

## **GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE BRASILEIRA**

### **PUBLIC HEALTH MANAGEMENT IN THE SOCIAL DEVELOPMENT PROCESS: SOME CONSIDERATIONS REGARDING THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL**

**Otil Carlos Dias dos Santos**

Professor das Faculdades Santo Agostinho  
Professor e Mestre em Desenvolvimento Social – UNIMONTES  
[otil.dias@gmail.com](mailto:otil.dias@gmail.com)

**Sandra Célia Muniz Magalhães**

Professora do Departamento de Geociências - UNIMONTES  
Doutora em Geografia  
[sandramunizgeo@hotmail.com](mailto:sandramunizgeo@hotmail.com)

**Rafael Muniz Magalhães**

Bacharel em Direito – Faculdades Pitágoras  
[rafaelmuniz5@hotmail.com](mailto:rafaelmuniz5@hotmail.com)

#### **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo discutir a Gestão Pública de Saúde no processo de desenvolvimento social, a partir da relação Estado/Sociedade, dando enfoque ao direito à saúde brasileira. A metodologia utilizada consistiu em levantamento bibliográfico, referente ao tema. O desenvolvimento social envolve várias abordagens, dentre elas a política de saúde como um direito universal e de bem estar social, onde o Estado, a partir da Constituição de 1988, estabeleceu uma maior responsabilidade e compromisso aos administradores públicos, quanto à formulação de políticas públicas voltadas para um atendimento eficaz e uma gestão eficiente. O sistema de saúde brasileiro é considerado um dos melhores do mundo, porém necessita ser reestruturado levando em consideração as especificidades de cada região, para que seja garantido o direito à vida que rege a Carta Magna deste país, firmando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, isonomia e justiça social em todas as camadas sociais.

**Palavras Chaves:** Desenvolvimento Social. Gestão Pública. Direito à Saúde. Responsabilidade Social.

#### **ABSTRACT**

This article aims to discuss Public health management in the social development process, from the State/society relationship, focusing on the right to health in Brazil. As methodology it was used bibliographical survey, concerning the theme. Social development involves several approaches, including the health policy as a universal right and social welfare, where the State, from the Constitution of 1988, established a greater responsibility and commitment to public administrators on the formulation of public policies toward effective service and efficient management. Brazilian health system is considered one of the best in the world, but it needs to be restructured considering the specificities of each region, in order to grant the right to life ruled by The Magna Carta which governs this country, keeping the principles of universality, equality and isonomy integrality, and social justice in all social strata.

**Keywords:** Social Development. Public management. Right to health. Social responsibility.

---

Recebido em: 13/03/2013

Aceito para publicação em: 11/12/2013

## INTRODUÇÃO

Historicamente, muito se tem discutido sobre o desenvolvimento social, a partir de determinados contextos políticos existentes em toda a sociedade. Vários são os assuntos ou temas estudados, a partir dessa premissa que, de certa forma, permeia a vida das pessoas, influenciando, na opinião de alguns estudiosos do assunto, os seus valores culturais, sociais e humanos.

Atualmente, a sociedade está vivenciando um processo intenso de grandes transformações, onde os seres humanos, cada vez mais, estão caminhando na direção da perspectiva, da prosperidade, da busca de oportunidades e do então conhecido desenvolvimento.

Segundo Rist (1997), a força do discurso do desenvolvimento, principalmente, em países periféricos é apresentada à sociedade através de um poder sutil que vem seduzir, encantar e até mesmo ofuscar a verdade, enganando aqueles que, de alguma maneira ou de outra, tornam-se esperançosos e otimistas frente a solução dos seus problemas de pobreza e desigualdade sempre presentes em todas as camadas sociais. O referido autor afirma ainda, sob esse ponto de vista, que é necessário um esforço para se livrar dos entendimentos e julgamentos de valor, em relação ao termo no qual se forma um leque de suposições, no que diz respeito à visão da pobreza extrema e a vontade de erradicá-la.

Percebe-se que a melhor maneira de se compreender os processos sociais é fazendo comparações, sem negligenciar as particularidades, uma vez que não parece possível se ter o controle da situação à medida que as desigualdades se aprofundam na sociedade. Com isso, o desenvolvimento não é visto como algo espontâneo ou natural, mas, sim, construído socialmente.

O desenvolvimento social envolve várias abordagens, dentre elas a política de saúde como um direito universal e de bem estar social, onde o Estado, a partir da Constituição de 1988, estabeleceu uma maior responsabilidade e compromisso aos gestores públicos, quanto à formulação de políticas públicas voltadas para um atendimento eficaz, no sentido de realizar a sua concretização, através de uma gestão eficiente.

É importante deixar claro que, em cada sociedade, as políticas de saúde realizadas refletem como algo de grande complexidade no desenvolvimento de um projeto nacional, voltado para o enfrentamento das desigualdades sociais e proteção social em todos os momentos do ciclo de vida das pessoas, garantindo a todos os cidadãos brasileiros um acesso irrestrito, igualitário aos serviços prestados.

