram, 1 561 já receberam e estão usando este instrumento no âmbito de seus programas de assistência aos idosos.

• Portaria GM/MS Nº 1707, de 18 de agosto de 2008 • Portaria SAS/MS Nº 457, de 19 de agosto de 2008 • Portana nº 992, de 13 de maio de 2009 • Portana GM/MS Nº 2 866, de 02 de dezembro de 2011 • Portana Nº 2 836/11, de 01 de dezembro de 2011 • Portaria nº 2 761/13, de 19 de novembro de 2013 • - Alcance, jurisdição e financiamento de uma política nacional sobre medicamentos essenciais, oncológicos e medicamentos genéricos (somente são mencionados os retrovirais). <i>Esta informação não está disponível.</i>		<i>A Caderneta permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde, seus hábitos de vida, o rastreamento dos idosos mais vulneráveis, além de ofertar orientações para o autocuidado. Contribui, também, para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação e cuidado integral da saúde da pessoa idosa.</i> - Cobertura de planos de saúde por sexo, idade e região geográfica por qualidade de cotistas ou beneficiários. <i>Esta informação não está disponível.</i>
SINAIS DE PROGRESSO		
	- Existência de planos/políticas para fortalecer a adaptabilidade cultural dos serviços de saúde sob um enfoque de direitos e étnico. (Solicita-se seja ampliada a	

informação sobre atenção a pessoas trans e LGBT em geral no Sistema Único de Saúde).

Devido ao preconceito existente na sociedade a população LGBT, em especial travestis e transexuais, sofre exclusão social, muitas vezes sendo submetidos a situação de pobreza e vulnerabilidades sociais como a dificuldade em acessar serviços públicos.

A vivência cotidiana de situações de violência, preconceito e discriminação, e que são muitas vezes agregadas pela condição de raça/cor, faz com que uma grande parcela da população LGBT abandone os estudos, prejudicando assim sua inserção no mercado de trabalho e o livre e pleno exercício de sua cidadania. Esses determinantes sociais vulnerabilizam a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema dos direitos de LGBTs vem sendo pautado em instâncias do SUS. Em 2007, na 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde dos indivíduos foram incluídos na análise da determinação social da saúde. Nesta conferência, como uma estratégia para o debate permanente, foi recomendada a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.

Em 2009 a identificação pelo nome social, usado por travestis e transexuais, foi garantida no SUS pela

Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria GM/MS Nº 1820, de 13 de agosto de 2009) Por isso, independente do registro civil ou de decisão judicial, e direito do usuário do SUS ser identificado e atendido nas unidades de saúde pelo nome de sua, preferência. No entanto, o cadastro do Cartão Nacional de Saúde não recolhe informações de orientação sexual e identidade de gênero.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2009 e publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2 836, de 1º de dezembro de 2011 (substituída pela Portaria de Consolidação Nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 Anexo XXI, Capítulo I). Considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e visa a eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população.

As diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT estão voltados, para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades e vulnerabilidades relacionadas a essa população. Enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica promover a democracia social, a laicidade do Estado e ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito a saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde.

Essa Política apresenta os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate a LGBTfobia, e a discriminação nas instituições e serviços do SUS.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e constituída por um conjunto de princípios éticos e políticos expressos em uma marca que reconhece os efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT:

- 1- respeito aos direitos humanos LGBT contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença,*
- 2- contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança,*
- 3- inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos*

de vida, raça etnia e território,

- 4- eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral,*
- 5- implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos as pessoas transexuais e travestis*
- 6- difusão das informações pertinentes ao acesso, a qualidade da atenção e as ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS,*
- 7- inclusão da tematica da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais,*
- 8- produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando a melhoria da condição de saúde da população LGBT e,*
- 9- fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais*

instâncias de participação social.

Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) tem como objetivo apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais, para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

O I Plano Operativo da PNSILGBT (2012-2015) foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado na Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011

O II Plano Operativo da PNSILGBT (2017-2019) foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado na Resolução Nº 26 de 27 de outubro de 2017

O II Plano Operativo da PNSILGBT está estruturado em cinco eixos:

- 1- Acesso da população LGBT a atenção integral a saúde,*
- 2- Promoção e vigilância em saúde,*
- 3- Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação,*

4- Mobilização, articulação, participação e controle social, e,

5- Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT

Os cinco eixos devem ser observados na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados a população LGBT, com as seguintes estratégias:

- a. Qualificar e fortalecer o acesso da população LGBT aos serviços de saúde na atenção básica, de forma humanizada, livre de preconceito e discriminação, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB,*
- b. Qualificar e fortalecer o acesso da população LGBT a atenção especializada, de forma humanizada, livre de preconceito e discriminação, em especial o acesso de travestis, mulheres transexuais e homens trans ao Processo Transsexualizador no SUS,*
- c. Aperfeiçoar os instrumentos de vigilância em saúde, inserindo os quesitos de orientação sexual, identidade de gênero e nome social, e desenvolver estratégias para qualificar as informações em saúde*

da população LGBT,

- d. Produzir conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde para transformação da prática de gestão e de atenção a saúde, com foco no enfrentamento da discriminação e do preconceito institucional,*
- e. Fortalecer a inserção dos temas relativos a equidade, orientação sexual e identidade de gênero nos processos de educação permanente dos trabalhadores do SUS, em conformidade com a Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XL,*
- f. Valorizar práticas e saberes tradicionais e populares, com metodologias participativas e problematizadoras, para a promoção da equidade em saúde com foco na população LGBT, em conformidade com a Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo V,*
- g. Estimular a atuação da população LGBT nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde,*

- h. Fortalecer a participação da população LGBT em processos de educação para o controle social no SUS,*
- i. Desenvolver instrumentos de avaliação e monitoramento das ações relacionadas a Política Nacional de Saúde Integral LGBT*

Ações e Estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde

Devido a discriminação e ao preconceito ainda presentes na sociedade, a população LGBT enfrenta iniquidades e vulnerabilidades em saúde. A fim de promover melhorias na situação de saúde dessa população diversas ações vem sendo implementadas, entre elas:

- Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) - Portaria GM/MS Nº 1 820. De 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde entre eles o direito ao uso do nome social,*
- Redefinição e ampliação do Processo Transexualizador no SUS, por meio da Portaria GM/MS Nº 2 803 de 19 de novembro de 2013 (substituída pela Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 Anexo 1 do Anexo XXI),*

- *Alteração da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)*
A partir da versão 5 Odo Sinan essa ficha conta com campos para preenchimento do nome social (quando houver), identidade de gênero e orientação sexual da pessoa que foi agredida Também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação homo/lesbo/bi/transfóbica Saiba mais sobre o SINAN em [http //portalsinan saude gov br/violencia interpessoal-autoprovocada](http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada) e assista ao vídeo sobre a notificação de violências na população LGBT [https //www youtube com/watch?v=6t0vkt6dUGs](https://www.youtube.com/watch?v=6t0vkt6dUGs)
- *Alteração no Sistema de informação em Saúde para a Atenção Basica - SISAB (e SUS AB) A partir da versão 1.3 O, a Ficha de Cadastro Individual conta com um campo para o nome social no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) Essa ficha também possui um campo para preenchimento da identidade de gênero e orientação sexual do usuário Saiba mais sobre o e SUSABem [http //dab saude gov br/portaldab/esus php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php)*
- *Desenvolvimento do Modulo de Educação a Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em parceria com a UNASUS e a UERJ O curso é gratuito e pode ser acessado em [https //avasus ufrn br/local/avasplugin/cursos/curso php?id=44](https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=44)*

ou [http //www unasus gov br/politica de saúde lgbt](http://www.unasus.gov.br/politica_de_saude_lgbt)

- *Desenvolvimento da pesquisa 'Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral a saúde da população LGBT no SUS', em parceria com a UnB (Coordenação Executiva) e pesquisadores de diversos estados. Suas atividades podem ser acompanhadas em [http //wwwj nesp unb br/saudelgbt](http://wwwj.nesp.unb.br/saudelgbt)*
- *Desenvolvimento do Observatório de Saúde LGBT, em parceria com a UnB. Acesse o portal do Observatório em [http //www nesp unb br/saudelgbt](http://www.nesp.unb.br/saudelgbt)*

Necessidades e Especificidades em Saúde da População LGBT

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso a moradia e a alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação como no caso das LGBTfobias, que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

E preciso compreender, por outro lado, que estas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham lado a lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, do racismo e da misoginia. A discriminação e o preconceito também contribuem para exclusão social das populações que vivem a condição do isolamento territorial, como no caso dos que vivem no campo, na floresta, nos quilombos, nas ruas ou em nomadismo, como o povo Rom (os assim chamados ciganos).

Principais determinantes de saúde para a população LGBT

- *Violência física psicológica e sexual,*
- *Falta de informações corretas e com linguagem adequada,*
- *Referências/elos familiares fragilizados,*
- *Crenças e posturas moralistas que não reconhecem a diversidade, os direitos sexuais e direitos reprodutivos,*
- *Falta de compreensão e reconhecimento das vulnerabilidades específicas dessa população,*
- *Não respeito a importância e ao uso do nome social,*
- *Comportamentos LGBTfobicos nos serviços de saúde e entre seus profissionais. Temáticas relacionadas a diversidade sexual não fazem parte da formação acadêmica e profissional da maioria dos profissionais de saúde.*

Principais avanços da PNSILGBT

1- Processo Transexualizador no SUS

Entre 2016 e 2018 a rede de serviços habilitados no Processo Transexualizador foi ampliada, passando de 5 para 10 serviços:

- *HC da UFPE em Recife/PE - serviço ambulatorial e cirúrgico*
- *HC da UFG, em Goiânia/GO - serviço ambulatorial e cirúrgico*
- *HC da UFU, em Uberlândia/MG - serviço ambulatorial*
- *HU da UERJ, no Rio de Janeiro/RJ - serviço ambulatorial e cirúrgico*
- *LEDE, no Rio de Janeiro/RJ - serviço ambulatorial*
- *HC da USP, em São Paulo/SP - serviço ambulatorial e cirúrgico*
- *CRT de DST/Aids, em São Paulo/SP - serviço ambulatorial*
- *HUCAM da UFES, em Vitória/ES - serviço ambulatorial*
- *Ambulatório do CPATT, em Curitiba/PR - serviço ambulatorial*
- *HC da UFRGS, em Porto Alegre/RS- serviço ambulatorial e cirúrgico*

Estão em processo de credenciamento habilitação pelo Ministério da Saúde conforme a nova Portaria (Portaria

	<i>MS nº 803 de 2013), serviços das seguintes localidades João Pessoa/PB e Salvador/BA</i> <i>Ainda em 2017 foi realizada a Oficina "Processo Transexualizador no SUS Avanços e Desafios-formação temática para gestores e profissionais de saúde", com o objetivo de apresentar subsídios para a construção do atendimento integral no Processo Transexualizador no SUS, a partir da interlocução com a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares.</i> <i>2- Promoção e vigilância em Saúde, Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT e Mobilização, articulação, participação e controle social</i> <i>Oferta do Módulo de Educação a Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, voltado para profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente os que atuam na Atenção Básica e ofertado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e pela plataforma AVASUS Total de capacitados de 2015 a 2017 17 972. O curso e auto instrucional, ofertado na plataforma AVASUS, possui 45h de duração e há certificação para os concluintes.</i> <i>3- Pesquisa Proadi-SUS</i> <i>Em 2018, a proposta de Pesquisa "SAÚDE</i>	
--	--	--

TRANS Qualidade e segurança na atenção e cuidado a saúde de travestis e transexuais" apresentada pela SGEF foi aprovada no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi SUS) R\$ 10 milhões serão destinados a execução do projeto. A pesquisa será realizada pelo Hospital Israelita Albert Einstein no triênio 2018-2020 e tem como objetivo mapear, avaliar e sistematizar informações sobre os procedimentos cirúrgicos, a hormonioterapia no Processo Transexualizador e ao bloqueio da puberdade, com vistas a abordar aspectos práticos do processo de transição de gênero e seus reflexos e impactos na saúde física e mental dos usuários, em especial em relação a doenças prevalentes por condições biológicas ou determinações sociais em recortes populacionais específicos.

