



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LETÍCIA ZAMPRÔNIO SALUM

**AS PROPOSTAS DO RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO
HUMANO (RDH) DO ANO DE 2003 PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIAS NA ÁREA DA SAÚDE**

LETÍCIA ZAMPRÔNIO SALUM

**AS PROPOSTAS DO RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO
HUMANO (RDH) DO ANO DE 2003 PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIAS NA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Ciências
Sociais da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José de
Rezende

Londrina
2012

LETÍCIA ZAMPRÔNIO SALUM

**AS PROPOSTAS DO RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO
HUMANO (RDH) DO ANO DE 2003 PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIAS NA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Ciências
Sociais da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria José de Rezende
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Silvana Aparecida Mariano
Universidade Estadual de Londrina

Mestrando Tito Galvanin Neto
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, _____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho a meus pais,
meus primeiros mestres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, professora Maria José de Rezende, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo, pela cumplicidade, pela motivação e pelos ensinamentos preciosos à minha formação.

Aos professores do curso pelo ensino e pela dedicação.

À minha família por estar sempre presente, por incentivar-me e apoiar-me nesta jornada e por acreditar incondicionalmente em meu potencial.

Aos colegas de classe e, principalmente, às minhas amigas mais próximas, Aline, Simone, Maria Letícia e Mariana, pelo apoio nos trabalhos, pela amizade e pelos ótimos anos de faculdade.

E, à Taciane e à Aline, minha família em Londrina, por dividirem comigo tanto as alegrias e as diversões quanto os problemas e as preocupações cotidianas e, especialmente, pela amizade e pelo companheirismo.

“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde por qualquer outra vantagem”.

(Arthur Schopenhauer)

SALUM, Letícia Zamprônio. **As propostas do Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH) de 2003 para a implementação de melhorias na área de saúde.** 2012. 71p. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

O trabalho estuda as propostas contidas no Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH) do ano de 2003 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em confronto com as ações e os procedimentos executados pelo Estado brasileiro na área de saúde pública. Esta pesquisa se baseia na análise documental da publicação do Ministério da Saúde denominada Saúde Brasil do ano de 2008, a qual expõe os avanços das políticas de saúde desde a consolidação do Sistema Único de Saúde e a trajetória das políticas públicas de saúde desde 1988. Ademais, discute-se, com enfoque nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) relacionados à saúde pública, como o Estado brasileiro enfrenta os desafios postos à melhoria da saúde e da longevidade populacional e à promoção do desenvolvimento humano. Por fim, observa-se como a pobreza, a miséria e as desigualdades minam tanto as condições de saúde quanto o êxito das políticas públicas.

Palavras-chave: Estado brasileiro; políticas públicas; saúde; desenvolvimento humano; desigualdades sociais.

SALUM, Letícia Zamprônio. **The propositions from the 2003 Human Development Report (HDR) to effectuate improvements in health sector**. 2012. 71p. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

The study analyse the propositions from the 2003 Human Development Report (HDR) of the United Nation Development Programme (UNDP) in confrontation with the acts and the procedures accomplished by the Brazilian State in the health sector. This research is based on a documental analysis of the Ministry of Health 2008 document called “Saúde Brasil”, which shows the improvement in health policies since the Public healthcare system (“Sistema Único de Saúde” – SUS) strengthening and the course of action of the health policies since 1988. Furthermore, concentrated in the Millenium Development Goals (MDGs) linked to public health, it is appraised how the Brazilian State deals with the challenges to improve healthcare and population longevity and also to promote human development. Finally, it is observed how the poverty, the misery and the inequalities undermine health condition as such as the success of public policies.

Key words: Brazilian State; public policy; health; human development; social inequalities.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE 2003: SUGESTÕES AOS ESTADOS EM GERAL	15
2.1 PROPOSTAS DO RDH DE 2003 PARA A ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA	20
2.1.1 D	
desenvolver Sinergias Para Melhoria Da Saúde Pública	24
2.2 SUGESTÕES DO RDH DE 2003 PARA O ESTADO BRASILEIRO	29
3 AS AÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO NA ÁREA DE SAÚDE: O CUMPRIMENTO E O NÃO-CUMPRIMENTO DAS SUGESTÕES PROPOSTAS PELO RDH DE 2003	33
3.1 DESIGUALDADE, ESTADO E RELAÇÕES SOCIAIS NA TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS	35
3.2 AS AÇÕES DO ESTADO: SAÚDE NA DÉCADA DE 2000	38
4 OS DESAFIOS FEITOS AO ESTADO PARA A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL	46
4.1 O PROGRESSO NAS METAS DE SAÚDE PÚBLICA COMO CONDIÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO	51
4.2 DESIGUALDADES SOCIAIS, DIFICULDADES EM REDUZIR A POBREZA E PRIVATIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

1 INTRODUÇÃO

Desde 2000, os Estados nacionais signatários do pacto denominado “Declaração do Milênio” fazem tentativas de implantação de programas e planejamentos de políticas públicas nas mais diversas áreas para a superação da pobreza e para o desenvolvimento humano. O Brasil, em suas especificidades, tem buscado estabelecer políticas públicas e implantar programas sociais que visam tanto a ampliação da cidadania e da democracia quanto a redução das mazelas sociais, das desigualdades, da pobreza e da miséria extrema.

O comprometimento feito a partir do pacto da “Declaração do Milênio” possui metas e objetivos determinados – a que se denomina “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” (ODMs)¹, os quais servem como propósitos e orientações de políticas essenciais ao desenvolvimento.

Com o intuito de contribuir para o desenvolvimento dos países, a Organização das Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) e do estudo de questões emblemáticas e cruciais colocadas nos ODMs, tem produzido os Relatórios do Desenvolvimento Humano (RDHs²) – que consistem em relatos e análises das realidades sociais de diversos locais do mundo, fomentando o debate sobre as possibilidades, as dificuldades e as necessidades de ações para superação da pobreza e para efetivar avanços no desenvolvimento humano e social.

Assim, o objeto deste estudo se constitui das propostas de ações, presentes no Relatório do Desenvolvimento Humano do ano de 2003 (RDH/PNUD/ONU, 2003), aos Estados nacionais em geral e ao Estado brasileiro em particular, para estabelecer avanços no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde.

Este RDH compreende uma avaliação dos fracassos verificados na tentativa de promover o desenvolvimento (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.01), ao mesmo tempo em que se ressalta a necessidade de reduzir a pobreza e melhorar a

¹ Os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: 1-Eradicar a extrema pobreza e a fome; 2-Atingir o ensino básico universal; 3-Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4-Reduzir a mortalidade infantil; 5-Melhorar a saúde materna; 6-Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7-Garantir a sustentabilidade ambiental; e 8-Promover uma parceria mundial para o desenvolvimento.

² Os Relatórios do Desenvolvimento do Milênio (RDHs) estão documentados desde 1990, no entanto, eles se tornaram, efetivamente, documentos com a finalidade de apoio ao desenvolvimento dos mais diversos países após a “Cúpula do Milênio” e a assinatura da “Declaração do Milênio”.

educação e a saúde. Procura-se, ainda, fomentar a parceria mundial como uma condição essencial ao desenvolvimento humano. Todavia, a análise deste estudo foca em especial o caso brasileiro com suas disparidades e iniquidades, seus avanços e recuos em saúde pública, pretendendo-se examinar se o país tem capacidade para alcançar as metas e objetivos propostos.

Examina-se, então, de que modo o Estado brasileiro tem adequado as políticas públicas de saúde às sugestões contidas no RDH de 2003 a fim de melhorar uma dimensão do desenvolvimento humano, qual seja, a longevidade³.

Para alcançar os avanços no desenvolvimento humano, especificamente na área de saúde, reconhecida como imprescindível – já que, diretamente, ela está presente em três dos oito ODMs – o RDH discute as propostas de ações e de medidas que proporcionem o progresso na saúde pública no interior dos Estados nacionais.

Logo, nesta pesquisa objetiva-se também mapear as ações empreendidas pelo governo brasileiro, no campo das políticas públicas de saúde, com vistas a responder às propostas contidas no RDH de 2003 e para a consecução dos ODMs e do desenvolvimento humano.

Atenta-se, então, para o fato de que as políticas sociais de saúde devem ser eficazes e visarem à melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros e, devem também estar em conformidade com as proposições internacionais, para uma melhoria coletiva e o fomento do desenvolvimento humano.

O Brasil, com sua extensão e diversidade, precisa desenvolver-se a fim de reduzir as desigualdades e, assim, promover a cidadania e a democracia e a inclusão. Isto depende da efetivação de direitos. A saúde, como direito constitucional, 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 (BRASIL, 1988, Art.196).

³ A longevidade compreende os entendimentos sobre a qualidade de vida, a saúde e bem-estar individual e está diretamente ligada aos indicadores de expectativa de vida e mortalidade, e, dessa maneira, é uma noção intrínseca tanto ao processo biológico da vida humana (nascimento, crescimento, envelhecimento e morte) quanto aos processos sociais, tais como a disposição de saneamento básico, água potável, serviços básicos de saúde, moradia e outros.

E, por ser a saúde um componente básico da condição humana, a reflexão sobre ela objetiva averiguar a qualidade e a eficácia dos serviços médicos e hospitalares, dos tratamentos e das prevenções e, ainda o acesso a esses serviços. Entende-se que o processo de saúde/doença pode ser verificado nos dados demográficos que registram as taxas de esperança de vida ao nascer, a mortalidade infantil e materna, a qualidade de vida, a longevidade, o acesso ao saneamento básico, à água potável e aos demais serviços, os quais são dever do Estado e direito dos cidadãos.

Considera-se como “saúde”, de acordo com a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS), “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”⁴ (OMS, 2012, p.06, tradução da pesquisadora). Isto tem correlação, também, com os fundamentos que se baseiam na longevidade, já que esta é uma das dimensões da melhoria nos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH).

As propostas dos RDHs acerca da saúde, condizentes com o entender da OMS, visam o desenvolvimento humano, integrado a outras condições do bem-estar individual e social, como a educação, a moradia e o trabalho.

Esta análise objetiva verificar se as políticas públicas estão promovendo, individual e coletivamente, a melhoria da saúde, e de outras áreas sociais, de maneira a promover a igualdade democrática entre os cidadãos brasileiros.

De acordo com a proposta de estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento humano, há a necessidade de envidar “esforços globais mais sólidos para reduzir a pobreza, melhorar a saúde e promover a paz, os direitos humanos e a sustentabilidade ambiental” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.15).

Assim, faz-se um mapeamento das proposições e das sugestões dispostas no Relatório do Desenvolvimento Humano do ano de 2003, intitulado “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Um pacto entre as nações para eliminar a pobreza humana”. Este é um documento produzido por pesquisadores de diversas áreas de estudos e nações, a partir dos debates acerca do desenvolvimento humano. É uma discussão sobre as possibilidades e as dificuldades de efetivar melhorias na área da saúde e também em outras áreas.

⁴ No original, « Health is the state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity », no glossário de conceitos da OMS.

Esta análise documental⁵ investiga, ainda, a relação entre os problemas na área da saúde e as desigualdades sociais, a pobreza, a fome, entre outras. Pretende-se, também, explicitar o vínculo das questões de saúde com a necessidade de políticas sociais de educação, de saneamento básico, de melhorias nas condições de moradias e no trabalho, de modo a serem estabelecidas as condições mais igualitárias e mais equitativas entre os indivíduos mais necessitados e os mais abastados.

Com isso, observa-se o que tem sido realizado e gerido no âmbito da saúde pública no Brasil, que pode ser visualizado através dos dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da análise do livro da coletânea *Saúde Brasil* do ano de 2008, sobre as ações e as políticas que propõem avançar nas metas apresentadas nos RDHs e nos ODMs.

Baseando-se em leituras sobre as políticas públicas e as propostas dos RDHs, o olhar referente à realidade social brasileira se concentra, fundamentalmente, na discussão acerca das desigualdades sociais, as quais (imprescindivelmente) devem ser diminuídas, para que os mais pobres estejam apoiados por medidas, programas e políticas que lhes deem as condições básicas de vida e bem-estar, possibilitando-lhes o crescimento individual e, por conseguinte, o desenvolvimento social da nação brasileira.

A teoria do Desenvolvimento Humano, formulada por Amartya Sen (2000), é de enorme proveito para as discussões sobre a saúde pública e a qualidade de vida das pessoas, pois o autor entende a ampliação das capacidades e da liberdade dos indivíduos é uma condição básica ao desenvolvimento humano. Assim, para ele, há

[...] a perspectiva baseada a liberdade apresenta uma semelhança genérica com a preocupação comum com a “qualidade de vida”, a qual também se concentra no modo como as pessoas vivem (talvez até mesmo nas escolhas que têm), e não apenas nos recursos ou na renda de que elas dispõem (SEN, 2000, p.39).

Tal entendimento sobre a “qualidade de vida” se relaciona com a aceção supracitada do conceito de saúde dado pela Organização Mundial da

⁵ A análise documental inclui o RDH de 2003 (PNUD/ONU, 2003), as leis, as declarações estatutárias e os subsídios federais que tornaram públicas as novas demandas sociais e fomentaram medidas, políticas e serviços de saúde. Através desta análise, pode-se observar o processo e o desenvolvimento, além de ser possível uma reconstrução histórica das ações de saúde. Cf. (MAY, 2004) e (CELLARD, 2008).

Saúde (OMS). Então, em certa medida, Sen se apoia na reflexão de que a “saúde” é um bem básico para o desenvolvimento e para a liberdade, sendo que esse bem juntamente com outros (como educação e moradia, por exemplo) habilita o indivíduo com oportunidades de ações e decisões, concedendo-lhe a autonomia e a condição de ser agente social.

De certa maneira, faz-se necessário discutir sobre os aspectos e condições básicas da saúde pública, utilizando-se as ideias acerca da Sociologia da Medicina de Gilberto Freyre, o qual observou os padrões de saúde da cultura brasileira com a certeza de que:

[...] os desvios da condição de saúde essencial ao desempenho pelos membros de uma sociedade de papéis sociais básicos – papéis que, deixados de ser desempenhados, a falha resulte em prejuízo para a economia da sociedade – são sempre desvios de uma normalidade comum se não a todas, a quase todas as sociedades humanas (FREYRE, 1983, p.63).

Uma discussão que melhor assinala os aspectos sociológicos da medicina, da saúde pública e coletiva, é a que se debate não só o papel da medicina e dos médicos na sociedade, mas também, sobre as expectativas sociais em relação à saúde, à condição social e ao contexto social referente à qualidade de vida da população em geral.

Com essa abordagem sociológica, tenta-se entender as circunstâncias próprias da condição social da saúde entre os diferentes indivíduos. E, através do RDH, fica evidenciado que aos mais pobres se lhes nega o acesso à saúde pública capaz de suprir suas demandas com eficácia e com qualidade.

Pergunta-se, então: o que o RDH de 2003 está propondo, através de ações e procedimentos, aos Estados nacionais, para melhorar as condições de acesso dos mais pobres a uma saúde pública que seja capaz de lhes garantir, de fato, seus direitos?

2 O RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE 2003: SUGESTÕES AOS ESTADOS EM GERAL

Os Relatórios do Desenvolvimento Humano (RDHs), produzidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) a partir de 2000, debatem sobre as políticas e ações necessárias para um desenvolvimento humano centrado-se nas metas colocadas nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs).

Os RDHs defendem amplamente o “propósito do desenvolvimento” e propõem a melhora da vida das pessoas pelo aumento das possibilidades de escolha, da liberdade e da dignidade (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.27). Esta é uma ideia que tem por inspiração a teoria do economista indiano Amartya Sen (REZENDE, 2012a, p.03-04), o qual vê o “desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam” (SEN, 2000, p.52).

Em vista disto, os avanços nos ODMs, apresentados pelos RDHs, são incentivados pela ideia de que os Objetivos “destinam-se a aliviar as limitações da capacidade das pessoas de fazer escolhas” e se voltam para o bem-estar humano, o escopo do desenvolvimento (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.29).

Neste estudo, especificamente, é utilizado o RDH do ano de 2003 que tem como título “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana”, o qual, por sua vez, enfatiza a promoção de um “Pacto de Desenvolvimento do Milênio”, visando-se à cooperação mundial pelo desenvolvimento humano⁶.