Para que se tenha uma melhor compreensão do tema, aqui estudado, foi estabelecido como objetivo a relação entre o desenvolvimento social, estado/sociedade e a gestão pública de saúde, abordagem escolhida para essa discussão. A assistência da saúde passou a ser, constitucionalmente, um direito de todos, indiferentemente de condições econômicas, financeiras ou sociais. Sendo assim, partindo-se da premissa de que o direito das pessoas em uma determinada sociedade vem sendo objeto de reflexões para todos os atores sociais envolvidos na questão, este estudo se justifica, tendo em vista a importância da proteção social para os indivíduos, principalmente no que diz respeito à saúde, assunto, hoje, bastante discutido no processo de desenvolvimento social. A metodologia utilizada consistiu em levantamento bibliográfico, referente ao tema.

## ALGUNS ASPECTOS SOBRE O ESTADO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Segundo Lopes (2010), o Estado “é uma instituição política, cujo objetivo é organizar a sociedade”. Diversos estudos têm evidenciado que o Estado tem uma participação vital no processo de desenvolvimento social. Segundo Banco Mundial (1997), citado por Kliksberg (2003), sem um Estado eficiente o desenvolvimento social torna-se muito difícil e, portanto, não há desenvolvimento social. E na possibilidade de uma ineficiência surge o crescimento da pobreza, desigualdade, deficiências no acesso às oportunidades e vulnerabilidades, ocasionando os principais desafios para o século XXI, principalmente nos países considerados subdesenvolvidos, onde as necessidades básicas daqueles que dependem das políticas públicas, sejam elas quais forem, derivam de um verdadeiro processo social complexo que se interagem entre si. Esse autor referencia, ainda, que a qualidade adequada dos serviços públicos a serem oferecidos é uma das missões fundamental para a visão de um Estado renovado. Uma nação sem Estado se torna, na maioria das vezes, insegura sobre o seu

passado, incerta sobre o seu presente e, conseqüentemente, duvidosa sobre o seu futuro (BAUMAN, 2005).

As ideias sobre desenvolvimento sempre foram discutidas em todas as relações sociais, mas, o que tem chamado bastante atenção é como esse assunto toma uma verdadeira dimensão social em economias consideradas periféricas ou subdesenvolvidas e, também, no sistema de saúde pública brasileiro, por ser uma questão que envolve diretamente as pessoas, principalmente aquelas mais limitadas, em termos de condições econômicas.

Nessa contextualização, Furtado (1981) coloca, no cerne do discurso, afirmações muito pessimistas a respeito do assunto, onde o mesmo afirma que países que se enquadram nesta condição, ou seja, subdesenvolvidos, nunca serão desenvolvidos e que a idéia de desenvolvimento é um simples mito.

Por outro lado, numa visão mais otimista, Sen (2010) aponta para outra realidade, inserindo a proposta de democracia como uma saída viável e um componente essencial para o processo de desenvolvimento. Para esse autor, apesar de ser um desafio político, é preciso “fazer a democracia funcionar para as pessoas comuns” e vê-la como criadora de oportunidades, buscando sempre obter o efeito desejado.

De acordo com Rodrigues (2009), “o desenvolvimento é relevante, inclusive para países muito ricos”, uma vez que o Estado pode influenciar, de maneira positiva, a vida das pessoas, através de suas políticas públicas sem ter a esperança de crescimento econômico, aliviando as situações de pobreza, exclusão e desigualdade. Lampreia (1995) contribui com a ideia da autora, afirmando que “não se pode declinar da responsabilidade do Estado no que tange à garantia dos direitos do cidadão”. O Estado tem que estar ao lado dos cidadãos para apoiá-los e não para atrapalhá-los (COSTA, 2008 – pag. 11). Com base nesta afirmação, é que diversos estudos desenvolvidos nesta linha política revelam, cada vez mais, que a responsabilidade social está inteiramente relacionada com a construção da cidadania, bem como com a implementação de direitos sociais (PARRA, 2003).

Para Kliksberg (2003), o mundo para enfrentar questões desta natureza, primeiramente é preciso que seja um Estado inteligente, buscando, na sociedade apoio no sentido de construir processos políticos democráticos consistentes, ampliando as possibilidades de enfrentamento de problemas e disparidades que afligem principalmente os países em desenvolvimento. Lampreia (1995) corrobora, também, com essa idéia, afirmando, que o Estado deve contemplar novas parcerias com a sociedade para uma redefinição do mesmo, ampliando, na relação Estado/Sociedade, o espaço da própria sociedade no interior do próprio Estado, para que as políticas públicas superem sua institucionalidade, principalmente no campo dos direitos aos cidadãos.

E no intuito de buscar um melhor entendimento sobre o assunto, aqui abordado, faz-se necessário complementar este estudo, discorrendo sobre a dimensão social da saúde e a importância de uma gestão eficiente para que este benefício social possa atingir toda a população considerada usuária do sistema.

## **GESTÃO PÚBLICA, SAÚDE E SUA DIMENSÃO SOCIAL**

Para se compreender melhor a dimensão social da gestão pública brasileira, e especificamente do setor saúde, voltado para o desenvolvimento social, primeiramente, faz-se necessário abordar os conceitos dos termos “gestão pública, estado, e saúde”, no intuito de se obter uma melhor clareza do assunto aqui estudado.