4- PDCT da hormonioterapia

- O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-PCDT para a hormonioterapia no Processo Transexualizador esta em fase de elaboração pela instituição executora.*

Processo transexualizador no SUS

Instituído pelas Portarias Nº 1 707 e Nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria Nº 2 803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de

saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico a identidade de gênero e social.

A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador e estruturada pelos seguintes componentes:

- 1. Atenção Básica e o componente da Rede de Atenção a Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita além de ser a porta de entrada prioritária do(a) usuário(a) na rede.*
 - 1.1. As Unidades Básicas de Saúde devem realizar o acolhimento, o cuidado, o acompanhamento e, quando necessário, conforme identificação previa de suas demandas o encaminhamento aos serviços especializados no Processo Transexualizador (Atenção Especializada).*
- 2. Atenção Especializada e um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.*
 - 2.1. Os serviços especializados no Processo*

Transexualizador (Atenção Especializada) devem realizar o acolhimento, o cuidado, o acompanhamento dos(as) usuarios(as) com demanda no Processo Transexualizador, para realização de procedimentos ambulatoriais e/ou cirúrgicos, contemplados pela Portaria N^o 2 803, de 19 de novembro de 2013.

O componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador inclui as seguintes modalidades:

- Ambulatorial acompanhamento clínico, hormonioterapia e, quando for o caso, acompanhamento pré e pós-operatório.*
- Hospitalar realização de cirurgias e acompanhamento pre e pos-operatorio.*

É possível habilitar serviços somente em uma modalidade ou em ambas. Os serviços podem ser definidos conforme critérios dos gestores locais, não havendo mais a exigência para habilitação de que sejam implantados somente em hospitais universitários.

Unidades habilitadas

O SUS conta com nove serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no Processo Transexualizador. Desses, cinco realizam atendimento ambulatorial e cirúrgico, e outros quatro realizam atendimento apenas ambulatorial.

*Serviços do Processo Transexualizador com
ambulatorial e cirúrgico:*

Serviço	Endereço	Telefone
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC UFPE)	Av Professor Moraes Rego S/N Cidade Universitária Recife/PE CEP 50740 900	81 3031 3831
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC UFG)	Primeira Avenida S/N QD 68 area 1, Setor Leste Universitario Goiania/GO CEP 74605 050	62 9971 8552
Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitario Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE UERJ)	Av 28 de setembro nº 77 5ª andar Bairro Vila Isabel Rio de Janeiro/RJ CEP 20550 900	21 2705 4129
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP)	Rua Dr Ovidio Pires de Campos nº 255 Cerqueira Cesar São Paulo/SP CEP 05403 000	11 2661 8111
Programa de Identidade de Genero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HC UFRGS)	Rua Ramiro Barcelos nº 2350 Largo Eduardo Faraco Santana Porto Alegre/RS CEP 90035 903	51 3359 8286

*Serviço do Processo Transexualizador com
atendimento apenas ambulatorial:*

Serviço	Endereço	Telefone
Ambulatorio de Saude Integral de Travestis e Transexuais do Hospital das Clinicas de Uberlandia	Av Para nº 1720 Umuarama Uberlandia/MG CEP 38405 320	34 3254 1914
Ambulatorio de Disforia de Genero do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)	Rua Moncorvo Filho nº 90 Centro Rio de Janeiro/RJ CEP 20211 340	21 2332 7159
Ambulatorio de Saude Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referencia e Treinamento (CRT) em DST/AIDS de Santa Cruz	Rua Santa Cruz nº 81 Vila Mariana São Paulo/SP CEP 04121 000	11 5067 9984
Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	Rua Barão do Rio Branco nº 465 Centro Curitiba/PR CEP 80010 180	41 3304 7567

Além dos nove serviços habilitado pelo Ministério da Saúde, existem também na rede de saúde pública serviços ambulatoriais destinados ao atendimento de travestis e transexuais criados por iniciativa da gestão local ou dos próprios estabelecimentos de saúde mas que ainda não são habilitados:

Ambulatorio transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URED/PE)	Tv Magno de Araújo Passagem Isabel Telegrafo Sem Fio S/N Belém/PA CEP 66 113 240	91 3244 5364
Ambulatorio para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	Av Dom Pedro II nº 1826 Barro da Torre João Pessoa/PB CEP 58 040 903	83 3218 5416
Ambulatorio do Centro Estadual Especializado em Diagnostico Assistencia e Pesquisa (CEDAP)	Rua Comendador Jose Alves Ferreira nº 240 Garcia Salvador/BA CEP 40100 160	71 3116 8867
Ambulatorio Trans do Hospital Universitario da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto Clínica Escola de Fonoaudiologia	Rua Laudelino Freire nº 182 Galena Comercial Jose Augusto Vieira 2º andar Centro Lagarto/SE CEP 49400 000	79 3631 7075
Ambulatorio de Saude de Homens Trans do Centro Integrado de Saude Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE)	Rua Visconde de Mamanguape S/N Encruzilhada Recife/PE CEP 52030 000	81 3182 7700
Ambulatorio de Saude Trans do Hospital de Saude Mental Professor Frota Pinto	Rua Vicente Nobre Macedo S/N Messejana Fortaleza/CE CEP 60841 110	85 3101 4332/ 4348
Ambulatorio Trans DF	Hospital Dia Entreequadra 508/509 Sul Asa Sul Brasilia/DF CEP 70200 050	61 3242 9407
Ambulatorio de Transexualidade do Hospital Geral de Goiania Alberto Rassi (HGG)	Av Anhanguera nº 6479 Setor Oeste Goiania/GO CEP 74110 010	62 3209 9800
Ambulatorio de Saude de Travestis e Transexuais do Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)	Av Senador Filinto Muller nº 355 Cidade Universitaria Vila Ipiranga Campo Grande/MS CEP 79080 190	67 3345 3138

Programa Transexualizador do Hospital Universitario Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM)	Av Mal Campos nº 1355 Santa Cecilia Vitoria/ES CEP 29043 260	27 3335 7155
Ambulatorio Transdisciplinar de Identidade de Genero e Orientação Sexual (AMTIGOS) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo (IPq/HC USP)	Av Rebouças nº 381 Jardim Paulista São Paulo/SP CEP 05401 000	11 3864 1782 / 2661 6576
Ambulatorio do Nucleo de Estudos Pesquisa Extensão e Assistencia a Pessoa Trans Professor Roberto Farina da UNIFESP	Rua Napoleão de Barros nº 859 Vila Clementino São Paulo/SP CEP 04024 002	
Ambulatorio de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo Campus Ribeirão Preto	Av Bandeirantes nº 3900 HCRP 1º andar Campus Universitario Ribeirão Preto/SP CEP 14049 900	16 3602 1000
Ambulatorio Municipal de Saude Integral de Travestis e Transexuais	Rua Rosario nº 1903 Vila Moreira São Jose do Rio Preto/SP CEP 15030 560	17 3216 9781 / 3235 6667
Atenção a saúde de travestis e transexuais na Atenção Basica de São Paulo	Rua Albuquerque Lins nº 40 Santa Cecilia São Paulo/SP CEP 01230 000	11 3975 5675
Ambulatorio para pessoas travestis transexuais transgenero do Centro de Saude da Lagoa	Rua João Pacheco da Costa 255 Lagoa da Conceição Florianopolis/SC CEP 88010 102	48 3232 0639

Ainda que tais serviços tenham formatos diversos e ainda não estejam disponíveis em todas as regiões do

país, eles têm como característica comum a atenção multiprofissional e trabalham articulados aos serviços de referência do Processo Transsexualizador.

As cirurgias de redesignação sexual são esterilizantes e cabe ao profissional de saúde esclarecer aqueles(as) que desejam submeter-se a cirurgia, acerca deste efeito bem como, na medida do possível informar quanto aos recursos disponíveis para conservação de óvulos ou espermatozoides, caso seja da vontade do(a) usuário(a) fazê-lo com vistas à reprodução assistida. Isto deve ocorrer porque as pessoas transexuais devem ter seus direitos reprodutivos respeitados.

Normativas sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT

- *Portaria GM/MS Nº 2 836 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A Política considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e visa a eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população, estabelecendo diretrizes, ações e estratégias de formação e capacitação dos/das profissionais de saúde, difusão de informações pertinentes ao acesso, a qualidade da atenção à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais;*
- *Resolução CIT Nº 2, de 6 de dezembro de 2011 - estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde*

Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

- *Resolução CIT nº 26, de 27 de outubro de 2017 dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde*

Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT

- *Portaria GM/MS nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, que redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT);*
- *Portaria GM/MS nº 598, de 21 de maio de 2015 que aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.*

Processo Transsexualizador no SUS

- *Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 - institui Diretrizes Nacionais para o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS,*
- *Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 - Regulamentação do Processo*

Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS,

- *Portaria Nº 2 803, de 19 de novembro de 2013 - Redefine e amplia o Processo Transexualizador realizado pelo SUS, garantindo o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico a identidade de gênero e social.*

Nome Social

- *Portaria Nº 1 820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, e publicação Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome social,*
- *Nota Técnica DATASUS ns 18/2014, que informa sobre o preenchimento do campo nome social e a impressão do Cartão Nacional de Saúde - CNS,*
- *Decreto Nº 8 727, de 28 de abril de 2016 que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional,*
- *Alteração da ficha de notificação de violências*

interpessoais e autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) A partir da versão 5 O do Sinan de outubro de 2014, essa ficha conta com campos para preenchimento do nome social (quando houver), identidade de gênero e orientação sexual da pessoa que foi agredida Também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação homo/lesbo/bi/transfóbica Mais informações sobre o SINAN em [http //portalsinan saude gov br/violencia interpessoal autoprovocada](http://portalsinan.saude.gov.br/violencia_interpessoal_autoprovocada)

IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO

ACESSO À INFORMAÇÃO PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO

- Percentual de prestadores de saúde com protocolos de confidencialidade da informação sobre saúde.