Também, de acordo com o RDH de 2003, o “Pacto” se define com a atenção voltada para dois grupos de países: os países que têm prioridade máxima e alta, isto é, os que têm “um mau desempenho” nos ODMs e baixo desenvolvimento humano⁷; e os países que estão progredindo nos ODMs, mas sofrem disparidades sociais e têm grandes bolsões de pobreza⁸ (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.03). O Brasil

⁶ Assinalado como o oitavo ODM “Promover uma parceria mundial para o desenvolvimento”, que deve ser uma forma de cooperação dos países mais desenvolvidos e ricos pelo desenvolvimento dos países mais pobres e emergentes em com a colaboração destes na implantação de avanços nos sete primeiros ODMs.

⁷ A maioria dos países com prioridade máxima se encontram na África subsaariana, tais como Etiópia, Quênia e Zimbábue, os quais tiveram altos retrocessos no IDH entre as décadas de 1990 e 2000. Encontram-se no grupo dos países com prioridade alta, Indonésia, Guiana, Síria e Sri Lanka.

⁸ Além do Brasil, Bulgária, Rússia, Malásia e México são exemplos do grupo de países com prioridade média.

se encontra no grupo dos países que estão progredindo, mas, ainda, com bastante desigualdade. Mais adiante se fará uma análise sobre isso.

Para o primeiro grupo de países (com prioridade máxima e alta), o “Pacto” se baseia numa “parceria internacional”, com ajudas financeiras dos países mais ricos e das organizações internacionais para os países pobres a fim de que estes possam atingir um nível de “crescimento sustentado” e de bem-estar social (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.04). A ajuda internacional, nesse caso, requer que os países pobres se comprometam a se empenhar em estratégias nacionais apropriadas para superar a pobreza e alcançar as metas dos ODMs. Isto deve ocorrer de modo que a democracia e o controle nacional sejam requisitos do progresso social alcançado (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.148).

Já, uma parceria dos Estados nacionais com a sociedade civil, com as Organizações não-governamentais (ONGs) e com a iniciativa privada pelo desenvolvimento humano é mostrada pelo RDH de 2003, como suficientemente satisfatória aos países com disparidades sociais (podendo também ocorrer em países de prioridade máxima e alta), para superar as desigualdades internas – o que deve dar-se através da realocação de políticas e voltadas para uma melhor distribuição de renda e serviços sociais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.04-05).

Pode-se dizer que uma grande parte do discurso do RDH de 2003 gira em torno da necessidade de avanço nos ODMs, para se alcançar o desenvolvimento humano. Fica exposto que os primeiros sete ODMs são metas a serem cumpridas pelos países que estão em busca do desenvolvimento, enquanto o oitavo Objetivo do Milênio é um compromisso essencialmente dos países desenvolvidos e ricos, para que seja alcançado o desenvolvimento humano mundial. Esse objetivo será alcançado com o apoio aos países em desenvolvimento, os quais devem inverter tendências negativas, contribuir com medidas eficazes para a redução da pobreza e da fome, fomentar políticas de mudança, adotar medidas econômicas que tragam benefícios aos países pobres e, de modo mais amplo, cooperar pelo crescimento econômico dos países com economia deficitária (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.11).

No entanto, buscar somente “o crescimento econômico não será suficiente”. Há a necessidade de implantação de medidas e políticas, por parte dos países pobres, para que seja possível “fortalecer as ligações entre crescimento mais forte e rendimentos mais elevados das famílias mais pobres”, em defesa de um

crescimento “reductor” da pobreza e não “desumano” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.05-06).

Para reduzir a pobreza, o crescimento deve ter uma base ampla, sem concentração em determinadas áreas ou setores. É preciso haver investimentos nos “limiares básicos do desenvolvimento humano”, ou seja, na saúde, na educação, na alimentação, nos serviços de água e de saneamento, entre outros, promovendo-se avanços equitativa e conjuntamente nos diversos setores (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.06-07), como no exemplo em que:

A educação contribui para uma saúde melhor, e melhor educação e saúde aumentam a produtividade que conduz ao crescimento econômico. O crescimento gera, então, recursos que financiam melhoramentos na saúde e na educação das pessoas, aumentando mais a produtividade (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.08).

A área da saúde pública é colocada como indispensável para a eficácia das políticas em outras áreas sociais e deve ser fortalecida por uma gama de políticas e de direitos para que haja avanços significativos no desenvolvimento humano.

Com o fortalecimento da política internacional de direitos humanos, que inclui a saúde em suas reivindicações, esta preocupação [com a relação existente entre condições sociais e morbimortalidade (relativo à doença e à morte)] se estendeu a outros países e regiões. A saúde torna-se, cada vez mais, uma questão social e, desta maneira acaba por fomentar a polêmica em torno de seus determinantes sociais (GIANINI, 1995, p.20).

Por isso, o debate acerca da saúde vai “além do físico, alcançando o bem-estar psicossocial” dos indivíduos até se tornar “um sistema sociocultural em geral” (FREYRE, 1983, p.61), no qual as condições sociais têm implicação fundamental sobre o bem-estar individual.

Assim, segundo o RDH de 2003 (PNUD/ONU, 2003, p.16-17) é de suma importância que os países procurem implantar políticas que superem as dificuldades e problemas estruturais que os mantêm presos à pobreza extrema e miséria. Dessa maneira, o Relatório incentiva um “crescimento econômico sustentado”, intrinsecamente ligado às condições sociais e com a ajuda do “Pacto de Desenvolvimento do Milênio”⁹:

⁹ O Pacto do Desenvolvimento do Milênio proposto fundamenta-se no compromisso dos países mais ricos e desenvolvidos em apoiar financeiramente, através da eliminação de tarifas e quotas sobre os produtos vindos dos países pobres, da facilitação do financiamento internacional, do

A mensagem é simples: escapar às armadilhas da pobreza exige que os países atinjam certos limiares críticos – de saúde, educação, infraestruturas e governação – que lhes permitam atingir a descolagem para o crescimento económico sustentado. Dezenas de países pobres caem abaixo desses limiares, muitas vezes não por culpa própria e por razões que estão completamente fora do seu controlo. É aqui que o Pacto [de Desenvolvimento do Milénio] entre países ricos e pobres deve entrar. Se um país prossegue as políticas corretas e se compromete com a boa governação na aplicação dessas políticas, a comunidade mundial – organismos internacionais, doadores bilaterais, atores privados, organizações da sociedade civil – deve ajudar o país a alcançar os limiares críticos através de maior ajuda (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.18).

Então, para reduzir a pobreza e a miséria, o investimento em desenvolvimento humano deve ter como base “a nutrição, a saúde (incluindo-se a saúde reprodutiva), a educação, a água e o saneamento”, pois estas são políticas sociais fundamentais aos limiares críticos e às condições sociais para o bem-estar individual e coletivo (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.18).

O RDH de 2003 considera que o setor de saúde pública se consiste numa “preocupação particular”, pois os ODMs relacionados à saúde (redução da mortalidade infantil e materna e combate a doenças) são metas que devem atingir a população até agora excluída e em situação de pobreza absoluta, para que se tenha um “progresso sustentado e inclusivo”, com “ênfase na equidade” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.47).

A importância dada à equidade torna-se mais enfática ao se tratar dos “hiatos de género”. Estes são fatores fundantes da discriminação de mulheres quando se observam os setores da saúde e da educação.

Em termos mundiais, as mulheres representam quase metade dos adultos que vivem com HIV/AIDS. Na África Subsaariana, onde o vírus é espalhado principalmente através da atividade heterossexual, mais de 55% dos adultos infectados são mulheres. As jovens daquela região têm duas a quatro vezes mais probabilidades do que os jovens de serem infectadas. Na Ásia do Sul e do Sudeste, 60% dos jovens com HIV/AIDS são do sexo feminino (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.50).

O Relatório sustenta que esses tipos de problemas (estruturais) acabam com as chances de desenvolvimento humano e de crescimento económico.

alívio da dívida externa, e outras ações, de modo a incentivar as melhorias internas de cada país, como a governação e as políticas sociais. Como apontado pelo RDH de 2003, não se trata de “caridade”, mas, de um compromisso de “responsabilidade mútua” de países ricos e pobres em cooperação mundial pelo desenvolvimento humano sustentado.

Então, políticas sociais e investimentos públicos devem ser feitos em setores estruturais, mesmo que não haja resultado econômico, mas que incida no desenvolvimento no geral (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.68).

Assim, para a melhoria de vida da população e para se afastar das “armadilhas da pobreza”, o combate aos “problemas estruturais” deve ser composto de “sinergias entre vários aspectos do desenvolvimento humano [que] também são importantes: melhorar a saúde e a educação exige intervenções concomitantes na escolaridade, planejamento familiar, cuidados de saúde, nutrição e na água e saneamento” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.69).

Some-se a isso, a questão da boa gestão pública, da governança e da governação democrática¹⁰. De acordo com o Relatório (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.76), “governos corruptos, ou incompetentes, arruinaram muitos países, impedindo os investimentos necessários ao desenvolvimento econômico”.

Para o RDH de 2003 (PNUD/ONU, 2003, p.134), as mais relevantes mudanças políticas, que realmente atingiram as populações mais pobres, foram aquelas que ocorreram no “ambiente político local”, as que “através de estruturas democráticas formais ou através de mobilização e ação coletiva direta” proporcionam, justamente por ser local e mais próxima da população, uma maior facilidade de que as exigências populares sejam consideradas pelos seus governantes.

A proximidade entre governantes e a população possibilita o encontro entre as partes e, logo, a demanda por políticas públicas efetua-se de modo mais simples, também, atingindo-se melhor a população e, em consequência disso, a corrupção pode ser eficazmente combatida.

Em suma, o RDH enfatiza que “para atingir o crescimento a longo prazo, todas as políticas têm de ser enfrentadas simultaneamente, independente do estágio do desenvolvimento econômico em que o país se encontra” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.78). Para que a população seja assistida regularmente por políticas eficazes, a agenda política deve estar cumprindo as demandas populacionais constantemente.

¹⁰ Os termos governança e governação (*governance*) são regularmente utilizados no âmbito dos RDHs para conceituar o entendimento acerca de uma gestão pública em que a agenda pública é composta além das instituições governamentais, mas também, por ações múltiplas de organizações da sociedade civil. Cf. (REZENDE, 2008, p.93-108).

2.1 PROPOSTAS DO RDH DE 2003 PARA A ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA

O RDH do ano de 2003 ressalta que para atingir os ODMs e elevar o desenvolvimento humano, é necessário o “estabelecimento das prioridades políticas corretas”, com a definição de um “plano de ação para melhorar o nível, equidade e eficiência da despesa pública [...] para os serviços básicos” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.87).

A partir dessa ideia, os investimentos sociais devem ser implantados através de um esforço múltiplo entre as diversas áreas, com cooperação dos setores, ou seja, por meio de sinergias¹¹, “educação, saúde, nutrição e água e saneamento completam-se, contribuindo os investimentos num deles para melhorar os resultados dos outros” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.85).

Assim, a saúde se torna pertinente em dois aspectos: primeiro, ela é necessidade básica para a longevidade e o bem-estar dos indivíduos, e, segundo, também é um apoio fundamental às políticas sociais de outras áreas sociais.

Vê-se, então, que o setor de saúde pública engloba diretamente as medidas de saúde: de combate à mortalidade infantil e materna, e às doenças infecciosas, parasitárias e sexualmente transmissíveis; de controle da natalidade e fecundidade; e de serviços sociais de cuidados primários de saúde de modo geral, de tratamento de água e saneamento básico.

De acordo com Relatório de 2003, as primeiras sugestões de políticas e de medidas em saúde para um progresso nos limiares básicos com vistas ao desenvolvimento humano são aquelas relativas aos três Objetivos precisos da saúde: reduzir a mortalidade infantil, reduzir a mortalidade materna e combater o HIV/AIDS e outras doenças¹².

Para a redução da mortalidade infantil, os problemas da subalimentação e subnutrição infantil e de doenças, como a diarreia, devem ser combatidos através de substitutos do leite materno (para o caso de mães soro positivas ou com problemas de aleitamento), a suplementação de nutrientes (como a

¹¹ “Forma de cooperação observável entre grupos ou pessoas que [...] contribuem, inconscientemente, para constituição ou manutenção” (WILLEMS, 1974, p.308) de um dado processo social.

¹² Essas outras doenças são, mundialmente, a malária e a tuberculose, segundo o RDH de 2003, mas também, há doenças epidêmicas específicas de determinados países, como os casos da dengue e da hanseníase no Brasil.

iodização¹³ de sal), o acesso à água potável e ao saneamento básico e, por fim, vacinações e vigilância regulares, promovidas em âmbito nacional, para o controle de doenças como poliomielite, febre amarela e varíola, por exemplo (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.99).

A mortalidade materna pode ser reduzida, propiciando-se, em favor das grávidas, o acesso a profissionais qualificados (como parteiras ou médicos), a serviços obstétricos (desde os primeiros meses de gravidez e de emergência) e a cuidados de saúde reprodutiva (com informação e acesso à contracepção), de modo que se reúnam “esses serviços num sistema de saúde e encaminhamento que funcione” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.99).

Salienta-se, então, que a boa saúde materna, a boa alimentação e o acompanhamento durante a gravidez, além de serem essenciais ao bem-estar das mulheres grávidas, também faz com que estas estejam atentas à saúde dos filhos e recebam regularmente orientações sobre a saúde infantil, desde os primeiros atendimentos pré-natais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.101).

No combate à propagação do HIV/AIDS e outras doenças, como a malária e a tuberculose, doenças epidêmicas que atingem toda a população mundial em geral, o Relatório aponta que ainda é mais eficiente investir em educação para terminar com dúvidas acerca das formas de contaminação e modos de impedi-la. É necessário investir em prevenção eficaz para diminuir a transmissão das doenças, no tratamento dos enfermos, aliando-se isso às políticas públicas em saúde, e aos programas verticais para se chegar aos grupos mais vulneráveis a essas moléstias (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.99-100).

O investimento em prevenção do HIV/AIDS e em educação a respeito de tudo que o envolve contribui para a redução da mortalidade materna, principalmente das mais pobres, dado que, “as mulheres pobres são especialmente vulneráveis ao HIV por causa do seu baixo estado nutricional, da sua limitada educação e das suas limitadas oportunidades” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.98). Além disso, o acompanhamento médico das grávidas portadoras do vírus reduz a transmissão do HIV delas para os filhos quando se optar pela operação cesariana no parto, por exemplo (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.99-100).

¹³ A deficiência de iodo no organismo é uma das causas de atraso no desenvolvimento mental e psicomotor e baixo peso em crianças pequenas. Além disto, aumentam-se também os riscos de natimortos e abortos nas mulheres grávidas e de mortalidade materna durante a gravidez. Cf. (CATARINO & DUARTE, 2011).

Entre essas indicações, no Relatório de 2003, há muitas formas de evitar a morte e a contaminação de doenças, as quais se mostram como opções fáceis de controle e cuidados pessoais e, portanto, acessíveis aos mais pobres: “redes mosquiteiras, antibióticos acessíveis, parteiras treinadas e higiene básica e educação sanitária não são soluções de alta tecnologia” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.97).

No entanto, essas soluções continuam inacessíveis aos mais pobres. Então, deve ponderar-se a dimensão trágica do problema da saúde: os recursos limitados em razão de investimentos governamentais insuficientes, a desigualdade do sistema de saúde e a ineficiência das medidas e programas verticais que não estão integrados aos sistemas de saúde. Por isso, o Relatório de 2003 enfatiza cada vez mais que a saúde está totalmente ligada à educação e à renda (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.98).

Os problemas dos recursos limitados, da desigualdade e da ineficiência que minam o êxito de qualquer medida e política pública devem ser dizimados. Portanto, o RDH de 2003 (p.101-103) propõe o seguinte:

- a) aumentar e melhor alocar os recursos nos serviços básicos de saúde, por meio de apoio internacional e ajuda pública;
- b) corrigir iniquidades nos cuidados com a saúde, por meio do aumento de profissionais de saúde em trabalhos comunitários, exigência do trabalho desses profissionais no serviço público e recomendação de financiamento de alguns custos pelos doadores bilaterais;
- c) e, por fim, melhorar o desempenho com equidade, com concentração nas intervenções essenciais, sem racionar o orçamento para doenças específicas, com a ajuda de doadores bilaterais para prevenção, com campanhas de vacinação, quando há a possibilidade determinável de erradicação da doença em um período de tempo (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.103).