Percebe-se, no Brasil, que o debate sobre gestão pública tem se limitado apenas a aspectos orçamentários onde as questões são tratadas sob a ótica da execução da receita, e, também, do aumento da despesa pública. Com esse aumento, os governos tornam-se obrigados a elevar a carga tributária, considerada, segundo alguns especialistas, uma barreira para o desenvolvimento.

De acordo com Zarpelon (2006), o conceito de gestão está inteiramente relacionado com o conjunto de ações, estratégias e objetivos a serem alcançados e o social com o foco nas pessoas, as quais produzem relações políticas mutáveis.

Mesmo considerando que a prática da gestão pública é um desafio constante para os atores sociais envolvidos no processo de transformação da sociedade, segundo Costa (2008), tal

gestão deve ser considerada como um campo interdisciplinar que depende do conhecimento, advindo da ciência política, da economia, da administração, da sociologia, do direito, influenciado por um conjunto de fatores, que inclui relações de poder e os valores dos tomadores de decisões, além de responsabilidade social. O princípio da responsabilidade é o primeiro ato de qualquer envolvimento na vida pública (BAUMAN, 2005). A partir daí, fatores como emprego, educação, saúde, dentre outros desempenham um papel potencial na vida de todos, impulsionados pela Constituição de 1988 com a proposta de equacionar problemas, promover equidade com base no processo da gestão social. Destinar recursos no desenvolvimento da educação, saúde pública, saneamento “é estar potencializando o recurso mais valioso com que conta uma economia no século XXI” (KLIKSBURG, 2003, p. 99).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade<sup>23</sup>”. Na opinião de Souza (2010), definir saúde como um estado de “completo bem-estar” é algo que parece muito mais mito do que uma realidade. Mesmo assim, apesar de tais considerações, esse autor diz que a saúde, objeto principal desse estudo, tem uma dimensão social, por ser considerada uma das condições essenciais para o exercício das liberdades humanas. A partir de então, surge o entendimento de que a liberdade do ser humano tem uma relação direta com o princípio da democracia, com o direito de escolha e até mesmo de decisão quanto às políticas públicas desenvolvidas na sociedade. Porém, não se pode atingir a liberdade que se procura a menos que se compreenda o verdadeiro significado da liberdade numa sociedade complexa (POLANY, 2000). Sen (2010) contrapõe esta opinião, afirmando que democracia e liberdade são consideradas um luxo que um país pobre “não se pode dar”, mas, que apesar de tudo, “desenvolver e fortalecer um sistema democrático é um processo essencial do processo de desenvolvimento”.

Numa outra concepção sobre saúde pública, Silveira (2005) diz que os trabalhos de saúde, em geral, desenvolvidos são para atender as classes mais poderosas, principalmente quando se trata de população pobre sem condições de lutar pelos seus direitos. O referido autor afirma, ainda, que a saúde é um ativo que se compra e que as condições de saúde das camadas mais pobres de um mesmo país são mais precárias do que as condições das classes ricas. Com base nestas concepções, compreende-se uma situação de grande exclusão social, com serviços públicos de qualidade diferenciada, privilegiando alguns e excluindo a maioria, onde tal situação passa a fazer parte do processo do desenvolvimento, impactando, de forma negativa, a qualidade de vida das pessoas, sem sequer garantir os seus direitos, suas qualidades e sua dignidade humana. Ao contrário, Arendt (1989), defende a ideia de que o direito do homem deveria ser garantido pela própria humanidade.

Portanto, percebe-se neste contexto, que a eficácia da gestão pública de saúde tem uma relação direta com os beneficiários dos serviços, onde o Estado, como ator social, tem uma responsabilidade importante e imprescindível na efetivação e na gestão de suas políticas, contextualizadas no bojo da formação da sociedade e do Estado brasileiros.

## **O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

No período colonial a relação econômica e política entre Brasil e Portugal era de submissão do primeiro em relação ao segundo. Os diversos ciclos econômicos da época, ou seja, do pau-brasil (séc. XVI), do açúcar (séc. XVI e XVII), da mineração (Séc. XVIII) e do café (Séc. XIX) apresentou diferentes momentos no que se refere à formação de classes sociais. Porém é no ciclo da mineração que verificamos a ampliação do comércio, a expansão urbana e o aumento populacional, sendo também verificada nessa época a diminuição da renda em poder dos grandes senhores de terra, e o início da instituição de classes sociais. Mas é no ciclo do café que há a reestruturação da sociedade em classes propiciando o aumento dos trabalhadores assalariados e o poder de compra, configurando novo desenho da sociedade naquele período. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

---

<sup>3</sup> Biblioteca Virtual de Direitos Humanos: Fonte: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> - Acesso em 10/07/2011.