Esta informação não está disponível.

- Percentual de crianças nascidas com malformações fetais causadas por consumo de álcool e outro tipo de drogas.

Esta informação não está disponível.

ACESSO À JUSTIÇA

- Existência de escritórios públicos de mediação ou conciliação para resolver questões relacionadas a saúde.

- Número de decisões judiciais que deram lugar a garantias em saúde em geral e em casos específicos (saúde sexual e reprodutiva, pessoas com HIV/AIDS, dentre outras).

Disponível em anexo 1:

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos que representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

Por direitos sexuais, entendemos:

- *O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a);*
- *O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual;*
- *O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças;*
- *O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física;*
- *O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual;*
- *O direito de expressar livremente sua orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade);*
- *O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução;*
- *O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS;*

- *O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação;*
- *O direito à informação e a educação sexual e reprodutiva.*

Já os direitos reprodutivos compreendem:

- *O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;*
- *O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;*
- *O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.*

No acompanhamento das mulheres e homens idosos, adultos, jovens e adolescentes, é essencial garantir seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos, respeitando sua autonomia e suas escolhas, considerando-as nas decisões e cuidados que afetam a sua saúde, de modo que as escolhas sejam realizadas de maneira informada e as decisões de maneira conjunta.

Nesse contexto, com base nos marcos referenciais internacionais e nacionais, o Ministério da Saúde tem atuado na formulação de políticas públicas para o fortalecimento e qualificação da atenção à saúde de

populações estratégicas e com maior vulnerabilidade social. Isso significa que abarca distintos segmentos populacionais, inclusive aqueles que vivenciam situações de vulnerabilidades e que interseccionam com aspectos importantes da Saúde Sexual e Reprodutiva, tais como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pessoas que exercem a prostituição e pessoas que vivem com HIV/AIDS, pessoas idosas, pessoas com deficiência, adolescentes e jovens.

A universalidade do direito a saúde como garantia de acesso aos serviços de qualidade, na promoção, proteção, e recuperação da saúde para todos, preconizado no Sistema Único de Saúde, une-se a prioridade de crianças e adolescentes, determinada pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), na formulação de políticas públicas que os(as) protejam e garantam os seus direitos atendendo-os(as) em suas especificidades contribuindo para um desenvolvimento harmonioso e saudável.

A garantia para os e as adolescentes dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos indica a importância da aceitação da individualidade e da autonomia desse segmento populacional, estimulando-os(as) a assumir a responsabilidade com sua própria saúde.

Assim, é fundamental reconhecer que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são universais - a

prática sexual e o exercício da maternidade e da paternidade são direitos que devem ser garantidos pelo Estado.

Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim, 1995), cujos objetivos estratégicos na área da saúde englobam a promoção e proteção dos direitos das mulheres e o acesso à serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e saúde reprodutiva de qualidade.

No âmbito nacional, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, tem como objetivos "estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral a saúde", por meio da ampliação e qualificação da atenção, garantia da oferta de métodos contraceptivos, ampliação do acesso às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais e estimulação da participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento reprodutivo.

Também no âmbito nacional, dentre os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) de 2009 está "estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral a saúde", por meio da ampliação e qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino,

inclusive a assistência a infertilidade, estimulação da participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável, promoção da prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, incentivo do uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez não planejada e das IST/AIDS, entre outros.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI/2006), em consonância com as convenções e planos internacionais para o envelhecimento, considera entre as suas diretrizes a importância de ações em saúde para a informação e promoção do sexo seguro. Destaca-se que Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (Plano de Madri, 2002) aponta que o idoso tem pleno direito de contar com acesso a assistência preventiva e curativa, incluída a reabilitação e os serviços de saúde sexual. O fomento de políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva das pessoas idosas também é previsto na Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas.

Em 2008, e incorporada a legislação brasileira a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada através do Decreto nº 6 949/2009, ratificando-a com equivalência de emenda constitucional, valorizando assim a atuação conjunta entre sociedade civil e governo em um esforço

democrático e possível para garantia da equiparação de oportunidades entre pessoas com e sem deficiência em todo o território nacional (CDPD, 2011).

Nesse sentido, destaca-se o reconhecimento das pessoas com deficiência em gozar o direito do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação. Além de garantir o acesso a serviços de saúde e programas de atenção à saúde na área de saúde sexual e reprodutiva, a fim de promover direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres com deficiência e/ou mobilidade reduzida.

Dentre os direitos previstos na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº 13 146/2015, destaca-se que toda pessoa com deficiência tem direito de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar, conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória, sem discriminação e em Igualdade de oportunidades.

**- Políticas de capacitação de juízes e advogados em matéria de direito à saúde.
Cobertura temática e alcance.**

Esta informação não está disponível.

SINAIS DE PROGRESSO

Características e cobertura dos meios que difundem informação às pessoas sobre seus direitos em relação à saúde, em particular, na população indígena.

Em relação as ações desenvolvidas pelo Departamento de Ouvidora-geral do SUS (DOGES/SGEP/MS), com destaque ao "indicador TV características e cobertura dos meios que difundem informações as pessoas sobre seus direitos em relação a saúde, em particular, na população indígena" (DOGES), o Departamento de Ouvidora-geral do SUS juntamente com as Ouvidorias dos Municípios e Estados(rede do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS), atuam com ações para o fomento a participação social, para a disseminação de informações em saúde e para a mediação entre as necessidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. Atualmente existem 1815 ouvidorias catalogadas pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, dentre as quais 848 acessam o sistema Ouvidor SUS em nível I. Em 2016 foram implantadas Ouvidorias em 5 Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI), em projeto piloto no Brasil (respeitando a perspectiva de uma implantação por região).

Em maio de 2018, encerrou-se capacitação para os 34 DSEI existentes no país, com vistas a implantação de Ouvidoria do SUS e acesso ao Sistema Ouvidor SUS para esses serviços, em atenção à população

indígena atendida por essas localidades e ao princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde.

Todas as ouvidorias de nível I tem a prerrogativa de disseminar as informações de saúde para os cidadãos brasileiros, tanto pelos canais como o Disque Saúde 136, quanto pelas demais formas de acesso aos serviços de Ouvidoria do SUS. O Departamento de Ouvidoria-geral do SUS, (DOGES), trabalha com os estados e os municípios brasileiros para a construção de uma gestão participativa mais efetiva, respeitando a autonomia dos entes federados, priorizando os princípios e as diretrizes do SUS e constituindo-se em instrumento garantidor da democratização e da ampliação dos direitos do cidadão.

O Departamento de Ouvidoria-geral do SUS também é responsável pela coordenação das ações voltadas a LAI (Lei de Acesso a Informação) por meio do Serviço de Informação ao Cidadão. A Lei de Acesso a Informação regulamenta o direito de acesso a informação pública previsto na Constituição Federal de 1988.

DIREITO À SEGURIDADE SOCIAL

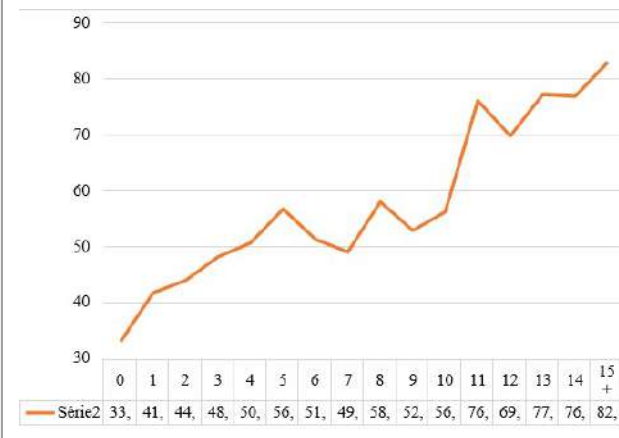
ESTRUTURAIS	PROCESSOS	RESULTADOS																														
RECEPÇÃO DO DIREITO																																
	- Percentual da população segurada por sistemas contributivos por nível educacional. <i>Proteção previdenciária de pessoas ocupadas por escolaridade, Brasil – 2017 (%)</i> <table><thead><tr><th>Nível de escolaridade</th><th>Percentual de proteção (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Doutorado</td><td>98,4%</td></tr><tr><td>Mestrado</td><td>93,4%</td></tr><tr><td>Especialização do nível superior</td><td>93,1%</td></tr><tr><td>Superior - graduação</td><td>86,8%</td></tr><tr><td>Regular do ensino médio ou do 2º grau</td><td>72,4%</td></tr><tr><td>Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 2º grau</td><td>70,1%</td></tr><tr><td>Antigo científico, clássico, etc. (médio 2º ciclo)</td><td>69,8%</td></tr><tr><td>Antigo ginásio (médio 1º ciclo)</td><td>68,2%</td></tr><tr><td>Antigo primário (elementar)</td><td>65,2%</td></tr><tr><td>Regular do ensino fundamental ou do 1º grau</td><td>57,6%</td></tr><tr><td>Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 1º grau</td><td>52,8%</td></tr><tr><td>Alfabetização de jovens e adultos</td><td>52,0%</td></tr><tr><td>Pré-escola</td><td>43,9%</td></tr><tr><td>Classe de alfabetização - CA</td><td>43,2%</td></tr></tbody></table> Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECO	Nível de escolaridade	Percentual de proteção (%)	Doutorado	98,4%	Mestrado	93,4%	Especialização do nível superior	93,1%	Superior - graduação	86,8%	Regular do ensino médio ou do 2º grau	72,4%	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 2º grau	70,1%	Antigo científico, clássico, etc. (médio 2º ciclo)	69,8%	Antigo ginásio (médio 1º ciclo)	68,2%	Antigo primário (elementar)	65,2%	Regular do ensino fundamental ou do 1º grau	57,6%	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 1º grau	52,8%	Alfabetização de jovens e adultos	52,0%	Pré-escola	43,9%	Classe de alfabetização - CA	43,2%	- Taxa da população economicamente ativa por nível educacional e quantidade de ingresso. <i>Elaborado a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua de 2017, o primeiro gráfico abaixo apresenta a porcentagem da população economicamente ativa (VD4001) por anos de estudo (VD3002).</i> <i>Brasil: População 14-79 na Força de Trabalho, por anos de estudo (2017)</i>
Nível de escolaridade	Percentual de proteção (%)																															
Doutorado	98,4%																															
Mestrado	93,4%																															
Especialização do nível superior	93,1%																															
Superior - graduação	86,8%																															
Regular do ensino médio ou do 2º grau	72,4%																															
Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 2º grau	70,1%																															
Antigo científico, clássico, etc. (médio 2º ciclo)	69,8%																															
Antigo ginásio (médio 1º ciclo)	68,2%																															
Antigo primário (elementar)	65,2%																															
Regular do ensino fundamental ou do 1º grau	57,6%																															
Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do 1º grau	52,8%																															
Alfabetização de jovens e adultos	52,0%																															
Pré-escola	43,9%																															
Classe de alfabetização - CA	43,2%																															

- Percentual da população coberta por sistemas não contributivos por nível educacional.