Além disto, uma medida que ajuda na prevenção e facilita o tratamento dos pacientes é a oferta dos medicamentos essenciais em clínicas médicas. Em alguns estados da Índia, as instalações de saúde distribuem os “medicamentos através da rede de cuidados de saúde primários, dando aos pacientes uma razão para visitarem as instalações” (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.103).

Assim, a necessidade de ir buscar o remédio nas instalações mantém o paciente, regular e antecipadamente, alertado em relação a sua saúde, sem deixar que tais instalações públicas se tornem disfuncionais.

Vê-se ainda mais a importância de medidas como as supracitadas, ao se constatar que o financiamento público de serviços básicos (para não haverem gastos desnecessários em instalações sem utilização), ao contrário do privado, garante melhor equidade nos serviços disponíveis, por não praticar os preços de mercado e por afirmar um direito humano fundamental, que é o acesso aos serviços sociais básicos (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.111).

Porém, o financiamento dos serviços tem sido, cada vez mais, privatizado. A provisão privada¹⁴, de acordo com o RDH de 2003, ocorrida por causa da falta de recursos governamentais, da baixa qualidade de provisão pública e da pressão para a liberalização da economia, não oferece melhorias aos serviços sociais em saúde, podendo representar maiores iniquidades nos países em desenvolvimento.

As supostas vantagens de privatizar os serviços sociais são ilusórias, com provas inconclusivas da eficiência e dos padrões de qualidade no setor privado, em relação ao setor público. Entretanto, abundam os exemplos de fracassos de mercado na provisão privada. Os serviços clínicos e os medicamentos são essencialmente bens privados, e há muitos exemplos de fracassos nos respectivos mercados. Uma capacidade reguladora limitada agrava o problema. Por exemplo, em muitos países em desenvolvimento o excesso de tratamento é um grande problema dos cuidados privados de saúde. No Brasil, as cesarianas são mais vulgares entre pacientes privados, porque pagam mais aos médicos por operações do que por partos normais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.113-114).

Enfaticamente, para se defender o envolvimento do Estado na promoção de serviços básicos, é assinalado que os países em desenvolvimento, com bons desempenhos, conseguiram melhorar os indicadores de saúde ao promover “cuidados de saúde universais pagos com receitas de governo” (RDH/PNUD/ONU, p.118).

Contudo, a parceria com a iniciativa privada não é totalmente refutada, principalmente quando ela se insere em determinados espaços (em

¹⁴ A crítica à privatização e à provisão privada de certos serviços sociais se fortalece nos RDHs da década de 2000. No entanto, no passado, o RDH do ano de 1990, por exemplo, era favorável à proposta de privatização, quando o Estado era incapaz de prover os serviços sociais básicos. Cf. (REZENDE, 2012b, p.38).

atividades locais), por meio da articulação da comunidade ou através de uma Organização não-governamental (ONG), que, fazendo pressão e envolvendo-se politicamente, fomenta a criação de novas agendas públicas (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.120).

Faz-se, então, necessário fortalecer o Estado como parceiro de outros agentes e organizações. Além disso, deve-se ampliar e também reforçar a capacidade de regulamentação dos Estados. A regulamentação do financiamento dos serviços, com conhecimento sobre as melhores maneiras de investir, pode tornar o setor de saúde mais equitativo (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.119-121).

[...] custos súbitos e exorbitantes podem levar os pacientes à pobreza, ou empobrecê-los ainda mais. Inquéritos em 60 países mostram que entre os grupos pobres há uma percentagem maior de famílias que têm níveis elevados de despesa com a saúde. Na ausência de financiamento público, esquemas de pré-pagamento – que contêm elevados custos de saúde espalhando os riscos por conjunto de indivíduos – podem ajudar a lidar com esse problema. Esses esquemas, não só têm ajudado a proteger famílias pobres de custos catastróficos, mas também têm ajudado a organizar comunidades para sustentar sistemas públicos locais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.121).

Em suma, de acordo com o RDH de 2003, a promoção de parcerias, o fomento da participação pública e o desenvolvimento da capacidade de regulamentação pelo Estado facultam ao setor privado desempenhar um “papel complementar na provisão e financiamento dos serviços sociais básicos” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.121).

2.1.1 Desenvolver Sinergias Para Melhoria Da Saúde Pública

Além de fomentar a cooperação internacional e a parceria entre o setor público e o privado, o mote do Relatório é a promoção de esforços simultâneos em diversos setores sociais, as sinergias, de modo a adequar uma pluralidade de políticas públicas em colaboração para o alcance de um desenvolvimento humano satisfatório.

Esta noção de sinergias entre investimentos sociais é central para reduzir a fome, a subalimentação, a doença e o analfabetismo – e para fazer progredir as capacidades humanas. Para tirar o máximo proveito das sinergias entre os serviços básicos, é crucial um enfoque, desde cedo, no ensino primário universal, particularmente

para as raparigas. Mas para isso é necessário que se esteja disponível um planeamento familiar funcional e serviços de água e saneamento (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.85).

Desse modo, as intervenções públicas, em diversas áreas, como a alimentação, a educação e outras, contribuem para a melhor utilização dos serviços de saúde, cuidados com a higiene pessoal, e, logo, a redução de mortalidade causada por doenças infecciosas. O inverso, também, se torna verdadeiro, pois,

A transição da saúde apressa a transição demográfica de altas para baixas taxas de nascimento e mortalidade. Além disso, níveis mais elevados de educação estão associados a melhor planeamento familiar. Quando sobrevivem mais crianças, as famílias reduzem o número de filhos que têm. O tamanho desejado das famílias diminui, processo ajudado pela pronta disponibilidade de contraceptivos. Portanto, com o tempo, uma menor mortalidade infantil desempenha um papel importante na queda das taxas de fertilidade (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.85).

Por conseguinte, desde as primeiras sugestões, insiste-se na importância da igualdade de gêneros como a mola impulsionadora do desenvolvimento humano. A mulher, segundo o RDH de 2003, desempenha um papel fundamental na sociedade. Ao terem acesso à educação de qualidade, as mulheres instruídas, que conciliam a função de mantenedoras da família (já que em muitos lares elas são as chefes), podem controlar o número de filhos, além de estabelecerem melhores cuidados de saúde às crianças. Isto aumenta as chances das crianças viverem além dos cinco anos e, logo, reduz a taxa absoluta de mortalidade infantil (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.85).

Com o tempo, a redução da mortalidade infantil leva a família mais pequenas e a maior utilização dos contraceptivos – reduzindo a fertilidade global. Com famílias mais pequenas, os cuidados infantis melhoram, e com mais baixa fertilidade, a população em idade escolar diminui (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.85).

A ideia exposta de que a instrução das mulheres tem a possibilidade de diminuir a taxa global de fertilidade é muito disseminada no interior do RDH de 2003 e dos outros relatórios também. Pode-se questionar se essa visão está, ou não, baseada na teoria malthusiana, segundo a qual, para se sanarem os problemas sociais, principalmente a fome, a miséria e a pobreza, deve haver o controle da natalidade. Muito combatido por Josué de Castro, este tipo de proposta culpabiliza os pobres por sua pobreza ao mesmo tempo que retira do centro do debate a

necessidade de distribuição social de renda e outros recursos de forma mais igualitária (REZENDE, 2010a, p.223 e 224).

É, também, muito salientado no RDH de 2003 que as mulheres instruídas têm a capacidade de agente político aumentada, pois “a igualdade de gênero na educação ajuda as mulheres a garantir emprego fora de casa e a adquirir poder político, contribuindo para a sua ação na esfera pública” (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.86). A limitação da ação das mulheres pode causar privações gerais na sociedade, afetando a condição de vida de todos os indivíduos – sejam estes, “homens, mulheres, crianças ou adultos” (SEN, 2005, p.222).

Vê-se então que, o fomento das sinergias em educação, saúde, alimentação, água, saneamento e igualdade de gênero é o composto básico das premissas para o progresso econômico e social e, logo, para o desenvolvimento humano.

Contudo, as diferentes situações nacionais implicam diferentes modos e planos de ação para o progresso. Segundo o RDH de 2003, o desempenho dos países em atingir os ODMs depende de sua própria estratégia nacional. O Relatório dá indícios somente de alguns êxitos e algumas possibilidades de ação, que podem (ou não) ser eficazes (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.87).

Assim, a partir do Relatório, salientam-se as prioridades políticas, necessárias aos países para o progresso em desenvolvimento humano e para a redução da pobreza e da miséria. Dispostas em sinergias, as propostas de ações direcionadas à área de saúde pública devem representar esforços para a redução da fome, a obtenção de escolarização básica, o acesso à água e o saneamento e a garantia de sustentabilidade ambiental.

Desse modo, primeiramente, a fome, configurada principalmente como subalimentação e pela má distribuição de alimentos ao redor do mundo, está aumentando em determinadas regiões, enquanto, desde a década de 70, paradoxalmente, a produção de alimentos tem triplicado (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.87).

Se todos os alimentos produzidos no mundo fossem distribuídos igualmente, todas as pessoas poderiam consumir 2760 calorias por dia (a fome é definida como um consumo inferior a 1960 calorias por dia). Tratar da fome significa assegurar que as pessoas tenham à sua disposição os recursos (especialmente o rendimento) necessários para adquirir alimentos (RDH/PNUD/PNU, 2003, p.87).

A falta de nutrientes básicos acarreta problemas de saúde aos mais diversos segmentos desde a infância até a velhice, tais como os distúrbios do crescimento e doenças crônicas, como a anemia e outras.

Conforme o RDH de 2003, as mulheres são mais prejudicadas em alguns países. Na maioria, as mulheres são responsáveis pelo provimento de alimentos às famílias, porém, raramente elas têm a posse segura de terras. “Sem propriedade segura, as mulheres carecem de acesso colateral ao crédito e aos meios para investir em melhorias de produtividade – prejudicando a saúde e a alimentação das respectivas famílias” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.90).

Para sanar a insegurança alimentar, a produção de alimentos deve ser aumentada e também ser mais equitativamente distribuída, de modo que a produtividade agrícola receba maiores subsídios e recursos para tecnologia agrária. Além disto, estocagem nacional de alimentos e redução de tarifas comerciais entre os países são duas outras soluções para conter custos dos alimentos (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.87-92).

A escolarização básica, em segundo lugar, é unida à saúde pública como sinergias correlativas básicas para o desenvolvimento, pois “boa educação e saúde têm valor intrínseco para o bem-estar dos povos. [...] A educação ajuda a melhorar a saúde e a boa saúde contribui para uma melhor educação” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.68).

Os ODMs que visam alcançar o ensino primário universal e capacitar as mulheres, eliminando a disparidade de gênero, são, como já citado anteriormente, a mais eficaz maneira de instruir os indivíduos sobre prevenção e tratamento de doenças, higiene pessoal e outros itens relacionados à saúde pública.

A educação também fomenta a instrução política. Ela faz com que os indivíduos se mobilizem pela implantação de novas medidas e por melhores condições de vida e, logo, por melhorias no setor de saúde (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.142).

Segundo o Relatório, a educação é o melhor investimento público, que leva à maior equidade entre os grupos e sexos. É possível se incentivar o acesso e a permanência na escola, com medidas simples: a isenção do uso de uniformes escolares, ou a doação destes com parte da despesa com educação, o fomento de programas de alimentação escolar, e melhores salários aos professores

para cessar o absentismo docente são alguns exemplos dados no RDH para melhorar o desempenho dos países em busca do desenvolvimento humano (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.95-96).

O acesso à água potável e ao saneamento básico adequado é também fundamental para a sobrevivência humana. Evidentemente, para a saúde, ambos são cruciais para o bem-estar humano e, também, para evitar a contaminação de certos tipos de doença, como a cólera, febre tifoide e outras.

Além disto, o fornecimento acessível de água melhora a frequência de milhares de meninas em regiões menos abastadas do mundo: as “africanas passam três horas por dia a ir buscar água, [...] estas tarefas domésticas mantêm muitas raparigas¹⁵ fora da escola, [...] minam gravemente o seu desempenho escolar” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.104).

Para solucionar o problema da acessibilidade, o RDH de 2003 aponta que há algumas técnicas com materiais de fácil consecução, como a construção de poços e cisternas para água de chuva. Outra técnica, praticada na Índia, é a construção de uma “sanita”¹⁶ com descarga de água com destruição no local dos dejetos, alternativa “economicamente acessível”, pois há diferentes “modelos para diferentes níveis de rendimento” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.105).

Aliás, os encargos dos sistemas de água e de esgoto também devem ser revistos. As chamadas “taxas de utilizador” encarecem o serviço, já que muitas famílias pobres não têm possibilidade de pagar pelo serviço. Uma solução é fixar tarifas de acordo com o rendimento familiar e, assim, famílias mais abastadas subsidiariam as famílias mais pobres (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.117).

A poluição da água e a degradação ambiental causadas pela precariedade dos sistemas de saneamento geram problemas ambientais graves. Estes, cada vez mais, resultam em riscos para a saúde das pessoas. Além disso, a degradação de recursos naturais e destruição do meio ambiente são prejudiciais à produção de alimentos e ao consumo destes (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.123-125). Assim, as questões ambientais ocasionam o aumento da pobreza:

Nas áreas rurais pobres, por exemplo, há ligações entre elevada mortalidade infantil, elevada fertilidade, elevado crescimento populacional e extenso desmatamento, na medida em que os

¹⁵ O RDH de 2003 está traduzido para o português de Portugal. Por isso, há a utilização do termo “rapariga”, no sentido de menina, moça, no Brasil.

¹⁶ “Sanita” é termo utilizado em português de Portugal para vaso sanitário.

camponeses derrubam florestas tropicais para lenha e nova terra arável. Dada esta cadeia de causalidade, as políticas que reduzem a mortalidade infantil podem ajudar o ambiente, reduzindo o crescimento populacional e as pressões demográficas sobre ecossistemas frágeis (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.123).

Assim, também as medidas que promovem a utilização sustentável do meio ambiente afastam as pessoas da mortalidade causada por doenças transmitidas por vetores, água contaminada, má nutrição, entre outros. Toda a população é afetada por esses problemas, em especial, as pessoas mais pobres. Elas estão mais expostas “a choques e tensões ambientais, incluindo cheias, secas prolongadas e efeitos emergentes da alteração climática” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.124).

Segundo o Relatório de 2003, é preciso que a sustentabilidade ambiental seja inserida habitualmente na vida das pessoas e nas políticas públicas. Para garantir energia, água e saneamento deve haver uma boa gestão do meio ambiente, com vistas para proteger os recursos hídricos, a fauna e a flora, e assegurar a subsistência futura dos indivíduos (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.127).

Para isso, o Estado deve promover a boa governação, juntamente com a sociedade e as outras instituições, envidando esforços para conservar o ambiente e reduzir a degradação, visando à criação de novos modos de utilização dos recursos naturais, à reformulação de políticas de proteção do meio ambiente e à construção da infraestrutura necessária para com isso se diminuir os prejuízos ambientais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.126-131).

Por fim, pode-se observar que, entre todas as questões apresentadas, a problemática da pobreza está presente. A pobreza é danosa para toda a sociedade, não é somente um problema dos pobres. A necessidade de erradicá-la “não concorre com a necessidade de tornar o mundo mais seguro”, antes, sua erradicação deve “contribuir para um mundo mais seguro” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.01).

2.2 SUGESTÕES DO RDH DE 2003 PARA O ESTADO BRASILEIRO

O Brasil, segundo o RDH de 2003, é classificado como um país de prioridade média no desenvolvimento humano. Isso significa que o Estado brasileiro

tem conseguido alcançar, no geral, os Objetivos do Milênio, porém, seu grande problema se encontra nas disparidades e desigualdades sociais.

Todos os países devem tratar das disparidades significativas entre grupos – entre homens e mulheres, entre grupos étnicos e entre áreas urbanas e rurais. Isso exige que se olhe para além das médias nacionais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.03).