As alterações decorrentes da atração populacional em função da economia agroexportadora do café, assim como na época da industrialização na Europa impõe novas formas de uso do espaço brasileiro, pois o contingente populacional exige ampliação e melhoria dos serviços de educação, saneamento básico, e certamente do setor de saúde. Nessa época não existia uma estrutura formal de saúde, sendo utilizada na maioria das vezes a medicina popular. Entretanto percebemos aí o início de uma institucionalização da medicina e da defesa da ciência através da vinda de profissionais da saúde de Portugal, sendo que no primeiro momento apenas os grandes latifundiários tinham acesso aos serviços desses profissionais. Entretanto na visão dos empreendedores da época é necessária a promoção da saúde dos trabalhadores, já que é a garantia da mão de obra imprescindível à reprodução do capital. Vê-se que nesse período não havia uma preocupação com a saúde de toda a população e sim apenas com a força de trabalho. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Vale ressaltar que com a chegada da família real no Brasil, o tratamento ou a cura das doenças tomam novos rumos, uma vez que até aquele momento estas eram tratadas de acordo com a cultura, costumes e tradições de cada povo. Bertolozzi e Greco (1996) apontam que é nessa época que tem início o sanitarismo no Brasil.

Em princípio as medidas de promoção da saúde eram pontuais, especificamente nas áreas urbanas e portos, e a partir do momento em que eram sanados os surtos de determinadas doenças, suspendiam-se as ações mitigadoras, a exemplo das campanhas de controle das grandes epidemias da época, como a febre amarela e a malária, doenças tropicais até então desconhecidas da medicina europeia. E outras doenças como a varíola, peste bubônica e a cólera que também faziam parte do cenário da época, introduzidas no Brasil juntamente com a população vinda da Europa.

A chegada da família real ao Brasil trouxe transformações bastante significativas em relação à saúde, quando ainda no ano da sua chegada (1808) é fundada na Bahia a Academia Real de Medicina Social com o objetivo de proteger a saúde da população de acordo com os modelos Europeus, constituindo assim a proeminência da prática médica no Brasil. Nesse mesmo ano é criada também a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Tatiana Vargas de Faria Baptista pontua que:

A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República. Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. (BAPTISTA, 2007, p. 31)

Percebe-se que nesse período ocorrem alguns avanços no que se refere à saúde e ao sanitarismo, pois, ainda que de forma bastante incipiente estas ações foram fundamentais ao servirem de base para a efetivação dos serviços de saúde no Brasil, principalmente quanto à regulamentação do ensino e da prática médica que substituiu gradativamente o método até então recorrentes no país, como a cura através de curandeirismos, rezas, entre outras. Quanto ao sanitarismo ainda que se resumissem a apenas alguns espaços urbanos e portos, foi fundamental para garantir a saúde da força de trabalho da época, além do controle de algumas doenças, e mesmo como suporte para as práticas futuras.

Já na república (1889 – 1930), época de grande centralização do poder pelos grandes proprietários de terra, ou seja, os coronéis, a preocupação certamente não era com a saúde da população, quando ocorrem grandes epidemias, principalmente nas grandes cidades daquele período, como Rio de Janeiro:

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2006, p. 4).

É nesse período de grandes epidemias que tem início a valorosa contribuição de Oswaldo Cruz na saúde pública brasileira, quando é convidado pelo então presidente da República para assumir a direção do Departamento Federal de Saúde Pública com vistas a erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro, como também atuar no controle das demais epidemias.

Suas ações têm um início bastante conturbado e conflituoso, pois o modelo de intervenção conhecido como “campanhista”, que utilizava a força e autoridade militar para conter as epidemias trouxe grandes revoltas, principalmente contra as medidas de desinfecção tomadas, como a queima de roupas e colchões dos doentes, culminando assim na “revolta da vacina” em 1904, em decorrência da constituição da Lei Federal nº 126/04. Segundo Soares e Motta (2008, p. 01):

Na literatura oficial a revolta à iniciativa de controle sanitário ficou estigmatizada como simples manifestação de ignorância popular e deslocada para o terreno da violência e do crime, omitindo-se assim, a análise das condições sociais, dos interesses e mesmo dos marcos de referência econômico, científico e técnico que possibilitariam tal política de saúde.

Entretanto como afirma Soares e Motta (2008), essa oposição não era apenas de cunho popular, pois tinha o apoio da imprensa, de setores militares e correntes ideológicas, ou seja, setores ainda que influentes, mas que não faziam parte do poder que sustentava a revolta popular no intuito de enfraquecer a ascensão da classe burguesa agrária paulista.

Ainda que essa revolta não tenha surtido o efeito esperado, colocou a mostra a insensibilidade do governo quanto às reivindicações da população trabalhadora no que se refere à saúde. Contudo o modelo sanitarista desse período apresentou grandes progressos como o controle das epidemias e erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro. Como resultado das intervenções foi criado por Oswaldo Cruz diversos setores de serviços de saúde como a diretoria geral de saúde pública, uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, que posteriormente foi convertido em Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2006).

Soares e Mota (2008, p. 4) pontuam que até o ano de 1930 os benefícios previdenciários que os trabalhadores podiam contar eram proporcionados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs ou por algumas das grandes empresas. “Assim, a maior parte dos trabalhadores era excluída de tais benefícios, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos sancionada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 é um marco no que se refere à saúde da população, pois a partir daí é reconhecido internacionalmente esse direito. Entretanto no Brasil tal “direito” é garantido apenas aos trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho, ou seja, apenas quem contribuía com a previdência social. Na verdade a preocupação era exclusivamente com a força de trabalho imprescindíveis a reprodução social do capital. Sabendo que grande parte da população brasileira se encontrava e ainda se encontra na informalidade, constatamos que a sua assistência era excepcionalmente filantrópica.