Esta informação não está disponível.

- Percentual de adultos maiores de 65 anos atendidos por programas de atenção à velhice por nível educacional.

Esta informação não está disponível.



Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

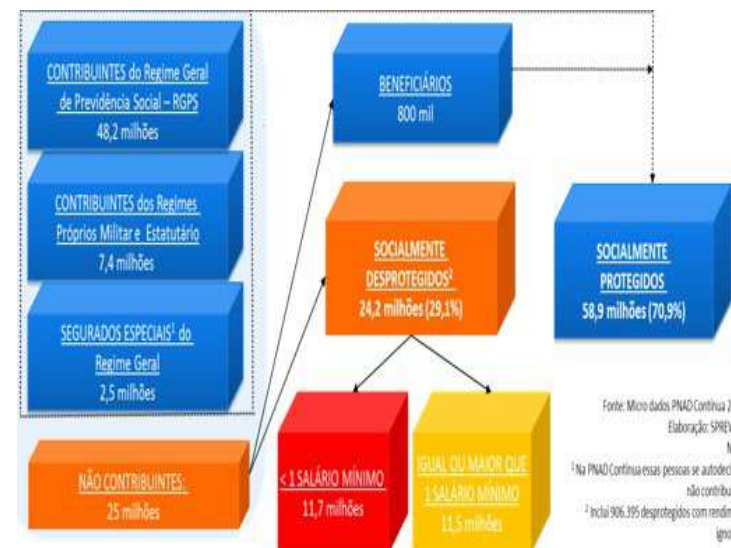
- Percentual da população segurada por um regime por quantidade de ingresso.

Os dados solicitados são divulgados anualmente em domínio público como parte dos Informes de Previdência Social, disponíveis no endereço eletrônico <https://bit.ly/2DGGDXX>.

Os artigos com a informação são intitulados “Artigo: Evolução da proteção previdenciária no Brasil”. Esses artigos são atualizados anualmente após a divulgação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD

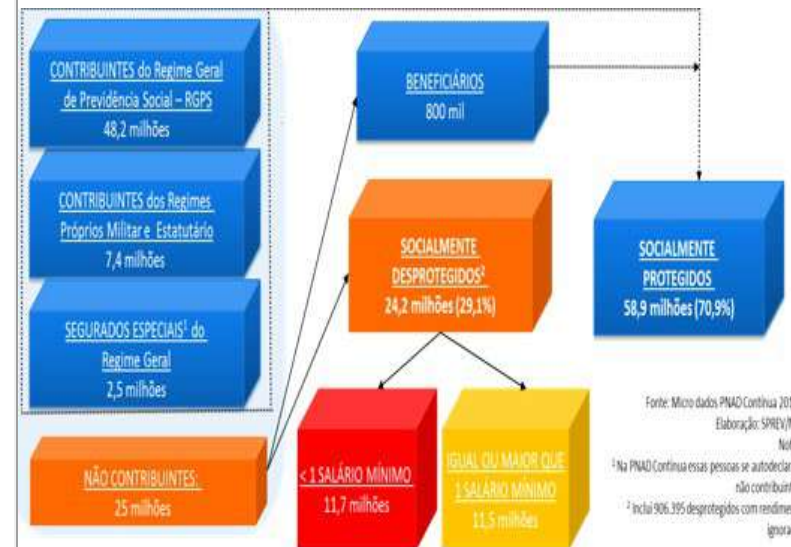
Continua, o que ocorre entre abril e maio de cada ano.

Panorama de proteção previdenciária da população ocupada com a idade entre 16 e 59 anos (83,1 milhões), Brasil – 2017.



Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

- Número de afiliados cotistas ao sistema de pensões por quantidade de ingresso.



Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

CONTEXTO FINANCEIRO BÁSICO E COMPROMISSOS ORÇAMENTÁRIOS

- Formas de financiamento do sistema de seguridade social: i) percentual de aportes a cargo dos empregadores e ii) percentual a cargo dos trabalhadores formais; iii) percentual de financiamento do Estado.

- Mecanismos para calcular a diferença salarial entre homens e mulheres para efeitos de pensões.

A demanda é de difícil compreensão. Em 2018, a pensionista ou aposentada média do sexo

As principais contribuições sociais previdenciárias devidas pelos “empregados” e pelos “demais trabalhadores formais” para o financiamento do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) estão sintetizadas na tabela abaixo.

Fontes de financiamento de RGPS: segurados obrigatórios.

Espécie de contribuinte	Alíquota e base de cálculo	Fundamentação legal
Contribuições previdenciárias dos segurados obrigatórios do RGPS		

feminino recebia benefício de R\$ 1.600,02, enquanto o do sexo masculino recebia R\$ 1.867,77, segundo a PNAD. Já no Regime Geral de Previdência Social o valor médio da aposentadoria ou pensão paga a pessoas do sexo feminino em dezembro de 2018 foi R\$ 1154,21, contra R\$ 1468,62 pagos a pessoas do sexo masculino. Vale ressaltar que, como mulheres respondem por mais de 58% dos benefícios previdenciários emitidos pelo RGPS, o gasto anual com benefícios de aposentadoria e pensão pagos a mulheres naquele regime é significativamente maior do que o pago a homens (R\$ 248,1 bilhões contra R\$ 219,6 bilhões).

Empregado	Aliquota progressiva de 8, 9 ou 11%, incidentes de acordo com o salário de contribuição, de forma não cumulativa, respeitados os limites mínimo e máximo.	Art. 195, I, "a", da Constituição.
Trabalhador avulso		Art. 20 da Lei nº 8.212/1991.
Empregado doméstico	<i>* Obs.: De acordo com a Portaria do Ministério da Economia – MECON nº 9, de 15 de janeiro de 2019, a partir de 1º de janeiro de 2019, o salário de benefício e o salário de contribuição não poderão ser inferiores a R\$ 998,00, nem superiores a R\$ 5.839,45.</i>	Art. 34 da LC nº 150/2015.
Contribuinte individual	Regra geral: alíquota de 20% incidente sobre o respectivo salário de contribuição.	Art. 195, I, "a", da Constituição.
	Que presta serviço a pessoa jurídica: 11% incidente sobre o respectivo salário de contribuição.	Art. 201, §§ 12 e 13, da Constituição.
	Plano Simplificado, contribuinte individual que trabalhe por conta própria, sem relação de trabalho com empresa ou equiparado (no caso de opção pela	Art. 21, § 2º, I, II, "a", da Lei nº 8.212/1991.

	exclusão do direito ao benefício de aposentadoria por tempo de contribuição): 11% incidente sobre o limite mínimo mensal do salário de contribuição (salário-mínimo). Microempreendedor Individual - MEI (no caso de opção pela exclusão do direito ao benefício de aposentadoria por tempo de contribuição): 5% incidente sobre o limite mínimo mensal do salário de contribuição (salário-mínimo).	Art. 30, § 4º, da Lei nº 8.212/1991.	
Segurado especial	1,2% sobre o valor da receita bruta proveniente da comercialização da produção; 0,1% sobre o total da receita bruta proveniente da comercialização da produção, para financiamento das prestações por acidente do trabalho.	Art. 195, § 8º, da Constituição. Art. 25 da Lei nº 8.212/1991.	
<i>Com relação à participação do Estado no financiamento do RGPS, a contribuição da União é constituída de recursos adicionais do Orçamento Fiscal, fixados obrigatoriamente na lei orçamentária anual. Além disso, a União,</i>			

por meio do Tesouro Nacional, é responsável pela cobertura de insuficiências financeiras (déficits) do Orçamento da Seguridade Social, inclusive quando decorrentes do pagamento de benefícios do RGPS, com fundamento no caput do art. 195 da Constituição e no art. 18 da Lei nº 8.212/1991, Lei de Custeio e Organização da Seguridade Social.

**- Percentual da administração do sistema
outorgado a empresas privadas**

De forma ampla, o termo “Previdência” compreende diversos planos de previdência, básicos e complementares, os quais se organizam em distintos regimes. A Constituição trata da previdência nos seguintes artigos:

- *Regime de Previdência dos Servidores Públicos: art. 40;*

- *Regime Geral de Previdência Social – RGPS: arts. 194; 195 e 201; e*
- *Regime de Previdência Complementar – RPC: arts. 202.*

No Brasil, o sistema público ou plano básico de Previdência Social é o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), destinado à proteção aos trabalhadores em geral, tanto no âmbito urbano quanto rural, na medida em que todo aquele que exerce atividade remunerada é automaticamente filiado ao RGPS, exceto se integrante de Regime Próprio de Previdência Social – RPPS ou amparado por acordo internacional. Permite-se, ainda, a filiação ao RGPS na qualidade de segurado facultativo daqueles que não exercem atividade remunerada.

O Ministério da Economia é responsável pelas políticas previdenciárias do RGPS, mediante a atuação da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Ademais, a operacionalização dos

benefícios da Previdência Social é competência do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

Portanto, no contexto da formulação e administração das políticas do RGPS, inexistem qualquer participação de empresas ou capital privada.

Nos termos do art. 201 da Constituição, o RGPS é de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial. O princípio da solidariedade social fundamenta a adoção do modelo contributivo de repartição simples, do qual decorre o denominado pacto entre gerações. Assim, a geração atual de trabalhadores (contribuintes) financia os benefícios daqueles que ontem contribuíram (aposentados).

O fundo único para o pagamento dos benefícios previdenciários é o Fundo do RGPS, previsto no art. 250 da Constituição e criado pelo art. 68 da

*Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000,
Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF.*

Por outro lado, o regime de previdência complementar ou privado no Brasil, nos termos do art. 202 da Constituição, é de caráter complementar e facultativo, sendo organizado de forma autônoma em relação ao RGPS, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar. As Leis Complementares nº 108 e nº 109, ambas de 29 de maio de 2011, dispõem sobre a previdência complementar.

A previdência complementar privada é subdividida em dois segmentos principais: Entidades fechadas de Previdência Complementar – EFPC e Entidades abertas de Previdência Complementar – EAPC. As EFPC se destinam a trabalhadores integrantes de empresas ou servidores de determinado órgão público. Já o segmento das EAPC oferece planos de previdência concedidos em forma de

renda continuada ou pagamento único, acessíveis a quaisquer pessoas físicas. Para maiores informações:
<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/previdencia-complementar/>.

SINAIS DE PROGRESSO

- Existência de estimativas de custo fiscal das reformas de pensões.

O Brasil está em processo de elaborar e implementar uma ampla Reforma Previdenciária. Como o texto desta reforma ainda não está pronto, entretanto, não é possível estimar os efeitos fiscais que terá: ele ainda precisará ser submetido pelo Executivo, analisado pelo Congresso e possivelmente reformado.