E essas disparidades vão além das questões acerca da renda. Segundo Amartya Sen (2000), ao relacionar as taxas de padrões de vida com base na renda *per capita* e as taxas sobre o potencial para chegar a uma idade mais avançada de homens e mulheres dos EUA, da China e do estado indiano do Kerala, as influências causais dos contrastes entre as taxas “incluem disposições sociais e comunitárias como cobertura médica, serviços de saúde públicos, educação escolar, lei e ordem, prevalência de violência” e outros (SEN, 2000, p.37-38),

O RDH de 2003 também entende que as disparidades entre grupos não estão restritas à renda. Esta é somente uma parcela do problema e, muitas vezes, pode chegar a melhores rendas, com políticas que assegurem melhor as condições básicas de vida.

O pensamento que está por trás destas políticas afirma que para a economia funcionar melhor, outras coisas têm que ir ao lugar primeiro. É impossível reduzir a dependência das exportações de produtos primárias [sic], por exemplo, se a força de trabalho não puder deslocar-se para a indústria por causa da sua baixa qualificação (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.05).

Influenciado pela análise de Sen (2000), o Relatório ilustra que o significado de desigualdade deve ser muito bem pensado: “olhar apenas para desigualdades de rendimento pode mascarar desigualdades de vida humana e de capacidades” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.38). E, além disto,

Todavia, as desigualdades nos indicadores do desenvolvimento humano básico nem sempre estão a cair. Por exemplo, enquanto há um debate aceso sobre se a desigualdade de rendimento entre países ricos e pobres está a aumentar, a desigualdade na mortalidade de crianças piorou sem ambiguidades (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.39-40).

Assim, deve atentar-se para o fato de que as desigualdades sociais levam a um “desenvolvimento distorcido”. Com o alargamento das disparidades entre áreas, gêneros, longevidade, alfabetização e outros, um crescimento

econômico não resulta em redução da pobreza e miséria absoluta (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.49).

Outro problema que só tende a aumentar com a desigualdade contínua é a discriminação. Principalmente “os hiatos de gênero na saúde e [...] na educação são causas importantes na discriminação de gênero”, os quais, muitas vezes, ainda são acompanhados de preconceitos relativos ao local ou área de moradia, à origem étnica e ao estatuto socioeconômico (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.50).

Desse modo, deve assinalar-se que o investimento em desenvolvimento humano, em países como o Brasil, precisa atingir as camadas mais pobres, mais desprovidas e mais excluídas. Reduzir a desigualdade se torna, então, a prioridade principal das políticas de países de nível médio de desenvolvimento social e humano.

Até porquê, ao contrário dos países que têm alta dívida externa e elevações nas taxas de crescimento (mesmo que mínimas), os países de nível médio devem:

[...] ser capaz [*sic*] de financiar a maior parte, ou a totalidade de suas necessidades de desenvolvimento, através de recursos internos, ou de recursos externos não concessionais (incluindo fluxos privados e empréstimos públicos de bancos de desenvolvimento multilaterais e de agências bilaterais) (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.22).

Além disto, esse financiamento deve também fomentar esforços políticos de mobilização da sociedade civil e implantação de medidas que gerem a governação de modo que sejam fortalecidas as instituições e haja o aumento do apoio governamental (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.22).

De acordo com o Relatório, o Brasil “tem uma longa história de grandes desigualdades” e, na região norte, ao contrário das outras regiões que tiveram a pobreza reduzida, “é a única região que viu a pobreza aumentar, subindo de 36% em 1990 para 44% em 2001” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.62).

Uma implicação política disto é a necessidade de dirigir mais recursos para as áreas mais necessitadas – o Norte, por causa das tendências adversas e o Nordeste, por causa dos seus níveis ainda baixos de desenvolvimento humano (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.62-63).

Para vencer as barreiras estruturais e os hiatos de pobreza, o Brasil deve buscar implantar políticas que proporcionem melhor distribuição de terras e rendimentos, com crescimento mais equitativo. O incentivo às intervenções políticas locais, junto de grupos mais vulneráveis e marginalizados, que visam mitigar as desigualdades estruturais internas, é uma solução proposta (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.133-134).

A “transferência de parte da autoridade política da administração central para entidades locais”, como por exemplo, os “conselhos locais”¹⁷, “aumenta a participação popular nos processos de tomada de decisão, uma vez que aproxima os governos das pessoas” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.135).

A descentralização não melhora somente a participação. Ela leva a maior transparência e responsabilização, ou seja, diminui a corrupção, melhora a provisão de serviços básicos e os fluxos de informação, garante o desenvolvimento dos projetos e sua sustentabilidade e é um meio mais eficaz na resolução de conflitos e demandas sociais (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.136).

Porém, seu sucesso depende de “reformas políticas”: “criação de uma dinâmica tridimensional entre as administrações locais, a sociedade civil e uma administração central ativa” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.138).

O RDH de 2003 quer, na verdade, disseminar a ideia de que cada Estado nacional deve encontrar seus maiores obstáculos para eliminar a pobreza, observando as circunstâncias sociais para esclarecer por que a miséria ainda resiste e a desigualdade não reduz (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.32).

Desse modo, o Relatório indica que cada país deve, portanto, traçar uma forma de combater a pobreza, deve criar uma “estratégia nacional” para enfrentar os desafios postos para superar suas desigualdades e problemas estruturais, de modo a potencializar o desenvolvimento humano (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.73).

¹⁷ Um exemplo brasileiro dado pelo próprio RDH de 2003 é a experiência de Porto Alegre (RS) com o Orçamento Participativo, com um sistema deliberativo baseado nas necessidades dos habitantes, com a participação destes na preparação e hierarquização de políticas públicas. Cf. (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.143).

3 AS AÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO NA ÁREA DE SAÚDE: O CUMPRIMENTO E NÃO-CUMPRIMENTO DAS SUGESTÕES PROPOSTAS PELO RDH DE 2003

O setor de saúde pública no Brasil se constituiu, ao longo da história, em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças com os objetivos de melhorar o atendimento médico, a qualidade de vida e o bem-estar dos cidadãos, com vistas a reduzir a morbidade e a mortalidade da população brasileira e a diminuir o risco de contágio e transmissão de doenças.

Diante desses objetivos, as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Estado brasileiro buscam comprometer-se com a solidificação do sistema nacional e universal de modo que este se torne mais justo e equitativo e, também, facilite o acesso aos serviços disponíveis, amplie-os e melhore sua qualidade.

Em defesa disto, a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, prepara, anualmente, livros técnicos e analíticos, sob o título geral *Saúde Brasil*, os quais contêm levantamentos de dados populacionais, programas governamentais de ampliação de serviços de saúde e outras evidências acerca da saúde pública e coletiva do país.

Essa série de publicações, iniciada em 2004, tem como objetivo informar publicamente a “situação da saúde no Brasil segundo a compreensão institucional do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2009, p.15) e, também, fortalecer o debate acerca da saúde pública e coletiva.

Entende-se que a “compreensão institucional” do Ministério da Saúde visa “a produção contínua e oportuna de evidências epidemiológicas que concorram para o aprimoramento do nosso conhecimento sobre a situação de saúde da população brasileira”, baseando-se nas tendências históricas e hipóteses explicativas sobre a situação, de acordo com o primeiro documento da série *Saúde Brasil 2004* (BRASIL, 2004, p.XI).

As tendências e as evidências se fundam em “determinantes e condicionantes da saúde-doença; dados sobre gravidez, pré-natal e parto; evolução da mortalidade no Brasil” além de “séries temporais para algumas doenças selecionadas” (BRASIL, 2004, p.XIII).

A partir desses entendimentos, as análises das publicações observam a situação da saúde da população com bases históricas e de modo universal, para que elas se tornem referência no debate acerca das políticas públicas de saúde.

Neste trabalho, utiliza-se o livro *Saúde Brasil* do ano de 2008, que tem como título específico *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil* (BRASIL, 2009)¹⁸. Esse material é relevante, pois trata das políticas públicas de saúde desde o estabelecimento do SUS, já que, este se mostra como importante direito adquirido pela população brasileira desde a promulgação da Constituição de 1988.

Ademais, esse livro reúne as mais importantes evidências sobre a situação nacional da saúde pública e o modo como esta está relacionada aos ODMs, ou seja, as informações, nele dispostas, são relativas à redução da mortalidade infantil, à melhoria da saúde materna e à progressão da queda de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças epidêmicas.

Entretanto, é prudente ressaltar que, no âmbito da consolidação das políticas sociais no Brasil, o estabelecimento do SUS não foi a primeira ação de saúde pública instituída no país, mas sim, foi parte de um processo de implementação de uma base de intervenção social ocorrida desde a década de 1930.

Fundamentalmente, as modificações no setor de saúde se formam com mais clareza a partir do regime militar. Nesse período, a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e as alterações institucionais em prol da modernização do país promoveram os avanços necessários à consolidação de um sistema nacional de saúde (DRAIBE, 1994, p.283). Assim, o Ministério da Saúde começou a desenvolver políticas públicas no setor através de ações específicas:

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (SOUZA, 2002, p.11).

¹⁸ O documento foi feito e contém dados dos anos até 2008, porém, sua publicação é do ano de 2009, por isso, o título e a referência apresentam essa desconformidade.

Porém, se as ações de caráter universal, por um lado, marcaram as políticas sociais em sua ampla capacidade de fomento da igualdade na promoção da saúde, por outro, ao se juntarem com “as características do modelo concentrador e socialmente excludente de crescimento” (DRAIBE, 1994, p.271) acabaram por minar as possibilidades de uma distribuição mais equitativa dos bens e serviços de saúde, visto que o “princípio da igualdade [...] pode reproduzir a estrutura de desigualdades de uma sociedade” (MEDEIROS, 1999, p.05).

A dita “universalidade” das políticas públicas, que se baseava no princípio da igualdade dos indivíduos, não abrangia a todos os brasileiros, integralmente. Abrangia apenas àqueles que viviam em uma determinada condição.

A instituição desse contexto legou ao país uma profunda distinção entre as diversas camadas sociais, a qual se arraigou na situação social nacional até os dias atuais, de modo a originar a reprodução das desigualdades sociais desde a possibilidade de acesso aos bens e aos serviços de saúde até à qualidade de vida, à capacidade de nutrição e ao acesso à água potável e ao saneamento básico.

3.1 DESIGUALDADE, ESTADO E RELAÇÕES SOCIAIS NA TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Historicamente, o Estado brasileiro tem um padrão de intervenção social em todos os setores, com o desenvolvimento de “programas de assistência pública através de ações, nos três níveis de governo, de natureza assistencialista, esporádica e tão somente emergencial” (DRAIBE, 1994, p.285).

A intervenção social se fundou, desde o regime militar, em um sistema conservador e meritocrático, no qual se baseava na “posição ocupacional e de rendimentos auferidos no mercado de trabalho” para conceder benefícios sociais (DRAIBE, 1994, p.295).

Isto aconteceu porquê, com a constituição do sistema de proteção social, somente os indivíduos que possuíam trabalho conseguiam contribuir para os fundos da previdência e de assistência social.

[...] no novo padrão de financiamento do setor público induzido pelas reformas dos anos 60, o gasto social foi sendo crescentemente financiado por recursos originados de receitas particulares – as chamadas contribuições sociais – canalizadas para fundos

específicos e geridos por fundações sociais, responsáveis pela política à qual se destinava o fundo (DRAIBE, 1994, p.288).

Na área de saúde pública, os trabalhadores contribuintes estavam assegurados pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – criado com o objetivo de assistir e atender esses trabalhadores.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS (SOUZA, 2002, p.11).

Já na década de 1970, os movimentos sociais, as associações e os sindicatos dos profissionais tentam introduzir uma nova forma de ação política, isso, todavia, sempre “com a base estratificada e segmentada de acesso e benefícios, ou com os potentes mecanismos corporativistas e clientelistas através dos quais se movimentava o sistema” (DRAIBE, 1994, p.292).

Na época, o Brasil estabelece uma política de industrialização e modernização com a exploração da força de trabalho e sob um regime autoritário e burocrático (COLLIER, 1982 *apud* GIANINI, 1995, p.120).

A jornada de trabalho aumentou significativamente de 1950 a 1980 e a distribuição de renda regrediu. Apesar do Produto Interno Bruto crescer anualmente, à base de dois dígitos durante o período, podemos dizer que o resultado da política econômica se traduz por aumento da mais valia absoluta e relativa. O resultado na saúde é uma estagnação das taxas de morbimortalidade, em patamares elevados, associada a altos diferenciais de grupo social (GIANINI, 1995, p.120).

Como aponta o RDH de 2003 (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.16), mundialmente, a globalização “era vista como um motor ao progresso econômico” e, logo, como melhoria das condições de vida dos indivíduos. Pensava-se, também, que os países mais pobres atingiriam um crescimento econômico, o qual diminuiria a pobreza geral:

Esperava-se que o crescimento econômico, por sua vez, trouxesse melhorias generalizadas na saúde, na educação, nutrição, no alojamento e no acesso às infraestruturas básicas, como água e saneamento, permitindo que os países se libertassem da pobreza (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.16).

Mas, enquanto o crescimento econômico acontecia, percebeu-se que a pobreza não diminuía. E as execuções de programas não abrangiam as

camadas mais pobres da população, pois estes eram destinados à classe média, (DRAIBE, 1994, p.288), a classe contribuinte aos fundos de previdência. Formava-se, assim, um sistema com base em um padrão de reprodução das desigualdades sociais.

Entre os anos 1990 e 2000, as tentativas de reduzir a pobreza continuavam. Mas as ações governamentais se mostravam, cada vez mais, reprodutoras do padrão de desigualdades. Os programas implementados se mostraram paliativos, residuais e de curto prazo (LAVINAS, 2004), ou seja, incapazes de beneficiar a grande massa pobre do Brasil.

Programas ambíguos nos seus objetivos ao confundir pobreza e fome, sem metas claras, senão as de cobertura (percentual do público-alvo a ser contemplado). Programas que não se mostram capazes de vertebrar uma política social nacional, abrangente e integral [...] (LAVINAS, 2004).

Desse modo, os governos brasileiros das décadas de 1990 e 2000 “não estabeleceram procedimentos duradouros e efetivos de combate aos procedimentos patrimoniais¹⁹” (REZENDE, 2010b, p.07).

O SUS, a partir de sua consolidação em 1988, sob os princípios de universalidade, de integralidade e de gratuidade, ao se encontrar com o padrão de desigualdade existente no país, não conseguiu promover avanços lineares ou uniformes (COHN, 2009, p.1614).

Ao contrário da afirmação de Cohn (2009), o texto acerca do SUS, no documento *Saúde Brasil* de 2008, observa que a trajetória do sistema foi “[...] bem sucedida [na] transformação das práticas de atenção à saúde do trabalhador, que foi reinventada a partir da lógica da saúde pública, incorporada e institucionalizada” (BRASIL, 2009, p.198).

Apesar de ter como princípios a “universalidade” e a “integralidade”, o sistema de saúde, na realidade, promoveu a “saúde do trabalhador”, com enfoque nas condições do local de trabalho, ou seja, voltou-se a preocupação à segurança no trabalho e às condições sanitárias do ambiente do trabalho (BRASIL, 2009, p.200-201). Não se consideraram as condições de moradia, nem as condições alimentares ou as tendências à contaminação pela poluição, as quais já eram enfrentadas pela população pobre brasileira desde meados do século XX.

¹⁹ Patrimonialismo assinala o privilégio e o favorecimento de interesses privados em prejuízo dos interesses coletivos. Cf. (REZENDE, 2010b, p.07).

A desconsideração com a saúde dos mais pobres é, também, um fator histórico no país. No fim do Império e no começo da República, períodos marcados pela libertação dos escravos e pelo êxodo rural aumentaram os níveis de pobreza das cidades. Nesse momento, ganha forma um “projeto eugênico de progresso” (PATTO, 1999, p.177).

Tal projeto se aproveitou das reais condições sanitárias precárias das cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, em “desordem urbana” para inserir um discurso eugênico sobre a necessidade de “regeneração estética e sanitária” das zonas urbanas (PATTO, 1999, p.178-179).

Com uma “resposta autoritária, moralista e preconceituosa”, a pressão da burguesia levou à “intervenção do poder público, na prevenção dos problemas de saúde pública, entre outras medidas, por meio da construção de casas mais baratas e higiênicas” (PATTO, 1999, p.178). A isso, juntou-se também uma enorme desqualificação dos pobres.

O eficientíssimo artifício ideológico domesticador que se articulou nesse período, em íntima relação com o discurso científico, foi a disseminação pelo corpo social de uma imagem negativa dos pobres, vírus poderoso que naturalizava a condição social de uma classe aos olhos de todos e justificava a exploração econômica, a rudeza do aparato repressivo e o exercício oligárquico do poder (PATTO, 1999, p.183).