Nesse contexto, a saúde que era de cunho assistencialista e curativo, não priorizava políticas para a sua promoção. Dessa forma somente os “beneficiários” da previdência tinham acesso a determinados serviços como auxílio-doença; aposentadoria e licença maternidade, ou seja, não era direito, mas apenas um benefício.

Entretanto, o caos na saúde pública estimula a repulsa de grupos que almejam mudanças desse quadro, quando em 1960 tem início o movimento pela reforma sanitária encabeçado por representantes de diversos setores da sociedade. Apesar das adversidades encontradas por esse grupo ao longo da sua história, este se constitui ainda hoje em um movimento bastante atuante, e que contribui de modo significativo com os progressos relativo à saúde.

Em decorrência das articulações desse movimento é realizada em 1986 a 8ª Conferência Nacional de saúde, cujo slogan era **saúde como direito de todos e dever do Estado** (Grifo nosso). Pela primeira vez na história brasileira a sociedade civil organizada participa das discussões que envolvem a saúde, que passa a ser idealizada e construída no bojo dessas

discussões. O resultado da mobilização social implica em saldos bastante positivos, como a elaboração de um documento apresentando as principais deficiências da saúde brasileira naquele período, os apontamentos contidos nele serviram de base para a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS e elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 2007).

Durante essa conferência em consonância com a Organização Mundial de Saúde – OMS é preconizada que a saúde é resultado das “(...) condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e poder da terra e acesso a serviços de saúde”. Nesse contexto a Constituição Federal Brasileira (1988) ratifica esse ideário, sendo um marco na história da saúde, no que se refere aos direitos dos cidadãos brasileiros. No Artigo 196 é destacado que:

A saúde é direito de **todos** e dever do Estado, **garantido** mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso **universal** e **igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Grifo nosso) (CF, 1988).

Analisando dessa forma, como explicar quando não ocorre essa redução das doenças, ou ao contrário há um aumento da sua quantidade, além do surgimento de outras em algumas regiões do país, como é o caso da região norte e nordeste do Brasil, incluindo aí o norte de Minas Gerais? Nesse caso o direito não deve ser garantido? Sabe-se que há uma grande desigualdade na distribuição dos recursos da saúde, sendo assim mais uma vez não estamos infringindo uma Lei maior que é a Constituição Brasileira? Acesso universal e igualitário? Onde? Para quem? Não é isso que se percebe ao deparar-se com o caos em que se encontra a saúde pública nesse país. Entretanto deve-se reconhecer que nem todos fazem parte desse quadro, pois, uma minoria tem acesso a todos os serviços de saúde que deveria ser disponibilizado a toda a população, e que, no entanto com o “jeitinho brasileiro” é priorizado para “alguns” que às vezes nem necessita dele, mas que em nome de um direito garantido em lei, usufrui, excluindo indivíduos que realmente dependem dele para a sua sobrevivência.

Apesar de todas as contradições entre o que preconiza a Constituição Federal e a efetiva garantia da Lei, entende-se que ela representa um divisor de águas entre a saúde pública antes e depois de 1988, pois a partir daí, a saúde passa a ser um direito da população garantida em lei. Ainda que seja indicado como direito de todos e dever do estado, tendo o cidadão o direito de exigir o seu cumprimento, é necessário que a população conheça os seus direitos para solicitar que seja cumprido, entretanto, são poucos os brasileiros que tem anos de estudo suficientes para entender e reivindicar os seus direitos indicados nas leis, como é o caso da Constituição Federal. Além disso, as barreiras encontradas pelos analfabetos ou semi-analfabetos (maioria dos brasileiros) é tão grande que às vezes é preferível arcar com as mazelas que lhes são impostas, do que lutar pela satisfação dos direitos que não são garantidos de fato. E assim, o setor de saúde segue demonstrando a inoperância do poder público em garantir o que reza a Lei maior no Brasil.

Consta ainda no Artigo 197 que tanto as ações quanto os serviços de saúde são de relevância pública, sendo de responsabilidade do poder público regulamentar, fiscalizar e controlar esses serviços, como também efetivá-los direta ou por meio de terceiros, ou ainda por pessoa física ou jurídica de direito privado. Porém o que se presencia no dia a dia são milhares de pessoas desprotegidas, morrendo nos corredores de hospitais brasileiros. E o poder público? Negligencia a saúde da população, pois não consegue garantir as responsabilidades assumidas. Santos (2008, p.10), argumenta que:

Nesta fundamental responsabilidade de Estado todos os governos também vêm mantendo o anacronismo da administração pública direta e autárquica na área social das necessidades e direitos da população: o patrimonialismo, o burocratismo, a desconsideração da diversidade e necessidades regionais, a lentidão, a total precarização da política de recursos humanos na saúde e a conseqüente inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população. Este inexplicável e injustificável anacronismo, articulado ao sub-financiamento federal e à predatória relação público-privado, remetem à questão: como é entendido e aplicado o Art. 197 da CF sobre a Relevância Pública?