- Existência de estudos e projetos de reforma dos sistemas de seguridade social com enfoque em gênero, etnia e raça.

Ao longo dos anos, o sistema de previdência brasileiro passou a implementar diversas políticas visando a inclusão previdenciária e a igualdade de direitos a grupos considerados vulneráveis, notadamente após a promulgação da Constituição de 1988. Nesse contexto, destacam-se:

- *A inclusão no sistema de Previdência Social dos trabalhadores rurais e agricultores familiares, com regras diferenciadas de contribuição e concessão de benefícios;*
- *Políticas voltadas para os trabalhadores e empregados domésticos;*
- *Plano Simplificado de Previdência Social: para trabalhadores autônomos e*

segurados que exercem atividade não remunerada em suas residências; e

- *Regulamentação da aposentadoria da pessoa com deficiência.*

A. Proteção previdenciária para os trabalhadores rurais e agricultores familiares

No Brasil, há um sistema diferenciado de políticas de previdência voltado para as particularidades no trabalho rural, nos termos das disposições da Constituição de 1988 e da legislação previdenciária. Nesse sentido, cabe destacar que a Constituição assegura igualdade de direitos para os trabalhadores urbanos e rurais (art. 7º); uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais (art. 194, parágrafo único, inciso II); contribuição sobre o resultado da comercialização da produção para aqueles que exercem suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes (art. 195, § 8º); e aposentadoria com idade reduzida

para os trabalhadores rurais de ambos os sexos (art. 201, § 7º inciso II).

Em se tratando de previdência e trabalhadores rurícolas, a legislação previdenciária (Leis nº 8.212 e nº 8.213, ambas de 1991) admite a filiação ao RGPS na condição de: empregados rurais, trabalhadores avulsos rurais, contribuintes individuais rurais e segurados especiais.

O empregado rural é aquele que presta serviço de natureza rural à empresa, em caráter não eventual, sob sua subordinação e mediante remuneração. O trabalhador avulso presta serviços de natureza rural a diversas empresas e sem vínculo empregatício, mediante a intermediação de entidade representativa da categoria. Por sua vez, o contribuinte individual é o trabalhador que labora no campo sem relação de emprego prestando serviços de natureza rural a diversos empregadores.

Outrossim, destaca-se a política previdenciária do segurado especial, que pode ser conceituado principalmente como o pequeno agricultor e o pescador artesanal, assim como a sua família, quando trabalha em regime de economia familiar, sem empregados permanentes.

Trata-se assim de importante política que considera as características dos pequenos agricultores que laboram no campo, de forma individual ou em regime de economia familiar. As principais políticas dos segurados especiais podem ser resumidas da seguinte forma: (a) contribuição previdenciária incidente sobre o resultado da comercialização da produção rural; (b) obrigação de recolhimento subrogada, em regra, na empresa adquirente; (c) benefícios concedidos mediante a comprovação do tempo de atividade rural; (d) aposentadoria por idade rural com idade reduzida para 60 e 55 anos no caso de trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres; e (e)

proteção voltada para o grupo familiar, abrangendo cônjuge ou companheiro, bem como filho maior de 16 (anos de idade ou a este equiparado, do segurado especial, desde que, comprovadamente, trabalhem com o grupo familiar respectivo.

As populações indígenas e quilombolas podem se filiar também como segurados especiais, desde que atendidos os requisitos legais. Observadas as disposições da legislação previdenciária, todos os trabalhadores rurais fazem jus a maior parte dos benefícios da previdência, tais como: aposentadoria por idade rural (com idade reduzida para homens e mulheres que laboram no campo), pensão por morte e salário-maternidade.

B. Trabalhadores e empregados domésticos

Em observância ao princípio da universalidade de acesso aos seus benefícios e serviços, os trabalhadores e empregados domésticos são segurados obrigatório da Previdência Social,

nos termos do disposto na Lei nº 8.213/1991.

Além disso, com a promulgação da Emenda Constitucional - EC nº 72/2013, a qual estendeu aos trabalhadores domésticos um amplo conjunto de novos direitos, foi editada a Lei Complementar - LC nº 150, de 1º de junho de 2015, que representa o atual marco regulatório das relações de trabalho doméstico. Assim, atualmente, o empregado doméstico faz jus aos mesmos benefícios que qualquer outro empregado urbano do RGPS, conforme as alterações promovidas em 2015.

De outra parte, ressalte-se que a LC nº 150/2015 também estabeleceu a necessidade de se instituir o Simples Doméstico: regime unificado de pagamento de tributos, de contribuições e dos demais encargos do empregador doméstico. A inscrição do empregador e a entrada única de dados cadastrais e de informações trabalhistas, previdenciárias e fiscais no âmbito do Simples Doméstico ocorrem mediante registro em

sistema eletrônico. Esse sistema está disponível dentro do portal do eSocial (Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas), que possui um módulo específico e simplificado para os empregadores domésticos.

Por derradeiro, permite-se ainda filiação do trabalhador doméstico não-empregado ao RGPS na condição de trabalhador autônomo, na categoria de segurado obrigatório denominada de contribuinte individual.

C. Aposentadoria da pessoas com deficiência

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas – ONU, assinada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, consiste em um tratado internacional sobre direitos humanos, com o propósito principal de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais pelas pessoas com

deficiência.

No Brasil, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o seu Protocolo Facultativo foram incorporados formalmente ao ordenamento jurídico com equivalência de Emenda Constitucional, uma vez que essa norma internacional de direitos humanos foi aprovada pelo Congresso Nacional conforme o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição (incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004). Logo, a Convenção da ONU se reveste de força, hierarquia e eficácia constitucionais, servindo de parâmetro para o controle de constitucionalidade das leis e dos atos normativos.

Em 2005, a EC nº 47 alterou o § 1º do art. 201 da Constituição para estabelecer a previsão de aposentadoria com critérios diferenciados quando para os segurados com deficiência, nos termos definidos em lei complementar.

*Diante dessa nova moldura constitucional dos direitos previdenciários das pessoas com deficiência, o Congresso Nacional editou a **LC nº 142, de 8 de maio de 2013**, que regulamenta à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do RGPS.*

O conceito de deficiência disposto no art. 2º da LC nº 142/2013 é idêntico ao definido na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, reiterando que a deficiência se encontra na interação da pessoa com o seu ambiente, e não no indivíduo como resultado de um impedimento corporal. Ademais, as regras de acesso ao benefício estão definidos no art. 3º da LC nº 142/2013, consistindo objetivamente em redução do tempo de contribuição e da idade, considerando as regras gerais para aposentadoria por tempo de contribuição e por idade no RGPS e utilizando também de critérios de deficiência grave, moderada e leve.

No que diz respeito ao reconhecimento da deficiência, note-se que o instrumento pericial aprovado pela Portaria Interministerial SDH/MPS/MF/MPOG/AGU N° 1, de 27 de janeiro de 2014, é denominado de Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado à Aposentadoria da Pessoa com Deficiência – IF-BrA.

Nesse contexto, conclui-se que a legislação previdenciária já adota o critério de deficiência em consonância com a mencionada Convenção da ONU, a fim de efetivar o direito à aposentadoria dos trabalhadores com deficiência de forma adequada.

***D. Plano Simplificado de Previdência Social –
Para trabalhadores autônomos e segurados
que exercem atividade não remunerada em
suas Residências***

Conforme os §§ 12 e 13 do art. 201 da Constituição, no Brasil, há previsão de

instituição de sistema especial de inclusão previdenciária para atender a trabalhadores de baixa renda e àqueles sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário mínimo.

Nesse contexto, foram aprovadas e regulamentadas diversas alterações que efetivaram e ampliaram essa previsão constitucional, com foco nos trabalhadores autônomos e nos segurados facultativos. Tais políticas se desdobram em diferentes possibilidades de filiação e contribuição ao RGPS, podendo ser didaticamente resumidas da seguinte forma:

- Contribuinte Individual e Segurado Facultativo no Plano Simplificado de Previdência;*

- *Microempreendedor Individual – MEI;*
e
- *Segurado Facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda.*

Em síntese, com uma contribuição reduzida, tais segurados possuem acesso a maior parte dos benefícios previdenciários, no valor do salário mínimo, salvo o benefício de aposentadoria por tempo de contribuição.

A partir de 2006, nos termos do art. 21, § 2º, da Lei nº 8.212/1991, o contribuinte individual que não possui relação de trabalho com empresa, ou seja, na condição de trabalhador autônomo, pode se filiar ao RGPS com contribuição de 11% sobre o salário mínimo, que é o piso do sistema de previdência. Note-se que a contribuição normal do contribuinte individual

é de 20% incidente sobre o salário de contribuição.

Além disso, em 2008, iniciou-se a política do Microempreendedor Individual – MEI, que se volta para a inclusão social e empresarial de pequenos empreendedores, observando regras diferenciadas e favorecidas tanto no âmbito previdenciário quanto para fins da formalização do seu empreendimento. Desse modo, nos termos da Lei de Custeio da Seguridade Social (Lei nº 8.212/1991) e do Estatuto do Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte (LC nº 123/2006), é de se ressaltar a contribuição previdenciária reduzida com alíquota de 5% incidente sobre o salário mínimo e a facilidade na constituição de pessoa jurídica e acesso a diversas facilidades no cumprimento das obrigações decorrentes da sua atividade empresarial.

Em 2011, foi regulamentada a possibilidade de contribuição com alíquota reduzida por aqueles

que se dedicam exclusivamente ao trabalho doméstico não remunerado no âmbito de suas residências, desde que pertencentes a família considerada de baixa renda. Assim, por exemplo, permite-se a filiação de uma dona de casa na qualidade de segurado facultativo, com alíquota de contribuição reduzida de 5% incidente sobre o salário mínimo. Pela legislação previdenciária, considera-se de baixa renda, para os fins dessa política, a família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico cuja renda mensal seja de até 2 (dois) salários mínimos, nos termos da redação dada pela Lei nº 12.470/2011.

Questões de Gênero

Entre as medidas para aumentar a inclusão social das mulheres, está a Lei nº 12.470, de agosto de 2011, que altera o artigo 21 da Lei nº 8.212/91, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social. Essa alteração

estabelece alíquota diferenciada de contribuição para o segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente à família de baixa renda.

Já a Lei nº 13.257/16 institui o Programa Empresa Cidadã que prorroga por 60 dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal, de 120 dias; e por 15 dias a duração da licença-paternidade, além dos 5 dias já estabelecidos.

Por fim, a Lei Complementar nº 150/15 regulamentou o trabalho doméstico no país, estabelecendo garantias de direitos.

A extensão da proteção previdenciária a trabalhadoras domésticas funcionou: mulheres respondem por 59,0% dos benefícios pagos pelo RGPS, contra apenas 41,0% de homens. Em números absolutos, havia, em dezembro de

2018, 16,6 beneficiárias, contra 11,5 milhões de beneficiários, sendo que – em termos proporcionais – a Cobertura de Benefícios Previdenciários na População Acima de 60 anos é igual para homens (74,2%) e mulheres (74,1%).