O estigma que marcou os pobres, assinalando sua “inferioridade” e sua “sujeira”, se prendeu às raízes da miséria do povo (PATTO, 1999, p.177-183), junto com reprodução das desigualdades sociais. Estas contribuíram para a continuidade do Estado patrimonialista que não empreende verdadeiras mudanças em prol da coletividade e da igualdade dos cidadãos.

3.2 AS AÇÕES DO ESTADO: SAÚDE NA DÉCADA DE 2000

Com a mudança das características populacionais e novas possibilidades de tratamento de doenças, de prevenção e de promoção de saúde, as ações desenvolvidas no setor de saúde precisavam ser revistas e reelaboradas.

Por isto, a publicação *Saúde Brasil* do ano de 2008 indica que há expectativa de que ela se torne referência para os “pesquisadores, gestores e profissionais da saúde” e, também, para a “população em geral” e possa “contribuir

com informações sobre os limites, avanços e necessidades de inovação nas práticas do SUS” (BRASIL, 2009, p.16).

O documento é resultado do trabalho de técnicos, estatísticos e outros funcionários da Secretaria de Vigilância em Saúde e, em vista disto, contém informações amplas, que contam com o auxílio da análise das taxas e indicadores de saúde e qualidade de vida e, principalmente, utiliza-se da observação dos “determinantes sociais”.

Os determinantes sociais de saúde resultam, principalmente, da interação entre determinantes estruturais da vida cotidiana e das condições em que a vivência ocorre. É a partir desses elementos que se configura o quadro onde as condições de saúde se desenvolvem (BRASIL, 2009, p.19).

Além disto, de acordo com a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde²⁰ (CNDSS), os determinantes são dados a partir de uma “abordagem holística” (BRASIL, 2009, p.19). Ambas as comissões assinalam que as condições de saúde dos indivíduos dependem de vários fatores, existentes no âmbito social e no econômico, os quais causam distinções entre as condições de saúde dos brasileiros:

Os padrões de desigualdade em saúde variam no espaço e no tempo. Essa distribuição desigual de riscos e capacidades de saúde não é um fenômeno natural, mas o resultado de uma combinação degradante de más intervenções sociais, arranjos econômicos desiguais e sistemas políticos excludentes (BRASIL, 2009, p.20).

Porém, ressalta o documento que a interferência dos determinantes sociais e econômicos foi pouco correlacionada nas análises contidas no documento *Saúde Brasil* de 2008 (BRASIL, 2009, p.20). Isso demonstra que, apesar de conhecer-se que a condição de saúde é compreendida pela interação de determinantes diversos, as análises do livro apenas apresentam um panorama geral da disposição da saúde pública, em nível nacional²¹.

²⁰ A CNDSS foi criada, em resposta à criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde pela OMS, pelo Decreto Presidencial de 13 de março de 2006 e integra “dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica” do Brasil, como afirma seu site: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>>.

²¹ Assinala-se que os levantamentos e dados do documento são analisados a partir da “situação da saúde no país”, como supracitado, e no “contexto brasileiro dos últimos 20 anos” (BRASIL, 2009, p.13). Também, não são relacionadas algumas questões que poderiam interferir nas

A partir disso, neste trabalho, em vista do enfoque dado nas sugestões RDHs é necessário que se faça um recorte das ações apontadas na publicação *Saúde Brasil* de 2008. Desse modo, tentar-se-á explorar melhor os dados relacionados ao cumprimento dos ODMs de redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna e combate de doenças.

Analisa-se, então, a publicação a partir da contribuição dos programas e políticas para a melhoria da saúde infantil e materna e das políticas para o controle de epidemia HIV/AIDS. Também serão apresentados os dados dispostos no documento sobre a mortalidade infantil e materna e sobre as tendências observadas em relação às doenças transmissíveis.

Desse modo, observa-se que os programas e as políticas para a melhoria da saúde infantil e materna se fazem necessários pelo fato de que, como propriamente assinalado no documento *Saúde Brasil* de 2008, estes garantem “a reprodução de indivíduos saudáveis, úteis e socialmente adaptados” (BRASIL, 2009, p.87).

Especialmente as crianças, dada a sua “fragilidade e inocência”, além de sua “imaturidade imunológica” (BRASIL, 2009, p.87), fazem parte de um “compromisso social do Estado e da sociedade”, o qual deve assegurar melhores “condições de alimentação, moradia, renda, educação e lazer” (BRASIL, 2009, p.88).

Assim, desenvolveram-se no Brasil²², essencialmente, políticas de melhoria da alimentação e para a boa nutrição das crianças, como um primeiro passo à redução da mortalidade infantil devido às causas alimentares. A partir da década de 80, iniciaram-se grandes campanhas em prol da saúde infantil, as quais eram parte do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, “com a finalidade de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce” (BRASIL, 2009, p.90). Com isso incentivou-se também o desenvolvimento de políticas de bem-estar para a gestante e para os recém-nascidos:

[O programa] estimulou e promoveu o debate sobre os aspectos relacionados à educação, organização de serviços de saúde, trabalho da mulher e falta de controle sobre a publicidade dos alimentos infantis industrializados. Entre outras sugestões propôs a

condições de saúde, como por exemplo, as de raça e etnia, de gênero e de níveis de escolarização (BRASIL, 2009, p.33).

²² Os dados analisados pelo documento são dos anos de 1999 e 2005 e somente estão citados os serviços do SUS estabelecidos com financiamento até o momento da pesquisa do documento *Saúde Brasil* de 2008. Cf. (BRASIL, 2009, p.88-89).

implantação do alojamento conjunto, o início da amamentação imediatamente após o nascimento, a não oferta de água e outros leites nas maternidades, a criação de leis sobre creche no local de trabalho da mulher e o aumento do tempo da licença maternidade (BRASIL, 2009, p.91).

Depois desse momento, segundo a publicação *Saúde Brasil* de 2008, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, para a promoção de saúde infantil integral, dando-se prioridade às crianças em grupos de risco; o programa também dispunha do Cartão de Saúde da Criança (BRASIL, 2009, p.91).

Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, cinco ações básicas foram propostas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária (FIGUEIREDO & MELLO, 2007, p.1172).

Em 1990, as políticas sociais de saúde infantil foram ampliadas, ao ser instaurado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que marcou a proteção e o bem-estar das crianças para o seu “desenvolvimento sadio e harmonioso” e por “condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, Art.7).

Porém, segundo Figueiredo e Mello, esse conjunto de ações teve certa vulnerabilidade, pois elas enfatizavam em demasia o desenvolvimento infantil e deixavam de lado uma assistência baseada em patologias; eram, fundamentalmente, caracterizadas pela “resolução de problemas específicos de saúde” (FIGUEIREDO & MELLO, 2007, p.1174).

No ECA, ao contrário, de acordo com a disposição:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde²³ (BRASIL, 2005, Art.11).

Desse modo, a integralidade, observada nos programas de assistência à saúde infantil, os quais, na maioria, são relacionados ao desenvolvimento infantil, não supre a determinação legal do acesso aos serviços de “recuperação da saúde”.

²³ Entende-se por “recuperação”, os “medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”, como consta no Estatuto da Criança e do Adolescente. Cf. (BRASIL, 2005, Art.11, Parágrafo Segundo).

Mesmo com essa defasagem, é observada uma queda na taxa de mortalidade infantil, segundo a publicação *Saúde Brasil* de 2008. A estimativa de redução da taxa, entre o período de 1980 e 2005²⁴, é de 73,6%, “que passou de 80,1 [óbitos] em 1980 para 21,2 [óbitos] por mil nascidos vivos em 2005” (BRASIL, 2009, p.243).

Apesar dessa redução, ainda há valores que não mudam na taxa. A taxa de mortalidade neonatal, por exemplo, se mantém elevada no país. Esta representou 69% do total de óbitos infantis em 2005 (BRASIL, 2009, p.247).

Isso demonstra que, os óbitos nos primeiros dias e semanas de vida é um grande problema que se reflete na taxa geral de mortalidade infantil, obstando a sua redução. Como registrado no documento *Saúde Brasil* de 2008:

A mortalidade neonatal precoce corresponde a pelo menos 50% das mortes infantis em 2003-2005 e há maior concentração de óbitos no primeiro dia de vida, cerca de um quarto dos óbitos infantis, em todas as regiões do país (BRASIL, 2009, p.247).

A maior proporção de óbitos infantis no primeiro dia e na primeira semana de vida indica a importância de se considerar com prioridade a melhoria da assistência à saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto, no nascimento e na unidade neonatal (BRASIL, 2009, p.248).

Então, como já se viu em citações do RDH de 2003, os serviços de saúde disponíveis à gestante são fundamentais à saúde infantil, principalmente a neonatal. A disposição de recursos, como parteiras qualificadas e serviços obstétricos, é garantia do uso de técnicas e de procedimentos seguros que possibilitaram a redução da mortalidade materna e infantil em casos de hemorragia, complicações no parto e outras emergências (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.99 e p.103).

Assim, a saúde das crianças depende diretamente da saúde materna. Desse modo, é fundamental que as políticas de atenção à saúde da mulher sejam suficientemente amplas para abranger a saúde materna e infantil, com a atenção na saúde reprodutiva, mas também para atingir as mulheres no geral, para além do enfoque na reprodução.

Portanto, na saúde das mulheres, de acordo com o documento *Saúde Brasil* de 2008, a partir de políticas de assistência integral, deu-se também “ênfase para as políticas de prevenção e vigilância da violência”, além de adotarem

²⁴ Referente aos dados utilizados no próprio documento *Saúde Brasil* de 2008. Cf. (BRASIL, 2009, p.241-243).

outras medidas relativas à discriminação de gênero e à saúde no geral (BRASIL, 2009, p.113).

Foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um programa vertical, em resposta às demandas dos movimentos de mulheres e feministas, dando-se atenção à saúde da mulher durante toda sua vida e nas diversas fases desta e respeitando-se a diferença de cada mulher. Esse programa visa alcançar tanto a assistência médica quanto a educativa (BRASIL, 2009, p.114).

Em 2001, reconhecendo as dificuldades para a consolidação do SUS e as lacunas que ainda existiam na atenção à saúde da população, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que na área da saúde da mulher estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Para garantir o acesso às ações de maior complexidade, previa a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2009, p.115).

Programou-se com isso um conjunto de ações prioritárias em favor da saúde da mulher, que estava intrinsecamente relacionada à saúde materna, ao auxílio médico e assistencial durante a gravidez e à redução da mortalidade materna e infantil.

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento (OSIS, 1998, p.27).

Além disso, outras duas demandas foram sendo incluídas simultaneamente: a prevenção e o tratamento de doenças como AIDS e câncer de colo de útero, e a violência doméstica e sexual (BRASIL, 2009, p.116).

Apesar de ter sido uma das mais expressivas políticas de saúde no Brasil, principalmente no que concerne à saúde reprodutiva da mulher, o PAISM não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, pois não houve um “compromisso político” para isso (OSIS, 1998, p.31). Esse descompromisso, segundo o autor, resultou em dificuldades de operação dos serviços de saúde:

A deterioração dos serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima. Portanto, o que tem se passado com o PAISM não surpreende, embora deva ser lamentado

pelo potencial de melhoria na atenção à saúde das mulheres que está sendo desperdiçado (OSIS, 1998, p.31).

Ainda assim, a instituição do PAISM e das políticas ligadas a este foram imprescindíveis para o fortalecimento de uma identidade de gênero, com contribuições tanto para a saúde da mulher quanto para o aumento de sua cidadania e de seus direitos (BRASIL, 2009, p.119). Principalmente no tocante a doenças em que as mulheres formam um grupo de risco, como é o caso do HIV/AIDS e do câncer de colo.

Conforme consta nos Objetivos do Milênio, o combate à epidemia de HIV/AIDS no Brasil se mostra dificultoso por causa do estigma da doença, da insuficiência de conhecimento acerca dessa doença.

Relevantes esforços na luta por direitos e políticas públicas no setor de saúde referentes à doença se fizeram a partir da questão da sexualidade e da saúde sexual nas suas “consequências sociais, culturais e epidemiológicas” (BRASIL, 2009, p.134).

Segundo o documento *Saúde Brasil* de 2008, a trajetória social e política de combate à epidemia através do tratamento dos portadores do vírus dependeu, em grande medida, das políticas informativas e educativas na prevenção e na “adesão a abordagens multissetoriais e interdisciplinares” e, também, “no progresso da integração das ações de prevenção, assistência e tratamento” (BRASIL, 2009, p.134).

Desse modo, é enfaticamente apontado na publicação que, a ação coletiva de profissionais, tanto da área da saúde quanto de áreas sociais, e de ativistas de movimentos diversos ajudou em muito o controle da epidemia (BRASIL, 2009, p.140). E a ação coletiva, na década de 1990, se fortaleceu:

A coordenação nacional, junto com a rearticulação com as ONGs e programas estaduais, iniciou as negociações com a cooperação internacional. O enfretamento da epidemia de AIDS/HIV no Brasil iniciou uma nova fase com um período marcado por formas diversas de cooperação entre as ONGs brasileiras e o Programa Nacional de AIDS (MARQUES, 2002, p.56).

Especialmente nesse período, segundo o documento *Saúde Brasil* de 2008, a vulnerabilidade passou a ser amplamente discutida focando-se a prevenção, a ética no trato do paciente, o acesso à assistência e ao tratamento (BRASIL, 2009, p.142).

Com a discussão acerca da necessidade de restringir a vulnerabilidade populacional, o Programa Nacional de AIDS implementou algumas novas formas de combate da epidemia através de:

[...] vinculação da prevenção e tratamento como pilares indissociáveis; [da] política de acesso universal aos insumos de prevenção com enfoque nas populações mais vulneráveis [...] e, [do] acesso universal e gratuito à saúde (BRASIL, 2009, p.143).

Mesmo que a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais ainda seja um desafio, por causa das disputas por patentes farmacêuticas (MARQUES, 2002, p.62), essa iniciativa em conjunto com a oferta de preservativos pelo SUS permitiu uma melhora na qualidade de vida dos portadores do vírus e da população em geral. Ambas juntas são responsáveis pela queda de 40% da mortalidade causada pela doença nos últimos 20 anos (BRASIL, 2009, p.145-146).

Segundo o documento *Saúde Brasil* de 2008, é a partir do estabelecimento de políticas estratégicas na área de saúde pública que pode ser observado, no país, um aumento substancial da expectativa de vida ao nascer, a qual “passa de 45,9 anos em 1950 para 66,3 em 1990 e 72,6 em 2008” (BRASIL, 2009, p.409).

Portanto, vê-se que os programas de assistência médica voltadas à redução da mortalidade infantil e materna e ao combate à epidemia de HIV/AIDS, foram responsáveis por uma melhora global na taxa de longevidade dos brasileiros.

No entanto, observa-se que ao longo da história brasileira as políticas tardaram a se efetivar e, em alguns casos, não se implementaram de forma uniforme e regular entre as diversas regiões do Brasil.

Na realidade social brasileira, mantém-se de fato a reprodução das desigualdades, mesmo quando existe a inovação na execução dos programas e políticas sociais.

4 OS DESAFIOS FEITOS AO ESTADO PARA A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as políticas sociais em geral encontram diversos desafios para se efetivarem. As desigualdades no país se manifestaram nos mais variados âmbitos da vida social e, como foi apontado no RDH do Brasil de 2005, a “sua duração [da desigualdade], transformou-se em padrão [de organização social]. [...] É necessária uma ação política do Estado e da sociedade brasileira para debater e implantar políticas que sejam capazes de romper com os padrões de desigualdade” (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.117).

Reinaldo Gianini (1995), ao fazer uma análise da área saúde coletiva na América Latina, referiu que nos serviços públicos de saúde dos países latino americanos não há a ocorrência de uma assistência à saúde eficaz e igualitária, pois, tal como no exemplo por ele citado da cidade de São Paulo, os recursos públicos de saúde “estão concentrados nos bairros de maior poder aquisitivo e acabam por não oferecer acesso rápido e fácil para a população que mais dele precisa” (GIANINI, 1995, p.78).