Nessa nova organização as ações e os serviços públicos de saúde, fazem parte de um único sistema, que funciona, ou deveria funcionar de forma regionalizada e hierarquizada, segundo as diretrizes, descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (C.F., art. 198). Como apontado anteriormente a maioria dos brasileiros desconhecem as leis e os seus direitos o que impossibilita a sua participação na elaboração dos planos de saúde.

O colapso do sistema de saúde no Brasil é exposto na mídia em geral (televisiva, falada, escrita, eletrônica, entre outras) escancarando o caos em que esta se encontra e da qual direta ou indiretamente a maioria dos brasileiros participam. Pode-se constatar essa desordem ao observar as intermináveis filas em frente aos núcleos de saúde em todo o país, mais perceptíveis nos grandes centros urbanos, porém irradiado por todo o espaço brasileiro, até nas pequenas cidades. A falta de leitos, de equipamentos de saúde, de recursos humanos qualificados e financeiros, além da baixa remuneração dos funcionários da saúde, aliados a emergência e reemergência de doenças transmissíveis demonstra a fragilidade do modelo em vigor e a necessidade de mudanças urgentes, especialmente quanto a tão falada e tão sonhada humanização nos atendimentos.

Apesar disso, entende-se que grandes progressos foram alcançados a partir da implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, pois até então a situação da saúde da população brasileira era bem mais complexa, já que o acesso a esses serviços era disponibilizado apenas àqueles que podiam pagar por ele e muito precariamente aos demais, ou seja, se pagavam a previdência tinham acesso ao atendimento, se não, ficavam na dependência do Ministério da Saúde, ou hospitais que prestassem esse tipo de serviço, a exemplo dos hospitais universitários.

### **O ADVENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA?**

O Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei orgânica de saúde) e nº 8.142/90, foi criado considerando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que assegura a todo o cidadão brasileiro o direito à saúde, ou seja, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, assim como, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A finalidade desse novo modelo de atendimento era modificar o quadro da saúde brasileira vigente até aquele momento, quando passa a garantir o atendimento público obrigatório e gratuito. Nesse Sistema é previsto princípios e diretrizes que definem e norteiam a formulação da Política Nacional de Saúde, como:

- universalidade que garante a todo e qualquer brasileiro o acesso universal às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.
- integralidade entendida como o compromisso público de responder às necessidades de saúde das pessoas e das coletividades de modo completo
- equidade o que significa que todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, etnia, religião, idade ou situação de emprego, tem direito à mesma assistência à saúde para uma mesma necessidade.
- descentralização que se refere ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), pela formulação das políticas de saúde, seu planejamento, operacionalização e controle social.

Analisando os princípios e diretrizes do SUS, é impossível não perceber que essa é uma excelente proposta, pois garante o acesso de todos os brasileiros a promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral, sem distinção de classes sociais, de sexo, etnia, religião, idade, poder aquisitivo. A reformulação do Sistema de Saúde levou em consideração as falhas no sistema de saúde adotado pelo país até então, ou seja: I) Irracionalidade e desintegração das unidades de saúde; II) O sistema de saúde não conseguia dar conta do perfil de doenças relacionados com as condições sócio econômicas; III) Centralização das decisões; IV) Baixos recursos financeiros e desperdício dos alocados para a saúde; V) Exclusão de segmentos populacionais no atendimento, principalmente os mais pobres; VI) Baixa qualidade dos serviços oferecidos; VII) Falta de mecanismo de acompanhamento,

controle e avaliação dos serviços; VIII) Insatisfação dos profissionais da saúde e da população com o atendimento à saúde.

Apesar de entender que o caos na saúde pública brasileira não é em decorrência do sistema atual, e sim de processos que vem se arrastando ao longo de décadas, também se percebe que o processo de reestruturação é extremamente lento, e que após mais de vinte anos de funcionamento já deveria ter sido consolidado ao menos parte das diretrizes preconizadas, o que não vem ocorrendo, pelo menos da forma que deveria ser. Sobre os anos de vigência do SUS, Nelson Rodrigues dos Santos (2008, p. 05) destaca que:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios Constitucionais,
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e freqüentemente letal),
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda,
- d) a soma dos valores da dedução no Imposto de Renda dos serviços de saúde consumidos no mercado, da contrapartida pública nos planos privados dos servidores públicos, do não ressarcimento ao SUS de serviços prestados às empresas de planos e seguros privados, os gastos das estatais com saúde e outras, significam financiamento público perto de 10 bilhões anuais, próximo a 20% do faturamento do sistema privado suplementar.
- e) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde,
- f) as diretrizes da Integralidade e Equidade pouco ou nada avançam,
- g) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema,
- h) o modelo de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre aos 80% pobres e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados, e
- i) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, e grande parte dos avanços citados constituem elevações de cobertura possíveis já no período "pré- SUS" nos anos 80.