Como a Cobertura Previdenciária da População Ocupada é variável fluxo da variável estoque “Cobertura de Benefícios da População Idosa”, é uma certeza matemática que também a taxa de proteção de mulheres de 60 anos ou mais irá superar a de homens nas próximas edições da PNAD Contínua, possivelmente já na de 2018. Por fim, é preciso frisar que, sob uma ótica de coorte, a população masculina já se encontra sob significativa desvantagem dado que a chance de homens morrerem durante a idade ativa (18 a 59) é mais do que o dobro do de mulheres (19,8% contra 9,3%).

De resto, informações adicionais sobre as dimensões de gênero na Previdência brasileira

são:

- *Reflexo da inserção laboral das mulheres sobre sua situação na previdência social. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.06.pdf>.*
- *O Direito à Licença-Maternidade e Licença-Paternidade no Brasil. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2016.03.pdf.*
- *Trabalho, Família e Desigualdade de Gênero. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2016.02.pdf.*
- *A Mulher e a Previdência Social. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.02.pdf.*

- *Perspectiva de Gênero e a Licença-Paternidade no Brasil. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2013/05/Informe_Maio_2016.pdf.*

No que diz respeito às dimensões de raça/cor, temos:

- *Evolução da participação do negro no mercado de trabalho brasileiro. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.03.pdf.*
- *A nova regulamentação do trabalho doméstico. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.06.pdf.*

CAPACIDADES ESTATAIS

- Número de pensões por invalidez outorgadas no último ano por nacionalidade e condição jurídica (refugiado ou apátrida).

Conforme o Anuário Estatístico da Previdência

- Percentual da população sem cobertura em matéria de seguridade social por nacionalidade, condição jurídica (refugiado ou apátrida), condição de atividade, etnia e raça.

Social de 2017, apenas 37 aposentadorias foram concedidas no Brasil naquele ano em função de acordos internacionais. Não há informação sobre a condição jurídica destas pessoas, pois a proteção previdenciária no Brasil não está restrita a quem tem cidadania brasileira, sendo facilitada a todos que exercem atividade laboral no país.

- Total de cotistas do regime contributivo por idade, sexo, nacionalidade, condição jurídica, categoria ocupacional e ramo de atividade.

Em decorrência do disposto no caput do art. 201 da Constituição, a Previdência Social se pauta pelo princípio da compulsoriedade de filiação, motivo pelo qual, via de regra, todo indivíduo que exerce atividade remunerada no território brasileiro se filia automaticamente ao Regime

Cor/Raça		Desprotegido	Protegido
Branca	#	8.504.292	29.570.590
	%	22%	78%
Negra	#	15.558.657	28.772.234
	%	35%	65%
Amarela	#	96.243	427.716
	%	18%	82%
Indígena*	#	55.631	120.161
	%	32%	68%
Ignorado	#	2.183	8.343
	%	21%	79%
Total	#	24.217.006	58.899.044
	%	29%	71%

Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

* Não inclui a população indígena aldeada, que não é visitada pela PNAD.

Como se trata de pesquisa amostral, desagregar a informação por condição de atividade geraria coeficientes de variância elevados demais para um dado confiável.

Geral de Previdência Social – RGPS, salvo se vinculado a Regime Próprio de Previdência Social – RPPS ou amparado por norma de acordo internacional. Portanto, independentemente da nacionalidade do trabalhador, em regra, com o simples exercício de atividade remunerada no Brasil estabelece-se a filiação ao RGPS, fazendo surgir a obrigação de contribuir e podendo ensejar a concessão de prestações previdenciárias, nos termos da lei.

Para controle estatístico do grau de cobertura, o Estado brasileiro usa não o conceito de cotista, mas o conceito de trabalhadores socialmente protegidos ou desprotegidos. Como protegidos, consideramos todos os trabalhadores abrigados por qualquer um de quatro regimes de proteção, sendo que trabalhadores podem pertencer a mais de um:

- *Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS),*
- *Regime Geral de Previdência Social (RGPS),*

- Diferença entre a cobertura de pensões pública e privada.

De forma ampla, o termo previdência pode compreender diversos planos de previdência, básicos e complementares, os quais se organizam em distintos regimes. A seguir estão dispostas as linhas gerais de tais regimes no Brasil.

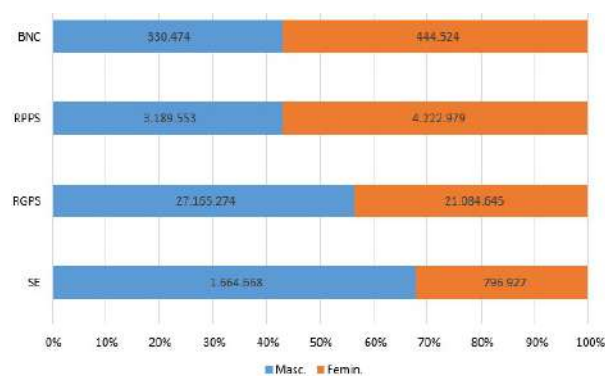
Regime Geral de Previdência Social – RGPS

No Brasil, o sistema público ou plano básico de Previdência Social é o Regime Geral de Previdência Social – RGPS, destinado à proteção aos trabalhadores em geral, tanto no âmbito urbano quanto rural, na medida em que todo aquele que exerce atividade remunerada é automaticamente filiado ao RGPS, exceto se integrante de Regime Próprio de Previdência Social – RPPS ou amparado por acordo internacional. Permite-se, ainda, a filiação ao RGPS na qualidade de segurado facultativo daqueles que não exercem atividade remunerada.

O Ministério da Economia é responsável pelas políticas previdenciárias do RGPS, mediante a atuação da Secretaria

- Segurados Especiais (TsSE), e
- Segurados Não Contribuintes (SNC).

Brasil: Número de Trabalhadores por sexo e Natureza da Proteção, 2017



Fonte: PNAD Contínua/TBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

Brasil: Número de Trabalhadores (16-59) Protegidos por idade e Natureza da Proteção, 2017

Especial de Previdência e Trabalho. Ademais, a operacionalização dos benefícios da Previdência Social é competência do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, autarquia vinculada ao Ministério da Economia¹.

Regimes Próprios de Previdência Social – RPPS

Os servidores públicos civis efetivos, de cada esfera de Governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), filiam-se ao respectivo regime previdenciário, caso tenham sido criados pelas respectivas entidades políticas. Assim, cabe a cada ente aprovar as suas leis e criar os seus regulamentados, observando as normas da Constituição (em especial o art. 40) e da legislação federal sobre o tema (Lei nº 9.717/1998).

A União, todos os estados e o Distrito Federal possuem regimes próprios para os seus servidores efetivos. No caso dos municípios que não possuem regime próprio de previdência, os seus servidores se filiam automaticamente ao RGPS. Acerca dos militares, cabe destacar que, desde a EC nº 20/1998, esses constituem uma categoria autônoma, com regime de

	RPPS	SE	RGPS	BNC
16	0	56771	93950	1812
17	559	53247	192608	0
18	16546	58829	443167	2298
19	41192	52710	669118	4878
20	33136	51009	852045	5687
21	46697	51798	966956	1134
22	40239	42575	1055091	936
23	41001	55629	1201814	2871
24	68865	44896	1164789	5076
25	81504	43143	1261247	1087
26	85308	38127	1333041	5109

previdência separado dos servidores civis.

Regimes de Previdência Complementar – RPC

O regime de previdência complementar no Brasil, também conhecido como previdência privada, está previsto no art. 202 da Constituição, segundo o qual o regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao RGPS, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar.

Os regimes complementares podem ser divididos em dois segmentos principais: Entidades fechadas de Previdência Complementar – EFPC e Entidades abertas de Previdência Complementar – EAPC.

27	90620	43455	1306078	3816
28	124928	51433	1383770	5912
29	137639	53497	1317933	7840
30	160916	47501	1487583	6252
31	162261	48502	1453683	6748
32	185603	53455	1519517	6351
33	208333	59226	1442226	8768
34	220632	55819	1482831	6584
35	242814	59090	1596628	4235
36	252310	55845	1525788	8624
37	212597	52902	1453009	11768
38	228383	63862	1431260	9505
39	255406	56693	1390058	9113
40	245657	62452	1394732	13050
41	264991	61568	1272201	11892
42	223978	63982	1353921	11676
43	254699	62451	1231831	9894
44	260885	58962	1194118	14709
45	255739	61433	1205010	19911
46	246176	65622	1091971	15197
47	231179	62820	1132774	13512
48	256726	60960	1048189	16269
49	235793	65030	1051675	24364
50	230771	58018	1081678	23646
51	239437	71434	1049681	27833
52	254538	58132	1011949	31442
53	242548	62582	960789	42877
54	204279	74657	870293	34064
55	190424	54117	790859	59341
56	196520	54505	695918	64029
57	177750	53974	644688	62814
58	136720	50864	606079	64914
59	126235	48020	537373	87160

Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

Como se trata de pesquisa amostral, desagregar a informação por condição de atividade geraria coeficientes de variância elevados demais para um dado confiável.

Estrutura da Previdência do Brasil

RGPS Regime Geral de Previdência Social	RPPS Regimes Próprios de Previdência Social	RPC Regime de Previdência Complementar
Trabalhadores do setor privado, no âmbito urbano e rural, e servidores públicos celetistas	Servidores Públicos Cíveis Estatutários	Militares federais
Obrigatório, nacional, público, subsídios sociais, benefício definido.	Obrigatório, público, níveis federal, estadual e municipal, benefício definido.	Obrigatório, público, nível federal, benefício definido = última remuneração
Teto (R\$ 5.839,45)	Admite Fundo de Previdência Complementar	Optativa, de caráter complementar e facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado
Admite Fundo de Previdência Complementar	Administrado pelos respectivos governos	Administrado pelo governo Federal
Formulação de política a cargo da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do		Administrados por fundos de pensão abertos ou fechados e fiscalizados pelo ME (fundos fechados PREVIC

		Ministério da Economia			e os fundos abertos pela SUSEP)
		Operacionalizado pelo INSS			
	- Taxa de cobertura por acidentes de trabalho por condição jurídica, categoria ocupacional e ramo de atividade. <i>Como a cobertura por acidentes de trabalho está inclusa nos regimes próprio e geral de Previdência Social, taxa de cobertura equivalente à taxa de formalização.</i>	Repartição simples	Repartição simples / Capitalização em alguns estados e municípios	Capitalização	

Sinais de Progresso

- Cobertura e alcance de políticas públicas de inclusão dos afiliados ao sistema de seguridade social.

- *A formalização via MEI: condições atuais e o que esperar para o futuro. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.09.pdf>.*
- *Do Programa Bolsa Família ao Programa Microempreendedorismo Individual: como o MEI amplia a proteção social dos beneficiários do PBF. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.08.pdf>.*
- *Alíquota reduzida para segurando facultativo sem renda própria: Um exemplo de política de inclusão previdenciária. Disponível em:*

- Campanhas de formalização do emprego informal efetivadas pelo Estado.