A desigualdade é, por conseguinte, estruturadora de um padrão em nossa sociedade que, em saúde pública, principalmente, aumenta os níveis de pobreza e de miséria, de modo a representar para o país uma enorme dificuldade de alcançar as metas postas nos ODMs.

Dessa maneira, é importante acentuar que as desigualdades podem acabar com a coesão social e causar malefício social, geral e indistinto, dificultando a obtenção da eficiência de medidas e políticas públicas (SEN, 2000, p.115).

Definitivamente, é preciso que haja empenho para reduzir a desigualdade social; por esse motivo, em texto que propõe melhorias diversas no setor de saúde do Brasil, André Medici (2011) ressalta, o “importante é que o Estado garanta uma regulação adequada para a redução das assimetrias de informação, das iniquidades no acesso e das ineficiências nos processos de prestação de serviços” (MEDICI, 2011, p.23).

Com isso, deve-se ter em mente que, para haver melhora no setor de saúde, outros setores (tais como da educação, do saneamento básico, entre

outros) devem também ser mais bem estruturados, regulados e constituídos, de forma a se interligarem com vistas ao desenvolvimento humano.

Dessa maneira, o capítulo “Políticas Públicas para melhorar a educação e a saúde das pessoas”, contido no RDH de 2003, mostra que a educação e a saúde devem ser prioridades nas políticas públicas e agenda social:

O primeiro cacho de políticas necessário para os países de prioridade máxima e alta poderem romper as armadilhas da pobreza envolve o investimento em saúde e na educação. Estes investimentos contribuem para o crescimento econômico, o que se repercute no desenvolvimento humano [...] Mais do que uma simples fonte de conhecimento, a educação promove melhor higiene e aumenta a utilização de serviços de saúde. Água potável e saneamento adequado também determinam resultados na saúde. Ao reduzir as doenças infecciosas, melhoram a situação alimentar das crianças e aumentam a sua capacidade de aprender. Juntas, essas intervenções contribuem para uma transição de saúde – das doenças transmissíveis, como a maior parte do fardo de doenças do país, para as doenças crônicas, como a principal fonte (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.85).

A saúde e a educação, setores sociais ímpares, são unidas, no mesmo “cacho de políticas de prioridade máxima”, de modo a se tornarem “codependentes” quando se trata do bem-estar social e do desenvolvimento humano. (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.85-86).

Porém, para que isso ocorra, as políticas públicas precisam, seguramente, ser modificadas para que nelas não haja mais a produção e a reprodução social da desigualdade, da exclusão e da pobreza.

Antonio Carlos Coelho Campino (2011, p.104-108) verifica, baseado em alguns dados²⁵, que a iniquidade na saúde pública é “pró-ricos”, já que eles têm mais acesso aos serviços de saúde do que os mais pobres. Isso quer dizer que, como apontado pelo autor, apesar dos mais pobres estarem mais propensos às doenças mais comuns, eles são os que têm menos acesso aos bens e serviços de saúde pública.

Logo, Campino (2011, p.106) acrescenta: “melhorar a eficiência também é melhorar a equidade”. Ou seja, para ser obtida a eficácia e a abrangência dos serviços de saúde se fazem necessárias as políticas públicas que promovam a equidade social e reduzam a desigualdade.

²⁵ Estudos com base nos dados da Pesquisa de Padrão de Vida de 1996/1997 e nos dados da PNAD 1998 e 2003. Cf. (CAMPINO, 2011).

Segundo o RDH do Brasil de 2005 (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.118), a promoção da equidade social é salientada junto à temática das medidas focalizadas como políticas de reparação, ou seja, implantadas para diminuir a iniquidade visando à integração dos grupos de forma a gerar o princípio da universalidade.

Dessa maneira, no combate à iniquidade social através de políticas focalistas, cujo objetivo a ser alcançado a longo prazo é universalizar o acesso aos serviços, com qualidade e eficácia, deve-se ter o interesse de sempre estar privilegiando o grupo dos indivíduos mais segregados e excluídos a fim de torná-los mais bem amparados e assessorados até que seja diminuída a desigualdade entre esse grupo e outros.

Porém, uma questão muito debatida e criticada referente a tais políticas focalistas é que estas se “limitam a superação dos elementos fundantes das desigualdades sociais que mantêm parcela da população na pobreza” (BATISTA & MONTEIRO, 2010, p.173).

Para os autores, no concernente à realidade social do Brasil, as políticas focalistas não consideram a grande desigualdade social – que perpassa os mais distintos planos da vida social – e então, não atentam para a real condição da população mais pobre (BATISTA & MONTEIRO, 2010, p.173-174).

O mesmo observam Theodoro e Delgado (2003, p.122), afirmando que tais políticas são “elo mais frágil da proposta focalista”, pois elas afunilam a questão social “para órbita exclusiva da política social” e, então, seu objetivo principal é debater o gasto social e não os direitos constitutivos.

Da mesma maneira, Cohn *et al.* (2010), no livro *A Saúde como Direito e como Serviço*, enfatizam que essa questão é parte da

Tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo contrapostos [*sic*] a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculada às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país (COHN *et al.*, 2010, p.25-26).

E, Theodoro e Delgado (2003) entendem que a política de focalização:

Consolidaria e engessaria a desigualdade, o que significa o abandono do projeto efetivo de combate à pobreza e de construção

de um sistema amplo de proteção social. Antes de ser um instrumento de transformação social [...] a política social, nessa perspectiva, teria a função da chamada “gestão da pobreza e da miséria” (THEODORO & DELGADO, 2003, p.123-124).

Então, por causa de tais implicações, no RDH do Brasil de 2005 é feita uma ressalva precisa, a saber de que a política focalista – que minimiza “o tempo de duração da desigualdade” – só funciona quando é simultânea à política universalista (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.120).

Assim, como posto anteriormente, a política focalista necessita estar disposta entre variadas políticas universalistas e com objetivo amplo de busca pela redução da iniquidade e da desigualdade social. A universalização de direitos e serviços relacionados à saúde pública continua sendo o grande desafio, ainda que se reproduzam as políticas focalistas.

Como assinala Bernardo Kliksberg (2000):

A população pobre [...] tem mais possibilidade de adoecer, seu acesso à assistência médica é menor, tem menos informação sobre sua própria existência e sobre como lidar com suas doenças, menos capacidade para fazer uso dos serviços de saúde e a qualidade de saúde que lhe é oferecida é muito pior do que a que chega aos outros setores (KLIKSBURG, 2000, p.66-67).

Em seguida, ele acrescenta que os motivos das dificuldades dos pobres estão relacionados com a problemática social da miséria e da desigualdade, já que, “quase 60% das mortes dos pobres são causadas por doenças transmissíveis, causas nutricionais e mortalidade materna e perinatal” (KLIKSBURG, 2000, p.67).

Um ponto determinante é a relevância do Estado em gerir, decidir e executar os diferentes interesses sociais, objetivando a redução da desigualdade e buscando a justiça social a fim de que, como assinalado na Constituição Federal de 1988, a saúde seja um “direito de todos e dever do Estado”.

As instituições estatais e os órgãos governamentais devem constituir-se como agentes políticos efetivos na defesa de ações e de uma agenda pública que garanta a universalidade e a igualdade dos serviços públicos de saúde, devem também conhecer a realidade e possibilitar a mudança social para, enfim, a agenda pública pautar-se na implantação de políticas públicas que incorporem os diferentes grupos étnico-raciais brasileiros e a possibilidade de desenvolvimento social, político, econômico e cultural (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.125).

Com as propostas do desenvolvimento ganham destaque as necessárias melhorias da saúde pública. Tais melhorias são ressaltadas como investimentos que oferecem “um dos maiores retornos possíveis”, pois, fortalecem “o capital humano da sociedade” e, “sem uma base forte em matéria de saúde, os objetivos de crescimento educativo da população [...] não terão possibilidade de se materializar” (KLIKSBURG, 2000, p.63).

Para que aconteça o desenvolvimento humano, diversos aspectos da vida de cada indivíduo devem garantir-lhe condições de vida, de liberdade, de direitos, de “capacidade de promover seus objetivos” e com “oportunidade social” (SEN, 2000, p.51-71).

Assim, com o objetivo do desenvolvimento humano, diversos âmbitos e áreas sociais devem progredir juntamente, a fim de promover a equidade social e uma sociedade mais democrática. Para tanto, é dever da sociedade civil se engajar nas demandas por políticas públicas que proponham a igualdade.

Nesse caso, “a atividade pública resulta [ser] muito estratégica diante deste quadro e seu papel é fundamental em relação à boa parte dos problemas que se discutem”, como cita Kliksberg (2000, p.80) ao analisar a desigualdade nos serviços de saúde.

Dessa maneira, a discussão a respeito de melhorias em saúde pública dentro de pequenas instituições, como as associações de bairros e as escolas, que intentam a formação das demandas populares, reforçam a cidadania e a democracia.

Como a percepção das necessidades implica na sua elaboração subjetiva e escolha entre alternativa, especialmente no caso de mobilizações sociais, a difusão de concepções afeta o âmago deste processo. Nesta perspectiva, avaliar o debate em torno do tema saúde tem uma dupla importância. Primeiro, através dele se pode aprofundar a própria noção de carências de saúde e, por outro lado, pode ser o início ou fazer parte de um processo reivindicativo (COHN *et al.*, 2010, p.155).

Principalmente nas associações de bairros, onde as pessoas se sentem mais íntimas, mais próximas, e todos se conhecem, as discussões e os movimentos pela melhoria dos serviços de saúde podem ser mais facilmente desenvolvidos (COHN *et al.*, 2010, p.154-156).

No Vale do Ribeira, uma das regiões mais subdesenvolvidas do estado de São Paulo, onde a situação econômica, a fome e o desemprego minam os

direitos sociais dos indivíduos, ocorreu uma tentativa de promoção da “saúde pública cidadã” através da construção de postos de saúde (com pequenas instalações, com o objetivo de atendimento de casos gerais e clínicos) em parceria com a comunidade e os bairros e, mais importante, com a nomeação de um “agente de saúde”, um cidadão, morador do bairro, envolvido com o projeto e disposto a trabalhar em prol de sua comunidade. Esse agente aprendeu a fazer a triagem geral dos pacientes e também simples procedimentos médicos, com a possibilidade de utilização de ervas medicinais e soros caseiros, por exemplo, facilitando o atendimento e o tratamento dos pacientes com doenças infecciosas e parasitárias (ALVES, 1985, p.50-54).

A iniciativa mostrou que houve melhora na saúde dos indivíduos daquela região. Estes procuravam os postos logo que apareciam os primeiros sintomas das doenças. Aqueles que apresentavam doenças comuns eram tratados no próprio local. Outros, que apresentavam sintomas mais graves, eram enviados a hospitais especializados, já com seu prontuário, onde estavam anotados seus sintomas e diagnóstico. Desse modo, os postos eram percebidos como pertencentes à comunidade, que os respeitava e mantinha sem depredá-los. Isso incentivava também a atuação política dos indivíduos, que começaram a lutar por seus direitos e por melhores condições de saúde (ALVES, 1985, p.54-55).

Contudo, o objetivo das discussões no âmbito da sociedade civil é revelar, a partir do ponto de vista de usuários comuns do sistema de serviços de saúde, aquilo que não está bem ou necessita de ajustes – porém, o Estado deve continuar no gerenciamento das políticas na área de saúde pública e coletiva.

4.1 O PROGRESSO NAS METAS DE SAÚDE PÚBLICA COMO CONDIÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO

A nutrição, o acesso a políticas públicas de saúde, a distribuição de água e um sistema de saneamento básico, por serem setores sociais fundamentais para o desenvolvimento humano, são elementos básicos para a vida saudável do indivíduo e da sociedade.

A problemática da fome, grave e recorrente, colocada pelo RDH/PNUD/ONU como uma necessidade crucial de ser atendida, ao menos em

parte, conforme insiste o primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, está profundamente ligada à questão da saúde pública.

O problema da alimentação é um dos mais graves. Segundo dados recentes da FAO, 828 milhões de pessoas dos países em desenvolvimento padecem de fome crônica e outros dois bilhões têm deficiências de micronutrientes como vitaminas e sais minerais (KLIKSBERG, 2000, p.66).

Além das “deficiências de micronutrientes”, a fome causa também uma deficiência nos direitos dos indivíduos e essa mazela se torna um “potencializador” da privação de serviços essenciais, tais como os de saúde, de educação básica, de água potável e de saneamento adequado (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.87).

Como forma de reduzir a fome, o RDH/PNUD/ONU (2003, p.88-89) aponta que há a necessidade de aumentar os recursos para a agricultura, melhorar a tecnologia utilizada e evitar a degradação ambiental. É imprescindível que haja uma distribuição mais equitativa de terras para a produção agrícola familiar (como os programas de reforma agrária, por exemplo) e a reserva de alimentos básicos feita pelos governos. Estas são as formas mais eficazes de tratar o problema da distribuição de alimentos e da diminuição de preço.

Ao atribuir subsídios aos meios de produção, ou comprar cereais, a maioria dos países em desenvolvimento subsidia, ou dá acesso privilegiado, a grandes produtores ou processadores. As regras desses mecanismos distorcem muitas vezes os mercados, sobrecarregam indevidamente os pequenos produtores, criam compradores oficiais monopolistas e estabelecem impostos e encargos de serviços excessivos (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.92).

O incentivo à agricultura, principalmente à produção agrícola familiar, atualmente faz parte dos subsídios do Programa Fome Zero²⁶. Verifica-se que, com o objetivo geral de crescimento econômico nacional, a produção regional tem aumentado e o desenvolvimento tem tido sustentabilidade garantida com o reflorestamento e a conservação de reservas ecológicas, reduzindo-se, com isso o

²⁶ A partir do Programa Fome Zero, o governo federal, em um dos quatro eixos de ações de combate à fome, tem objetivado fortalecer a agricultura familiar no Brasil de modo a valorizá-la e divulgá-la como atividade econômica fundamental, com financiamento e seguridade da produção e da safra, além de incentivar também a distribuição e venda dos alimentos produzidos. Cf. (RISSARDO, 2012).

êxodo rural – ou seja, além do fomento econômico, observa-se o desenvolvimento social (BRASIL, 2001).

Graças aos subsídios dados ao programa, vê-se outro exemplo de melhoria em nutrição e alimentação, a saber: a efetivação da política de merenda escolar (RESOLUÇÃO/CD/FNDE nº 38, 2009; LEI nº 11947, 2009), uma iniciativa que fornecendo nas escolas, pelo menos uma refeição diária às crianças do ensino básico, tem ajudado tanto na saúde das crianças quanto a permanência destas nas escolas.

Além disso, a merenda, como previsto na resolução, ajuda a movimentar a economia local, pois o programa alimentar de cada escola, monitorado por um nutricionista, deve priorizar os alimentos regionais, “conforme a vocação agrícola e agroindustrial da localidade, com o propósito de incentivar o desenvolvimento local sustentável” e, também, “apoiando projetos de aquisição de alimentos da agricultura familiar e de cooperativas de pequenos produtores” (PNUD/ONU, 2004), de modo a ser reforçada a necessidade de produção agrícola familiar.

Desse modo, novas políticas e medidas capazes de aumentar os subsídios para a agricultura familiar, motivar a permanência das crianças na escola e expandir os sistemas de água potável e saneamento, além de proporcionar a redução da fome e da má nutrição (infantil, primordialmente), também ocasionam a melhora da saúde coletiva, ao fomentarem a prevenção e a redução de doenças originadas de água não tratada e de ambientes contaminados (poluídos) e transmitidas por vetores (tais como a cólera, a febre tifoide, a malária, entre outras), quando se propiciam aos indivíduos educação, boa alimentação e água potável além de afastá-las da exposição ao lixo e ao esgoto sem tratamento.

No entanto, não cabe somente ao Estado a promoção da luta contra a pobreza e a fome. Para erradicar essa mazela social, o RDH do Brasil de 2005 (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.132-133) assinala que a sociedade civil e, também, a iniciativa privada precisam ajudar a enfrentar esses problemas, no intuito de pôr fim à miséria e à má distribuição de riquezas, propondo a igualdade e a inclusão social, e com isso, alcançando as metas postas nos ODMs.