Nesse contexto ratifica-se que não tem ocorrido avanços suficientes para resolver os problemas de saúde da população brasileira após a implementação do SUS, o que se observa é que não são garantidos os direitos e todas as necessidades da população, quando são obrigados a passar longos períodos de espera, isso quando necessitam de procedimentos de baixa e média complexidade, os atendimentos de alta complexidade, demoram até anos para serem realizados. No caso de pacientes com enfermidades mais sérias, a luta contra o tempo é às vezes inútil. Ao esbarrar na burocracia do sistema, uma infinidade de indivíduos morre todos os dias a espera de atendimento.

Santos (2008) apresenta como exemplo de repressão de demandas uma elevada porcentagem de agravamento de diversas doenças evitáveis, como é o caso da hipertensão e diabetes, que se não tratada devidamente podem passar a insuficiência renal, além do acidente vascular cerebral. Portadores de doenças como câncer, que perdem a vida por falta de atendimento adequado, ou seja, no momento certo. Uma grande porcentagem de portadores de doenças infecto contagiosas como a Tuberculose, a Hanseníase e a Malaria, sem o acesso devido ao sistema, além da grande incidência de casos novos de câncer ginecológico e *human immunodeficiency virus* - AIDS.

Nos procedimentos estratégicos do SUS, o município representa a superfície onde é tomada grande parte das decisões no âmbito das políticas de saúde na perspectiva da descentralização. Dessa forma Barcellos e Monken (2007, p. 234) colocam que:

As práticas de saúde avançam para a integração das ações curativas, promocionais e preventivas, de forma que as intervenções sobre os

problemas sejam também sobre as condições de vida das populações, e a regionalização e hierarquização dos serviços contemplam a organização dos estabelecimentos, delimitando uma base territorial, ou seja, uma área de atuação – da unidade de saúde, da equipe do médico da família, do agente de controle de endemias [...].

Assim, o princípio da organização hierárquica de atuação do SUS seguiria a lógica do reconhecimento das necessidades e da dinâmica socioeconômica da população, que por sua vez participam na construção e reconstrução do território, possibilitando o conhecimento deste. Entretanto, as abordagens anteriores apontam que o sistema hora em vigor não segue essa lógica. O Ministério da Saúde, na cartilha “Entendendo o SUS” (2006, p. 8) evidencia que as atribuições financeiras do governo Federal em relação à saúde são as seguintes:

- A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde.
- O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.
- O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).
- Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

A descentralização implica que os municípios passam a se responsabilizar pela saúde da população da sua área territorial, porém com repasses financeiros e auxílio técnico da União. Partindo desse pressuposto, é necessário fazer alguns questionamentos a esse respeito. Os municípios estão preparados para assumir essa responsabilidade? Há a devida fiscalização desses repasses? Há recursos humanos suficientes para acompanhar esse processo? Os fatos percebidos desde essa descentralização apontam negativamente, pois não raro presencia-se no noticiário nacional o afastamento de toda uma equipe responsável pela gestão da saúde, pela ocorrência de casos ilícitos. Entretanto, em pouco tempo estão todos de volta ao seu posto anterior por falta de comprovação dos fatos. Isso aponta para a necessidade de uma reformulação das diretrizes nesse quesito.

Outro grande problema verificado nesse processo é a falta de condições da maioria dos municípios brasileiros em arcar com tamanha responsabilidade, seja por falta de infraestrutura física, de aparato técnico ou mesmo de recursos humanos qualificados para entender e seguir corretamente as diretrizes impostas pelo SUS. Sendo assim o maior prejudicado é sempre a população. Esbarrando na burocracia e nas longas filas que passou a fazer parte desse sistema, morrem pessoas quase que diariamente a espera de um resultado de exame, de uma vaga na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, aguardando sua vaga nas intermináveis listas de espera, ou mesmo nas ambulâncias, onde passam a maior parte do dia em busca de atendimento nas cidades de referência como é o caso das hemodiálises. Nesses casos, depois de passar quatro ou cinco horas em uma máquina, já cansados e debilitados, viajam três a quatro horas de volta a sua cidade e com o agravante de ter que percorrer esse trajeto três vezes por semana. Fala-se em humanização, mas o que há de humano nesse caso específico?

O Ministério da Saúde, na cartilha “Entendendo o SUS” (2006, p. 14), deixa claro que os gestores dos Municípios e dos Estados é que fazem o levantamento dos instrumentos de atendimento que possuem e determinam o tipo de serviço que será oferecido por cada um. Consta ainda da cartilha que:

Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

Ao analisar a proposta do SUS, é perceptível que é excelente, mas na prática não funciona como deveria. Entretanto, alguns municípios conseguiram se adequar ao sistema e a saúde da população tem melhorado, conseqüentemente estes apresentam resultados positivos em todos os setores.