- *A formalização via MEI: condições atuais e o que esperar para o futuro. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.09.pdf>.*
- *Do Programa Bolsa Família ao Programa Microempreendedorismo Individual: como o MEI amplia a proteção social dos beneficiários do PBF. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.08.pdf>.*
- *Alíquota reduzida para segurando facultativo sem renda própria: Um exemplo de política de inclusão previdenciária. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06>*

http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.04.pdf • <i>Reflexo da inserção laboral das mulheres sobre sua situação na previdência social. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/informe16.06.pdf.</i> • <i>O Direito à Licença-Maternidade e Licença-Paternidade no Brasil. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2016.03.pdf.</i> • <i>Trabalho, Família e Desigualdade de Gênero. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2016.02.pdf.</i> • <i>A Mulher e a Previdência Social. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2016.02.pdf.</i>	/informe_2015.04.pdf - Campanhas oficiais em matéria de prevenção de riscos de trabalho. <i>Esta informação não está disponível.</i>	
---	--	--

<u>6/informe_2015.02.pdf</u> • <i>Perspectiva de Gênero e a Licença-Paternidade no Brasil. Disponível em:</i> <u>http://sa.previdencia.gov.br/site/2013/05/Informe_Maio_2016.pdf</u> • <i>Evolução da participação do negro no mercado de trabalho brasileiro. Disponível em:</i> <u>http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.03.pdf</u> • <i>A nova regulamentação do trabalho doméstico. Disponível em:</i> <u>http://sa.previdencia.gov.br/site/2016/06/informe_2015.06.pdf</u>		
IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO		
	- Base de cálculo das prestações de seguridade social para homens e mulheres. <i>São espécies de aposentadorias concedidas pelo RGPS 1) a por idade; 2) a por invalidez; 3) a por tempo de contribuição; e 4) a especial. As regras de concessão de todos os benefícios encontram-se</i>	- População pensionada (aposentada) por sexo, idade, nível educacional. <i>Brasil: Beneficiários da Previdência Social, por raça/cor</i>

dispostas principalmente nos seguintes atos normativos:

- *Lei nº 8.213/1991 – Lei de Benefícios da Previdência Social;*
- *Lei Complementar nº 142/2013 – Regulamenta a aposentadoria da pessoa; com deficiência no âmbito do RGPS;*
- *Decreto nº 3.048/1999 – Regulamento da Previdência Social; e*
- *IN INSS/PRES nº 77/2015.*

Além disso, no sítio oficial da Previdência Social e do INSS podem ser encontradas informações adicionais sobre as aposentadorias e demais benefícios do RGPS:

- <http://www.previdencia.gov.br/>; e
- <https://www.inss.gov.br/beneficios/>.

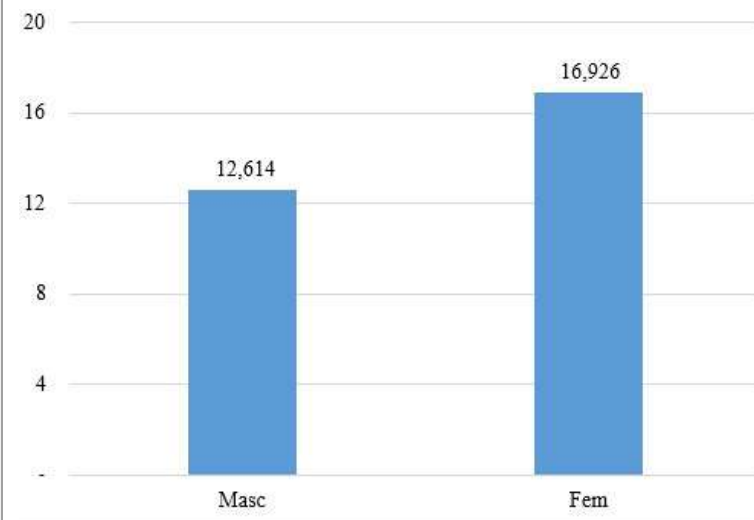
Raça	Número	%
Branca	15212769	51,5%
Amarela	316609	1,1%
Indígena	71319	0,2%
Negro	13933070	47,2%
Ignorado	5831	0,0%

Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

- Cobertura e jurisdição de mecanismos de inclusão daqueles que realizam trabalho doméstico ou de cuidado (qual percentual representam do total de mulheres que realizam tarefas domésticas).

As pessoas que não exercem atividade remunerada, tal como aquelas que se dedicam ao cuidado de familiares no âmbito de sua residência, podem se filiar ao RGPS na condição de segurado facultativo. É segurado facultativo o maior de 16 anos de idade que se filia ao RGPS, mediante contribuição, desde que não esteja exercendo atividade remunerada que o enquadre como segurado obrigatório da previdência social. Atualmente, o segurado facultativo pode

Brasil: Beneficiários da Previdência Social, por sexo (em milhões)



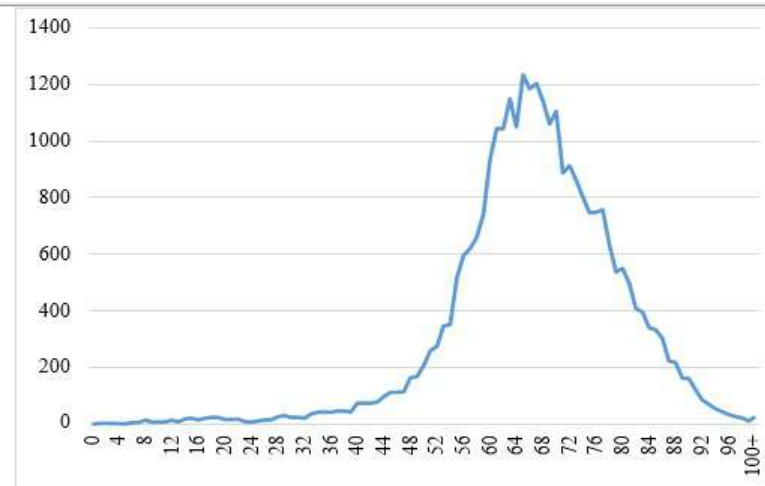
Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

Brasil: Beneficiários da Previdência Social, por idade (em milhares)

contribuir de formas distintas para a Previdência Social:

Formas de contribuição de segurado facultativo

Aliquota e base de cálculo



Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

**Brasil: Beneficiários da Previdência Social, por escolaridade
(em milhares)**

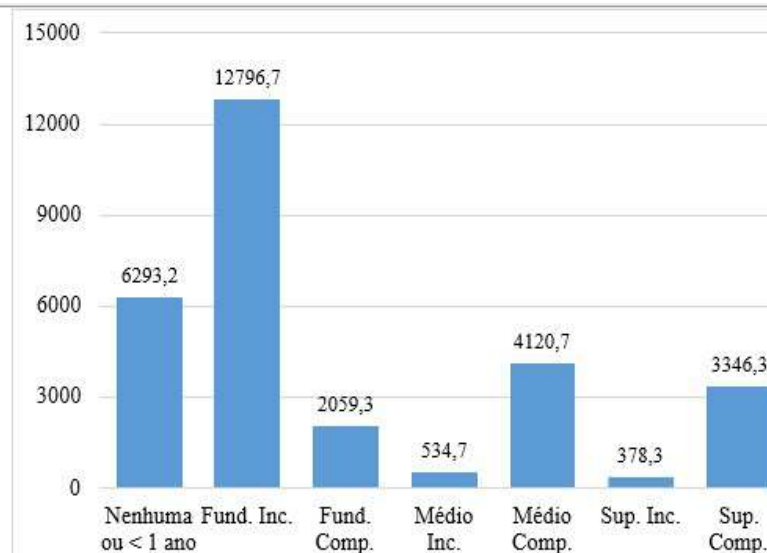
Segurado facultativo

Regra geral: alíquota de 20% incidente sobre o respectivo salário de contribuição.

Plano Simplificado (no caso de opção pela exclusão do direito ao benefício de aposentadoria por tempo de contribuição): 11% incidente sobre o limite mínimo mensal do salário de contribuição (salário-mínimo)

Que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda (no caso de opção pela exclusão do direito ao benefício de aposentadoria por tempo de contribuição): 5% incidente sobre o limite mínimo mensal do salário de contribuição (salário-mínimo).

** Obs.: Considera-se de baixa renda a família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico cuja renda mensal seja de até 2 salários mínimos.*



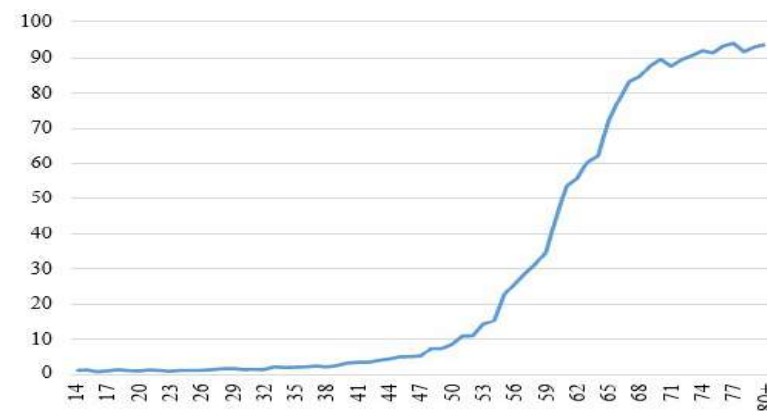
Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON

- Percentual de dos detentores do direito que recebem pensão ou subsídio por idade, etnia e raça por jurisdições.

O indicador é de difícil compreensão. Não havendo clareza sobre o que se entende por “detentores do direito” ou “jurisdição”, encaminhamos a porcentagem da população por idade e raça/cor a receber pensão, aposentadoria ou o Benefício de

Prestação Continuada, segundo dados da PNAD Contínua. No caso deste último, vale dizer que a medida do indicador dependerá de fatores demográficos do próprio segmento racial em questão, que pode ou não ter a mesma distribuição etária dos demais. Além disso, vale ressaltar que a PNAD Contínua não visita populações indígenas aldeadas, de forma que por “indígena” aqui se entendem pessoas de origem indígena que não residem em aldeias.