Propõe-se, também, para se alcançar as metas dos ODMs de saúde pública é definir-se como fator importante o setor de bens e serviços de saúde no Brasil. Desse modo, diminuir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e

combater doenças ainda exigem políticas sociais mais coesas em nosso país, a fim de que haja uma melhor forma de prevenção, com acesso facilitado e um tratamento de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

Para que esses três objetivos sejam alcançados, de modo igualitário por toda a população brasileira, a prevenção e o acompanhamento médico e hospitalar são as primeiras etapas que devem ser cumpridas.

Também o aumento do número de trabalhadores no atendimento médico (enfermeiros, paramédicos, médicos) e a exigência de serviço público para esses trabalhadores podem ser formas de diminuir as carências da saúde e elevar o nível do serviço (em acesso e em qualidade, principalmente).

A ineficiência pode ser diminuída e, até mesmo, eliminada, com programas específicos para o tratamento e a prevenção de doenças, chamados programas verticais – como as campanhas de vacinação para prevenir doenças da primeira infância. Conduzidos por ações de erradicação das doenças ou de sua prevenção, tais programas são viáveis economicamente, garantem qualidade (já que há alocação de recursos, pessoal e medicamentos específicos) e dispõem acesso facilitado, ao ser integrado como programa permanente.

O fornecimento de medicamentos em redes de cuidados primários de saúde, tal como acontece na Índia (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.103), eleva o nível de qualidade do tratamento dos pacientes, incentivando-os a consultas médicas e a manter antecipadamente os cuidados de saúde e tratamento de enfermidades.

Isso acarreta, ainda, a procura por outros serviços de saúde, já que aumenta o interesse da população por sua saúde, por seu bem-estar e por informações e consultas.

Conjuntamente, para a saúde pública melhorar é fundamental a distribuição de água e os serviços de saneamento básico (como coleta de lixo e esgoto sanitário). Dos quais a efetivação como política pública no Brasil, ainda, depara-se com enormes dificuldades.

A água é essencial ao corpo humano para a manutenção da saúde e, também o é o saneamento uma condição necessária à vida saudável. Então, como apontado no RDH de 2003, “o acesso à água potável e ao saneamento básico adequado é crucial para a sobrevivência [...]. O saneamento adequado também pode fazer a diferença entre a vida e a morte” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.104).

A escassez de água potável canalizada, a falta de infraestrutura de esgotos e a ausência de cobertura de saneamento são responsáveis por doenças (como a cólera e as infecções intestinais), pela má qualidade de vida, pelo mau desempenho escolar e laboral, entre outras mazelas.

Segundo o RDH de 2006, (RDH/PNUD/ONU, 2006, p.27), a falta de água potável e de saneamento básico mina as prosperidades das nações e retarda seu crescimento econômico, causando o sofrimento e a perda de vidas humanas. Além disso,

Em grande parte do mundo em desenvolvimento, a água imprópria para consumo representa uma ameaça infinitamente maior para a segurança humana os custos da crise em termos de desenvolvimento humano. Pôr fim à crise no sector da água e do saneamento básico do que os conflitos violentos. [...] A água imprópria para consumo e a falta de saneamento básico estão diretamente relacionados com a enorme discrepância que separa logo à nascença as crianças nascidas nos países ricos das nascidas nos países pobres. Embora a esperança de vida esteja a aumentar nos países em desenvolvimento, a percentagem desse aumento e a aproximação a uma convergência com os países ricos têm sido prejudicadas pelo déficit existente no acesso à água e ao saneamento básico (RDH/PNUD/ONU, 2006, p.42-43).

Ações simples e de baixo custo, tais como ligações domésticas de água, colunas de água públicas, recolhimento de águas pluviais e nascentes são as melhores alternativas, segundo o RDH/PNUD/ONU (2003, p.105), para aumentar o acesso à água potável, de forma mais igualitária e adequada, limitando os danos ambientais.

Já a necessidade de saneamento básico, num primeiro momento, pode levar a certa degradação ambiental: “na Europa e na América do Norte, por exemplo, o saneamento doméstico foi feito inicialmente à custa da poluição dos rios e dos cursos de água” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.106).

No Brasil, ainda há muita carência dos serviços de água e saneamento básico (principalmente de redes de esgoto) para muitos cidadãos, principalmente os mais pobres, residentes em bairros periféricos de grandes centros urbanos e também em áreas rurais (GALVÃO JUNIOR & PAGANINI, 2009, p.79).

A má qualidade da água e a exposição populacional ao ambiente degradado e poluído é uma das formas de maior propagação de doenças e de saúde precária. Principalmente, no caso das populações de bairros periféricos e de áreas rurais onde vivem indivíduos com sistema imunológico comprometido, pela

desnutrição, por exemplo, os quais fazem parte do grupo de pessoas “mais suscetíveis às doenças relacionadas à infraestrutura sanitária deficiente”. Ao propiciar os serviços de “acesso à água potável e segura, ao [esgoto] sanitário e à coleta regular de lixo” há um aumento na qualidade de vida e de suas condições (RAZZOLINI & GUNTHER, 2008, p.28).

Por essa razão, é indispensável um sistema de tratamento da água, do lixo e do esgoto sanitário como forma de prevenção de doenças, tais como a cólera, a diarreia e outras, de modo a proporcionar melhorias de saúde pública de todos os indivíduos bem como impedir a degradação ambiental em longo prazo e, por fim, ser gerado um desenvolvimento sustentável (SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002, p.1716-1720).

Desse modo, é importante que os recursos para financiar as redes de água e saneamento sejam feitos em parcerias do Estado com a iniciativa privada, assim o investimento será suficiente, a gestão dos recursos será justa, haverá rapidez nas obras de urgência e uma minimização dos prejuízos ambientais e sociais.

Porém, a parceria deve ser geradora de melhoria social e não deve ter o objetivo de geração de lucros às empresas comerciais²⁷, pois a parceria entre a iniciativa privada e o Estado tem o objetivo de produzir equidade social e desenvolvimento humano.

Portanto, ao se reconhecerem a necessidade de implantação efetiva de políticas públicas igualitárias e que abranjam as condições supracitadas, é fundamental pensar sobre a equidade e a justiça social, incluídas nessas condições, visando-se à conveniência social e pública e não aos interesses privados.

4.2 DESIGUALDADES SOCIAIS, DIFICULDADES EM REDUZIR A POBREZA E PRIVATIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Um efetivo Sistema Único de Saúde (SUS) que proporcione os serviços de saúde suficientes aos usuários, que sane as desigualdades sociais e as

²⁷ Como apontado por Dagdeviren e Hailu (2008, p.01-02) o erro pode sair caro à população, já que, na Zâmbia, a privatização dos serviços de água, com o objetivo comercial, setuplicou seu valor e, assim, não ocorreu uma melhora social do serviço nem de sua abrangência, pois os indivíduos não podiam pagar pelo serviço.

iniquidades e que dê acesso aos bens comuns deve orientar-se por seus princípios de integralidade, gratuidade e universalização.

Segundo o RDH do Brasil de 2005, a educação, a energia, as comunicações, junto com a saúde, constituem-se em condição básica da vida humana. Sem alguma delas não se possui vida digna, não há desenvolvimento, não se tem capacidade para viver e se mergulha na “pobreza humana”: esta “não enfoca o que as pessoas possuem ou deixam de possuir, mas o que elas podem ou não fazer” (RDH/PNUD/BRASIL, 2005, p.57).

Também, de acordo com Amartya Sen (2000, p.32-33), é preciso ter a condição de agente como indivíduo com capacidades: há elementos constitutivos básicos para que cada pessoa tenha liberdade e oportunidade para, como membro de uma sociedade, tenha potencial para lutar por mudanças e participe da sociedade.

Assim, segundo esse autor, a “pobreza” é mais ampla do que somente a falta de renda: “existem boas razões para que se veja a pobreza como uma privação de capacidades básicas, e não apenas como baixa renda” (SEN, 2000, p.35).

Ele ressalta igualmente que a “pobreza” tem impacto profundo sobre a saúde e o bem-estar individual e coletivo:

A privação de capacidades elementares pode refletir-se em morte prematura, subnutrição significativa (especialmente de crianças), morbidez persistente, analfabetismo muito disseminado e outras deficiências (SEN, 2000, p.35).

Em contrapartida, a falta de uma boa saúde também leva a maior pobreza:

O estado de saúde é um catalisador de círculos virtuosos ou perversos em relação com a pobreza; Um círculo perverso frequente é o de que os pobres têm mais possibilidades de adoecer e, ao perder a saúde, têm maiores dificuldades para buscar alternativas para enfrentar a pobreza (KLIKSBURG, 2000, p.64).

Mais uma vez, o debate sobre a iniquidade e a extrema pobreza faz ver que, enquanto essas não forem combatidas, os países, principalmente aqueles que estão em desenvolvimento, não conseguirão alcançar as metas básicas dos ODMs e nem mesmo encaminhar-se para o desenvolvimento humano, com indivíduos capazes e sociedade democrática com direitos e liberdades.

Como um dos países em desenvolvimento que lutam pelo êxito nos ODMs, o Brasil tenta superar as metas, implantando as propostas e executando políticas sociais e, apesar de enfrentar muitos problemas, tem progredido na saúde pública, principalmente na questão da prevenção e da vacinação.

A saúde pública brasileira tem melhorado em muitos aspectos, sobretudo na área preventiva, através, por exemplo, das campanhas de vacinação e do Programa Saúde da Família, assim como de programas especiais como o Programa Nacional de AIDS. No entanto, as diferenças de atendimento médico entre grupos sociais continuam elevadas (BACHA & SCHWARTZMAN, 2011, p.03).

Desse modo, o país tem tido acertos e erros com relação a muitas políticas de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Um exemplo é o Sistema Único de Saúde (SUS) que concentra as principais políticas sociais na área de saúde pública e coletiva no Brasil e é um dos melhores sistemas do mundo, mas, mesmo assim, com problemas:

[O SUS por meio da] cobertura universal, integral e gratuita no ato da realização do serviço, [...] coloca o Brasil no grupo dos sistemas de saúde mais generosos do mundo, mas com grande potencial de iniquidades (ANDRADE & NORONHA, 2011, p.96).

Apesar de apresentar dificuldades como sistema e ter problemas peculiares (tais como a questão da judicialização²⁸ e da falta de autonomia²⁹), o programa do SUS vem melhorando a forma de atendimento e tratamento de pacientes.

O Programa Saúde da Família³⁰ e a implantação do Cartão Nacional de Saúde³¹ são duas iniciativas que ajudam na formação de um histórico familiar e individual sobre os processos de saúde/doença, de modo eficaz, simples e fácil.

²⁸ A expressão “judicialização da saúde”, muito utilizada principalmente no Direito Sanitário, remete às ações judiciais em que, o Poder Judiciário intervém a favor dos cidadãos que foram lesados de alguma forma pelo sistema de saúde (constituído não somente do atendimento médico, mas também, medicamentos dispostos em postos de saúde, exames, cirurgias e outros). Em defesa dos direitos destes e do princípio da integralidade do SUS, as decisões judiciais geram um gasto público em favor de uns e em detrimento da cobertura de outras políticas públicas e medidas de saúde. Cf. (MEDICI, 2011, p.60-62).

²⁹ Cf. (MEDICI, 2011, p.57-60) e (CAMPINO, 2011, p.107-108).

³⁰ O programa Saúde da Família, através de equipes multidisciplinares estabelecidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz o acompanhamento da saúde das famílias em relação à prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes.

³¹ Todas as informações sobre a saúde do usuário são sistematizadas em tal cartão, mantendo, assim, um prontuário médico completo dos pacientes, com os históricos de procedimentos, profissionais que os executaram e locais onde foram executados.

Segundo Campino (2011, p.107), a necessidade do SUS, atualmente, é a ampliação dos centros de atendimento, principalmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que oferecem um atendimento básico e geral, a partir do qual os pacientes podem ser encaminhados para especialistas ou à unidade de tratamento especializado, com o propósito de um atendimento mais ágil e eficaz e com uma melhora na qualidade dos serviços de clínica médica geral.

Além disso, é preciso expandir-se o sistema, de modo que já foi feito com o Programa Farmácia Popular, no qual os pacientes em tratamento de doenças crônicas (principalmente) recebem, gratuita e facilitadamente, os medicamentos nas farmácias conveniadas. Atualmente, nem todas as farmácias são participantes do programa, mas a iniciativa deve chegar a toda e qualquer farmácia, pois, assim, facilita-se o acesso dos indivíduos aos medicamentos necessitados.

Ao mesmo tempo que o sistema público de saúde executa algumas políticas em benefício coletivo, há a ruptura de sua elegibilidade e de sua capacidade em sanar a necessidade social, ao existir, também, um sistema privado de bens e serviços de saúde, que trazem efeitos maléficos ao sistema público.

Os indivíduos com acesso e planos de saúde têm em geral acesso a procedimentos e tecnologias novas que são posteriormente incorporados no setor público. Essa lógica dual resulta na perda de poder público da capacidade de definição dos procedimentos a serem ofertados pelo sistema público, os quais acabam sendo determinados endogenamente pelo sistema (ANDRADE & NORONHA, 2011, p.98).

A utilização de serviços de saúde, principalmente através de convênios e planos de saúde, passa, então, a causar um efeito perverso no sistema.

A privatização dos serviços de saúde do país encontra a sua tradução mais fiel na absurda predominância da procura dos serviços privados, credenciados ou conveniados. Conclui-se, portanto, da perspectiva não mais do financiamento das políticas públicas, mas da demanda da população pelos serviços de saúde, a consolidação do setor privado de assistência médica (COHN *et al.*, 2010, p.102).

Assim, a busca por serviços médicos no setor privado torna-se cada vez mais recorrente, gerando assim, a decadência indireta do serviço público de saúde que, não sendo mais um sistema único, perdendo a preferência e tornando-se cada vez mais obsoleto e desatualizado.

Em geral, o Estado brasileiro tem investido pouco em saúde pública, com aproximadamente 3,8% do PIB investido em serviços hospitalares e médicos em nível nacional. No ano de 2009 foram totalizado 123,6 bilhões de reais de gastos pela administração pública no setor de saúde. Já o gasto privado das famílias brasileiras com saúde, em 2009, foi de 157,1 bilhões de reais (FAMÍLIAS, 2012, p.01) no Brasil.

Logo, ao se relativizarem os dados, observa-se que as famílias brasileiras gastam com saúde uma boa parcela de sua renda. Na medida em que esse investimento varia de acordo com os ganhos familiares se tem a reprodução das desigualdades nas formas de acesso dos cidadãos ao atendimento e ao tratamento de saúde e de qualidade dos serviços.

Desse modo, o gasto privado familiar com saúde acaba com o princípio da equidade do SUS. Pode-se dizer que,

[...] além dos problemas de sustentabilidade financeira, a indefinição de uma cesta básica de serviços de saúde sob a responsabilidade do Estado acaba também por resultar em problemas de iniquidade. Nesse aspecto, esbarra-se em outro princípio do SUS, o princípio da equidade, em que todos os indivíduos devem ter acesso igualitário aos bens e serviços de saúde de acordo com as necessidades individuais (ANDRADE & NORONHA, 2011, p.97).

Sabe-se também que, como indicado pelo RDH/PNUD/ONU (2003, p.98-103), a limitação, a desigualdade e a ineficiência de recursos aparecem como os grandes impasses para a melhoria da saúde pública, principalmente, quando adicionados ao baixo investimento público, visto que:

Em países com desenvolvimento humano elevado, a despesa pública média com saúde foi de 5,2% do PIB em 2000 – enquanto nos países de desenvolvimento humano médio, foi de 2,7% e nos países de desenvolvimento humano baixo, de 2,1% (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.101).

Ao invés disso, dois processos poderiam ser mais interessantes para a melhoria do SUS em relação à equidade social: a) combater a “utilização desproporcionada das facilidades primárias de saúde tal como acontece no Quênia, em que “os 20% mais pobres recebem 22% da despesa governamental com cuidados primários de saúde, contra 14% da despesa total com a saúde” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.101); b) fazer com que o Estado se torne o real regulador dos serviços privados, “garantindo uma harmonização dos sistemas público e

privado quanto à cobertura de serviços e evitando os problemas de duplicidade” (ANDRADE & NORONHA, 2011, p.98).