As formas de repasse de recursos aos municípios através do Piso da Atenção Básica - PAB, calculado com base no total da população do município, além de outras formas de angariar recursos para a saúde, como a adesão a Programas federais, deveria ser suficiente para assegurar aos moradores de cada município o atendimento necessário como consta na proposta do SUS. Contudo, conforme já afirmado anteriormente, o despreparo dos gestores da saúde penaliza a população e desperdiça as verbas que deveriam servir para melhorar não só a saúde como também as condições de vida da população de toda uma região.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que as pessoas dentro de uma sociedade se integram ou se interagem numa atitude política e cultural, o conceito de desenvolvimento toma diversas dimensões sociais, contribuindo para algumas reflexões no sentido de incentivar o debate ou até mesmo conduzir as pessoas a refletirem de maneira mais consciente sobre questões fundamentadas de maneira teórica, desconstruindo conceitos estabelecidos a respeito do termo que no momento atual tem sido motivo de divergência de opiniões entre os estudiosos do assunto.

Contudo, a transformação da sociedade e até mesmo dos indivíduos é algo que tem acontecido e tal fato independe das opiniões das pessoas quanto ao estabelecimento de determinados conceitos sobre desenvolvimento. O que todos esperam, na verdade, são melhores condições de vida, oportunidades, acesso igualitário e equitativo naquilo que eles acreditam ser desenvolvimento social independentemente de suas situações econômicas. Mas, para isto, será necessário que o Estado venha cumprir o seu verdadeiro papel e responsabilidade, elaborando e executando políticas públicas, principalmente de saúde, capazes de alcançar e atender os indivíduos com qualidade, humanidade, eficiência e presteza.

Uma vez compreendido o fato de que os desafios e as perspectivas dos cidadãos, em relação aos seus direitos, impõem ao Estado a responsabilidade e a esperança de dias melhores, não há dúvidas que tal situação sinaliza para um tipo de desenvolvimento que abarca toda a economia social e política de uma sociedade, seja do ponto de vista daqueles que defendem a ideia ou daqueles que, na opinião de muitos, são vagos e confusos ao tentar dizer algo sobre o assunto.

Convém enfatizar que a efetivação de políticas e gestão públicas bem sucedidas, que buscam reduzir as desigualdades sociais, possibilitando a inclusão daqueles que se encontram às margens do desenvolvimento podem contribuir efetivamente, para uma nova realidade social. Apesar de que, em diversos países considerados em desenvolvimento o arcabouço estatal está delineado e orientado em um processo quase inverso ao sugerido. Mesmo assim, no aspecto representativo com vistas ao processo de desenvolvimento social, cabe ao Estado estabelecer uma relação causal entre a gestão das políticas públicas e interesses da sociedade, respeitando o direito à vida e as garantias fundamentais que rege a Carta Magna deste país, fincando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, isonomia e justiça social em todas as camadas sociais. Portanto, isto deve ser o resultado de uma construção social dos indivíduos, de acordo com suas decisões políticas.

### REFERÊNCIAS

ARENDR, H.O **declínio do estado-nação e o fim dos direitos do homem** - In: Origens do totalitarismo. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

BANCO MUNDIAL. James D. Wolfensohn. La outra crisis.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARCELLOS, C. & MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Zigmunt. **Identidade**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. Ed. 2005.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988, Ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. **Caminhos do direito à saúde no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

COSTA Luciana Lima. **Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FURTADO, Celso. (1981). **O mito do Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

HOCHMAN, Gilberto. A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

KLIKSBURG, Bernardo. **Falácias e mitos do desenvolvimento social**. Tradução de Sandra Trabucco Valenzuela, Silvana Cobucci Leite – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

LAMPREIA, Luiz Felipe. **Relatório brasileiro sobre desenvolvimento social**. Estud. av. [online]. 1995, vol.9, n.24, pp. 9-74. ISSN 0103-4014.

LOPES, Mário, **Políticas de saúde: interação dos atores sociais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

PARRA, Marcelo F.L. **A responsabilidade social como uma das políticas que legitima a gestão pública**. VIII Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003.

POLANY, Karl. **A grande transformação: as origens de nossa época**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão** [Internet]. 2006 [cited 2007 jun 30]; Available from: [http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude\\_no\\_Brasil.doc](http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude_no_Brasil.doc).

RIST, Gilbert. **The History of Development..** From Western Origins to Global Faith. Zed Books, London and New York, 1997.

RODRIGUES, Luciene. **Itinerário da construção das abordagens de desenvolvimento**. In: Revista Argumentos. Montes Claros, Editora Unimontes, 2009. v.4, n.1, PP. 127 a 162 ISSN 1806-5227.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. Traduzido por Marcos Fernandes Da Silva Moreira 3.Edição Ed. Hucitec. São Paulo, 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues do. Política pública de saúde no Brasil: Encruzilhada, buscas e escolhas de Rumos. **Revista Ciênc. saúde coletiva**. vol.13 supl.2. Rio de Janeiro Dec. 2008.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento econômico como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVEIRA, Mário Magalhães da. **Política Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **I Seminário LIVRE pela Saúde “20 anos de SUS: A luta pela saúde no Brasil de hoje”**. Natal-RN, 2008.

SOUZA, et. Al. **Direito da saúde no Brasil**/ André Evangelista de Souza... [et.al.]; Organizadora: Lenir Santos – Campinas/SP – Saberes Editora, 2010.

ZARPELON, Márcio Ivanor. **Gestão e responsabilidade social**: NBR 16.001/AS 8.000: implantação e prática. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.