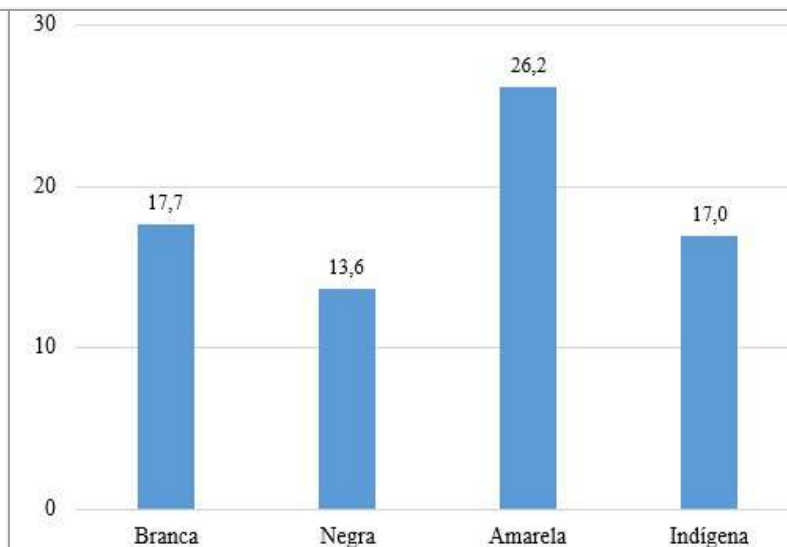
Brasil: Porcentagem da população a receber aposentadoria, pensão ou Benefício de Proteção Continuada, por idade



Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%
14	1,2	25	1,2	36	2,2	47	5,2	58	31,3	69	87,9
15	1,4	26	1,3	37	2,5	48	7,5	59	34,9	70	89,7
16	0,9	27	1,4	38	2,2	49	7,5	60	44,9	71	87,7
17	1,1	28	1,7	39	2,6	50	8,7	61	53,7	72	89,5
18	1,4	29	1,8	40	3,3	51	10,9	62	55,8	73	90,7
19	1,2	30	1,5	41	3,4	52	11,0	63	60,5	74	91,9
20	1,1	31	1,5	42	3,5	53	14,3	64	62,3	75	91,4
21	1,4	32	1,5	43	4,0	54	15,2	65	72,2	76	93,2
22	1,2	33	2,2	44	4,4	55	22,6	66	78,1	77	94,0
23	1,0	34	2,0	45	5,0	56	25,8	67	83,2	78	91,7
24	1,3	35	2,2	46	5,1	57	28,7	68	84,6	79	93,0
										80+	93,6

Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECON.

***Brasil: Porcentagem da população a receber aposentadoria,
pensão ou Benefício de Proteção Continuada, por idade****



Fonte: PNAD Contínua/IBGE – 2017 / Elaboração: SPREV/MECOP

* Não inclui a população indígena aldeada, que não é visitada pela PNAD

ACESSO A INFORMAÇÃO PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO

- Frequência dos informes enviados aos cotistas dos sistemas de pensões, tanto por cotas de capitalização individual como por regime público de repartição.

A Secretaria de Previdência Social produz informes

mensais que estão disponíveis no enlace
<https://bit.ly/2DGGDXX>

SINAIS DE PROGRESSO

- Características, frequência, cobertura de campanhas oficiais de difusão sobre os direitos à seguridade social.

O Estado brasileiro mantém campanha permanente de disseminação de informações previdenciárias tanto no sítio da Previdência Social (<https://bit.ly/1dkuZOq>), quanto no do Instituto Nacional de Seguridade Social (<https://bit.ly/2Hr2N44>) e em páginas específicas focalizadas para públicos de maior vulnerabilidade previdenciária, como a do e-social (<https://bit.ly/2q98whU>) e a do Microempreendedor Individual (<https://bit.ly/1de1OfG>).

- Características, frequência, cobertura de ações sindicais de difusão de garantias de

- Características de portais de internet, cobertura televisiva, janelas específicas – da informação prestada sobre os direitos dos receptores de programas de cobertura gratuita ou não contributiva.

Esta informação não está disponível.

direitos de seguridade social aos trabalhadores. <i>O artigo 8º da Constituição brasileira prevê a livre associação profissional ou sindical, sendo “vedadas ao Poder Público a interferência e a intervenção na organização sindical” (I). Desta forma, os dados e a análise deste item não competem a essa Secretaria ou a esse Ministério.</i>		
ACESSO À JUSTIÇA		
- Existência de escritórios públicos de mediação ou conciliação para resolver questões relacionadas à seguridade social. <i>O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), responsável pelo atendimento e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais à população, tem uma Ouvidoria que serve como canal de comunicação responsável por acolher toda e qualquer sugestão, reclamação, elogio,</i>	- Número de denúncias relativas ao direito à seguridade social recebidas. <i>De acordo com dados publicados no último Relatório de Atividades da Ouvidoria-Geral da Previdência Social³ de 2016, a Central de Atendimento cadastrou mais de 3 milhões de manifestações, uma média anual de 166,3 mil manifestações cadastradas pro ano, desde quando foi criada em 1998. Em 2016, foram</i>	

denúncia ou outra solicitação sobre os serviços prestados. Além dela, a Defensoria Pública da União, criada em 1994, está presente em todas as Unidades da Federação, sendo assegurado a defensores públicos federais a independência funcional no desempenho de suas atribuições, a inamovibilidade, a irredutibilidade de vencimentos e a estabilidade.

registradas mais 212 mil manifestações.

A espécie mais cadastrada em 2016 foi reclamação, que atingiu 82,28% dos 212.435 registros. Denúncia alcançou 11,89% do cadastro, solicitação diversa 3,69%, elogio 1,79% e sugestão 0,36%. Dentro da espécie reclamação, o tipo mais demandando foi atendimento bancário, responsável por 36,35% das reclamações dos cidadãos que utilizam os serviços prestados pela Previdência Social, seguido por benefício com 33,37%, atendimento previdenciário com 29,07% e arrecadação/fiscalização com 1,21%.

- Duração média dos casos tramitados pela defensoria oficial sobre pensões (contributivas e não contributivas).

Esta informação não está disponível.

- Número de ações judiciais apresentadas e resolvidas por negativa de uma pensão não contributiva.

Esta informação não está disponível.

- Políticas de capacitação de juízes e advogados em direito da seguridade social. Cobertura temática e alcance.

Esta informação não está disponível.

SINAIS DE PROGRESSO

- Cobertura dos serviços de tradução em línguas indígenas.

Esta informação não está disponível.

DIREITO À EDUCAÇÃO

ESTRUTURAIS	PROCESSOS	RESULTADOS
RECEPÇÃO DO DIREITO		
SINAIS DE PROGRESSO		
- Número, tipo, característica de organizações da sociedade civil registradas que participam na promoção, implementação e proteção do direito à educação. <i>Esta informação não está disponível.</i>		
CONTEXTO FINANCEIRO BÁSICO E COMPROMISSOS ORÇAMENTÁRIOS		
	- Gasto privado em educação, como percentual do PIB. <i>Esta informação não está disponível.</i>	
SINAIS DE PROGRESSO		

CAPACIDADES ESTATAIS

SINAIS DE PROGRESSO

- Existência de Planos com metas específicas de expansão do acesso à educação secundária quando a mesma não seja obrigatória.

Esta informação não está disponível.

IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO

- Tempo semanal dedicado à educação artística e à educação física nas escolas, por nível educacional.

Esta informação não está disponível.

- Quantidade de computadores na escola por aluno para as tarefas de aprendizado.

Esta informação não está disponível.

- Relação entre o número de meninas e meninos segundo o nível de ensino, por etnia/raça e área geográfica.

Creche							
Região Geográfica	Total	Não declarada	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Brasil	0,94	0,94	0,96	0,91	0,92	0,91	0,94
Norte	0,95	0,94	0,98	0,90	0,95	0,78	0,95
Nordeste	0,94	0,94	0,99	0,92	0,93	0,90	0,93
Sudeste	0,94	0,94	0,95	0,92	0,91	0,91	0,91
Sul	0,94	0,92	0,95	0,89	0,89	0,95	0,91
Centro-Oeste	0,94	0,95	0,97	0,87	0,91	0,95	1,13
Pré-Escola							
Região Geográfica	Total	Não declarada	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Brasil	0,96	0,95	0,98	0,93	0,94	0,95	0,95
Norte	0,95	0,93	1,01	0,93	0,96	0,95	0,94
Nordeste	0,95	0,95	1,01	0,90	0,94	0,98	0,93
Sudeste	0,96	0,96	0,98	0,95	0,93	0,92	0,93
Sul	0,96	0,95	0,97	0,93	0,91	0,94	0,99
Centro-Oeste	0,97	0,97	0,99	0,95	1,00	1,00	0,97

Anos Iniciais do Ensino Fundamental							
Região Geográfica	Total	Não declarada	Branca	Preta	Parda	Ama rela	Indígena
Brasil	0,92	0,92	0,96	0,86	0,89	0,91	0,93
Norte	0,89	0,88	1,00	0,79	0,89	0,91	0,93
Nordeste	0,90	0,90	0,97	0,81	0,88	0,93	0,90
Sudeste	0,94	0,94	0,96	0,89	0,91	0,91	0,94
Sul	0,94	0,92	0,95	0,93	0,87	0,91	0,98
Centro-Oeste	0,93	0,93	0,98	0,82	0,90	0,92	0,94
Anos Finais do Ensino Fundamental							
Região Geográfica	Total	Não declarada	Branca	Preta	Parda	Ama rela	Indígena
Brasil	0,96	0,95	0,98	0,90	0,95	0,96	0,97
Norte	0,97	0,96	1,05	0,85	0,97	0,97	0,95
Nordeste	0,96	0,95	1,03	0,90	0,96	1,00	0,98
Sudeste	0,95	0,95	0,97	0,90	0,93	0,94	0,97
Sul	0,94	0,93	0,96	0,93	0,91	0,90	0,95
Centro-Oeste	0,96	0,96	0,99	0,87	0,94	0,92	1,00
Ensino Médio							
Região Geográfica	Total	Não declarada	Branca	Preta	Parda	Ama rela	Indígena
Brasil	1,07	1,06	1,07	1,05	1,09	1,09	0,99
Norte	1,08	1,08	1,16	0,94	1,09	1,20	0,89
Nordeste	1,13	1,13	1,15	1,1	1,14	1,31	1,11
Sudeste	1,04	1,04	1,03	1,02	1,05	0,99	1,15
Sul	1,07	1,07	1,08	1,14	1,09	0,99	0,98
Centro-Oeste	1,06	1,06	1,1	0,98	1,08	1,03	0,97

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica 2018

- Percentual de alunos que pertencem a povos originários que recebem educação bilíngue, por nível educacional.

Esta informação não está disponível.

SINAIS DE PROGRESSO

ACESSO À INFORMAÇÃO PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO

- Número de projetos apresentados e aprovados em que participam os diferentes setores sociais e que se aplicam de forma integrada ao desenho da educação.

Esta informação não está disponível.

SINAIS DE PROGRESSO

ACESSO À JUSTIÇA

- Existência de escritórios públicos de mediação ou conciliação para resolver questões relacionadas à educação.

- Número de decisões judiciais que deram lugar a garantias em educação.

Esta informação não está disponível.

Esta informação não está disponível.

- Número de denúncias relativas ao direito à educação recebidas, investigadas e resolvidas pelas instituições nacionais de direitos humanos e/ou educativas competentes no país.

Esta informação não está disponível.

- Políticas de capacitação de juízes e advogados em direito à educação. Cobertura temática e alcance.

Esta informação não está disponível.