Em vista disto, Campino (2011) afirma que, com uma parceria entre o Estado e a iniciativa privada, os serviços de saúde podem ser melhorados. O financiamento privado possibilita a ampliação do SUS, através, principalmente, da construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que são uma extensão do Programa Saúde da Família para atendimento clínico e geral, para estender o acesso aos serviços e bens de saúde aos indivíduos mais pobres. Desse modo, “[...] o setor privado construiria os prédios, compraria o equipamento necessário e eventualmente entregaria os remédios prescritos [...] e teria uma remuneração por pessoa atendida” (CAMPINO, 2011, p.107).

No entanto, conforme a proposta do RDH de 2003, isto não pode levar à privatização do sistema, uma vez que a população brasileira não conseguiria sustentar os gastos com a saúde. Então, é fundamental que exista uma ação reguladora do poder público. Campino (2011) entende que é possível a gestão privada de hospitais e das UBSs por organizações sociais, quando se estabelece um contrato anual destas com o governo. A função deste, então, é a regulação e verificação do cumprimento de metas estabelecidas no contrato. Enquanto a organização social “opera o hospital e recebe um valor *per capita* por pessoa atendida”, o governo “tem a vantagem de que, por contrato, especifica as normas que [esta] deverá seguir e os objetivos que deverá realizar a cada ano” (CAMPINO, 2011, p.107).

Segundo Medici (2011, p.37-38), a experiência deu certo em São Paulo, como pioneiro na implantação da parceria, pois as organizações garantem melhor qualidade dos serviços, com pessoal mais capacitado no atendimento e com o uso mais eficaz das instalações hospitalares. Desse modo, esse regime de administração se tornou mais produtivo ao ser menos custoso à gestão governamental.

Além disto, a autonomia das organizações sociais em selecionar pessoal e distribuir os recursos superou os “entraves da gestão tradicional do setor público”, de modo que melhorou “a eficiência, a qualidade e a gestão de pessoal” (MEDICI, 2011, p.37).

Porém, a regulação do Estado é indispensável para este tipo de parceria. Talita Bedinelli, em uma notícia de jornal, relatou que: a prefeitura de São

Paulo foi “acusada pelo TCM (Tribunal de Contas Municipal) de falhar na fiscalização das verbas repassadas” (BEDINELLI, 2012, p.A6).

Além disto, os contratos entre a prefeitura e as organizações sociais continham “irregularidades”, como “metas não cumpridas e dinheiro colocado em aplicações financeiras” (BEDINELLI, 2012, p.A6).

Mas o fato é que, com a regulação apropriada, a parceria pode melhorar a gestão pública e o acesso da população aos serviços de saúde, pois, por exemplo, “desde 2007, o número de consultas em AMAs (Assistências Médicas Ambulatoriais) saltou 174%”, contribuindo para a melhora da saúde na capital paulista (BEDINELLI, 2012, p.A6).

Desse modo, a parceria entre a administração pública e a iniciativa privada alivia o sistema público de saúde e melhora o atendimento e o acesso das pessoas aos bens e serviços de saúde pública, desde que ambas mantenham a regularidade e o compromisso posto nos contratos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que a ineficiência das políticas sociais em saúde pública no Brasil está relacionada aos problemas de outros setores sociais. Educação de qualidade, habitações adequadas, acesso à água potável e ao saneamento básico são alguns exemplos de setores com problemas que interferem na saúde dos brasileiros.

As desigualdades sociais, por excelência, minam as chances de melhoria substancial na longevidade e saúde da população e, por consequência, também, as possibilidades de um desenvolvimento humano diminuem:

As condições de saúde da população e o sistema de saúde que a atende em sua complexidade, refletem muitas das características da sociedade em que se situa. A nação brasileira com seu imenso território e importantes desigualdades sociais e regionais propôs em sua constituição, o desafio de construir um sistema de saúde equânime (BRASIL, 2009, p.411).

Desse modo, como mostrado pelo RDH de 2003, a desigualdade deve ser combatida para haver a possibilidade de um crescimento econômico sustentado (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.68).

Isto significa conquistar uma nova ordem social em que o risco de adoecer e morrer não só decresça de maneira mais coerente ao desenvolvimento econômico do Brasil, como sejam extintos os excessos de riscos associados aos grupos menos favorecidos economicamente, permitindo que a saúde se distribua de forma mais equânime, entre os vários grupos e extratos que compõe a sociedade (BRASIL, 2009, p.416).

A efetivação de políticas sociais eficazes na área de saúde pública é necessidade prioritária para o “crescimento sustentado” no Brasil. Buscar a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna e a diminuição dos riscos de contágio de doenças transmitidas pela poluição e pela má alimentação são cuidados primários de saúde propostos pelos RDHs e visados pelos ODMs para que as nações alcancem o desenvolvimento humano.

Nos dias atuais, segundo Norbert Elias (2001), temos um alto grau de conhecimento sobre as formas de controle da doença e da morte. E, também, “nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de

prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda a sociedade” (ELIAS, 2001, p.56).

A discussão sobre os métodos e o conhecimento sobre as formas de controle são primordiais, mas não suficientes. A ação de executar e realizar programas que promovam a saúde de modo eficaz e equitativo é uma condição essencial ao progresso em desenvolvimento humano.

Para superar os desafios postos na saúde pública e para que sejam alcançados os ODMs, deve-se resgatar a cidadania e buscar uma reforma concreta das políticas sociais, a fim de que estas supram a necessidade e as expectativas da população; isso “exige que se rompa o círculo vicioso da ineficácia” que existe nas políticas brasileiras (COHN, 2010, p.26).

Há, no Brasil, a efetuação de políticas sociais na área de saúde pública, com vistas a melhorar o bem-estar e a aumentar a longevidade das pessoas (EXPECTATIVA, 2009). Porém, as ações se voltam, principalmente, para a implementação de “programas paliativos, residuais e de curto prazo” (LAVINAS, 2004), os quais não superam as desigualdades sociais nem reduzem os níveis de pobreza e de miséria da maior parte da população.

Como um país com desenvolvimento mediano e com uma prioridade média nas questões propostas pelos ODMs, o Brasil deve atentar para os fatores relacionados às desigualdades. Apesar de avançar no combate à fome, à pobreza e a algumas doenças, como a tuberculose e a malária, o país ainda tem como maior problema as distinções sociais entre os indivíduos.

Além disso, muitas vezes, ainda se encontram enraizado no âmbito social, antigos preconceitos e ideias arcaicas que impedem o combate aos problemas na área da saúde e, conseqüentemente, também, o desenvolvimento humano:

O que se vem constatando é que várias das deficiências brasileiras, durante longo tempo atribuídas, por uns, ao clima tropical, por outros, à raça, considerada por eles inferior – sobretudo quando meia-raça! – ainda, por outros, ao catolicismo, segundo certos críticos, destituído do “poder dinâmico” do protestantismo, são deficiências que decorrem da saúde precária ou deteriorada de grande número de brasileiros. Muitos, no Brasil, são até subnutridos. Uma multidão é devastada pela malária. Não poucos, pela tuberculose. A esquistossomose vem fazendo de rios, outrora saudáveis, rios assassinos de populações inteiras (FREYRE, 1983, p.84).

Aliás, no âmbito institucional, a existência de relações hierárquicas aprofunda, ainda mais, a reprodução das desigualdades sociais, já que, o patrimonialismo age por seus interesses prioritariamente, beneficiando-se com privilégios diversos.

Num Estado patrimonialista e oligárquico como o brasileiro, há, de fato, dificuldades de ampliação dos gastos sociais visto que alguns setores monopolizam para si os meios de acesso aos mecanismos que distribuem riqueza social capturada através dos impostos. A intrincada engenharia institucional num Estado que possui ainda muitos procedimentos com caráter patrimonialista favorece, enormemente, aqueles segmentos que possuem formas de pressionar os agentes políticos e burocráticos a favor de seus interesses (REZENDE, 2010b, p.12).

O entendimento disseminado pelos ODMs e pelo RDH de 2003 é que o processo da constituição de políticas sociais, principalmente no setor de saúde, é demorado e contínuo. Somente após superar as barreiras estruturais de baixo crescimento econômico, descontrole de prevenção e tratamento de doenças e baixa produção alimentar, por exemplo, é que haverá o “crescimento sustentado” (RDH/PNUD/ONU, 2003, p.67).

Então, cabe notar que os três ODMs relativos à saúde pública precisam ser ações ininterruptas dentro dos programas nacionais, os quais servem de base ao estabelecimento de novas políticas públicas.

São certamente visíveis algumas reformas e mudanças pontuais na promoção de saúde no Brasil. Porém, a desigualdade na forma com que os programas são implementados – o que é, evidentemente, uma barreira estrutural no país – não possibilita a aplicação eficaz do financiamento nem a utilização coerente deste para a distribuição mais igualitária e equitativa de bens e serviços de saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 124p.

ALVES, M.M. **São Paulo**: sementes de democracia. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1985. 164p.

ANDRADE, M.V.; NORONHA, K. Uma nota sobre o princípio da integralidade do SUS. *In*: BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. Cap.2, p.94-103.

BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). Introdução. *In*: _____. **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p.01-20.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?. **Boletim do Instituto de Saúde**, Secretaria de Saúde, São Paulo, v.12, n.2, p.172-178, Agosto, 2010. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis_v12_2.pdf>. Acessado em: 05, Jan., 2012.

BEDINELLI, T. Quem cuida da saúde pública. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 de Setembro de 2012, n.30474, Primeiro Caderno, p.A6.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1990.

_____. **Lei Ordinária nº11185**, de 07 de outubro de 2005. Altera o caput do art. 11 da Lei nº8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, p.2, Brasília, 10 de outubro de 2010.

_____. **Projeto Fome Zero**: Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. Apoio do Instituto Cidadania, Ipiranga, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/download/livro_projeto%20fome.pdf>. Acessado em: 07, Ago., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Introdução. *IN*: _____. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.XI-XIV. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf>. Acessado em: 20, Abr., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acessado em: 20, Abr., 2012.

BAUMAN, Z. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 110p.

_____. **Capitalismo Parasitário**: e outros temas contemporâneos. Tradução de Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010. 92p.

CAMPINO, Antonio Carlos Coelho. Gastos Catastróficos, Iniquidade e Proposta de Reformulação do Sistema de Saúde. *In*: BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. Cap.3, p.104-108.

CATARINO, R.M.; DUARTE, G. Deficiência de iodo e suas implicações na área da saúde. **BEPA, Bol. Epidem. Paulista** [online]. São Paulo, v.8, n.86, fev./set., 2011, p.19-27. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA86_IODO.pdf>. Acessado em: 12, Ago., 2012.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p.295-316.

COHN, Amélia. *et al.* **A saúde como direto e como serviço**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010, 164p.

_____. A reforma sanitária brasileira após 20 anos de SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.25, n.7, julho, 2009, p.1614-1619. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 24, Nov., 2012.

DAGDEVIREN, H.; HAILU, D. Aumentos tarifarios con inversiones bajas: La historia del sector del agua en Zambia. **Centro Internacional de Pobreza** [online]. Brasília, n.57, Junho, 2008, p.01-02. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.ipc-undp.org%2Fpub%2Fesp%2FIPCOnePager57.pdf>>. Acessado em: 24/05/2012.

DRAIBE, S.M. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84. *In*: SOARES, G.A.D.; D'ARAÚJO, M.C. (Orgs.). **21 anos de Regime Militar**: balanços e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1994. p.271-309.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos**: seguido de Envelhecer e Morrer. Tradutor Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001, 107p.

EXPECTATIVA de vida sobe e mortalidade infantil cai no Brasil. **Jornal do Estado de São Paulo**, São Paulo, matéria do dia 21 de maio de 2009. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vida,expectativa-de-vida-sobe-e-mortalidade-infantil-cai-no-brasil,374596,0.htm>>. Acessado em: 30, Mai., 2011.

FAMÍLIAS gastam mais que o governo com saúde. **Revista Carta Capital** [online]. São Paulo, 18 de Janeiro de 2012, Caderno Economia. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/economia/familias-gastam-mais-que-o-governo-com-saude/>>. Acessado em: 07, Ago., 2012.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, n.06, dez., 2007, p.1171-1176. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_17.pdf>. Acessado em: 25, Jul., 2012.

FREYRE, G. **Médicos, Doentes e Contextos Sociais**: uma abordagem sociológica. 19ª ed. Rio de Janeiro: Globo, 1983. 286p.

GALVANIN NETO, T. As contribuições de Josué de Castro no estudo para o combate à fome. **Anais do VII Seminário de Pesquisas em Ciências Humanas**, 2008, Londrina, PR. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/TitoGalvanin.pdf>> Acessado em: 13, Set., 2012.

GALVÃO JUNIOR, A.C.; PAGANINI, W.S. Aspectos conceituais da regulação dos serviços de água e esgoto no Brasil. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, Março, 2009, p.79-88. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v14n1/v14n1a09.pdf>>. Acessado em: 07, Ago., 2012.

GIANINI, R.J. **Desigualdade social e saúde na América Latina**. São Paulo: Annablume, 1995. 145p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf>. Acessado em: 29, Mai., 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. **Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica número 25**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsau de.pdf>. Acessado em: 30, Mai., 2011

KLIKSBERG, B. **Desigualdade na América Latina**: um debate adiado. Tradutora Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo: Cortez e Brasília: UNESCO, 2000. 108p.

LAVINAS, L. Política social: o ano zero ainda não começou. **Jornal O Estado de São Paulo** [online], São Paulo, 31 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/opinioes/opinio.php?codigo=APARTE_0142>. Acessado em: 23, Ago., 2012.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, v.9, suplemento, Rio de Janeiro, 2002, p.41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/02.pdf>>. Acessado em: 19, Ago., 2012.

MAY, T. Pesquisa documental: escavações e evidências. *In*: _____. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.8, p.205-230.

MEDEIROS, M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. **Texto para Discussão nº 687**, IPEA, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0687.pdf>>. Acessado em 20, Set., 2011.

MEDICI, A. Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde. *In*: BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. Cap.1, p.23-93.

MENICUCCI, T.M.G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Rev. Saúde Soc.** [online]. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, Abr./Jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>>. Acessado em: 05, Fev., 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Health Systems Strengthening Glossary. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html>. Acessado em: 19/03/2012.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, suplem.1, Rio de Janeiro, 1998, p.25-32. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acessado em: 25, Ago., 2012.

PATTO, M.H.S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, abril, 1999, p.167-198. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100017&script=sci_arttext>. Acessado em: 10, Ago., 2012.

PNUD/ONU. [2004]. MEC sugere boicotar monopólio da merenda. **Boletim PNUD Brasil**, Brasília, 14 de Outubro de 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3229>>. Acessado em: 29, Mai., 2011.

RAZZOLINI, M.T.P.; GUNTHER, W.M.R. Impactos na saúde das deficiências de acesso à água. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.1, Março, 2008, p.31-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/03.pdf>>. Acessado em: 07, Ago., 2012.

RDH/PNUD/BRASIL. [2005]. **Relatório do Desenvolvimento Humano do Brasil de 2005**: Racismo, Pobreza e Violência. PNUD/ONU, 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh2005/rdh2005b.zip>>. Acessado em: 15, Jun., 2011. 153p.

RDH/PNUD/ONU. [2003]. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2003**: Um pacto entre as nações para eliminar a pobreza humana. Disponível em:

<<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2003/chapters/portuguese/>>. Acessado em: 15, Jun., 2011. XVI, 367p.

_____. [2006]. Pôr fim à crise no setor da água e do saneamento básico. *In*: _____. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2006: A água para lá da escassez – poder, pobreza e crise mundial da água**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/02-Chapter1_PT1.pdf>. Acessado em: 15, Jun., 2011. Cap.1, p.25-74.

REZENDE, M.J. [2008]. As Nações Unidas e a questão democrática hoje. **Política y Cultura** [online], n.30, outono, 2008, p.91-118. Disponível em: <<http://scielo.unam.mx/pdf/polcul/n30/n30a5.pdf>>. Acessado em: 22, Jul., 2012.

_____. [2010a]. Desigualdades, exclusões e engenharia social: a proposta do “Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH/PNUD/ONU), de 2004”. **Investigación y Desarrollo** [online], v.18, n.2, 2010, p.218-241. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/268/26819931001.pdf>>. Acessado em: 11, Jan., 2012.

_____. [2010b]. As formas de Intervenção do Estado na Área Social do Brasil: alguns desafios vividos pelo país no limiar do século XXI. **Reflexión Política** [online], v.12, n.24, dez., 2010, p.06-16. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11017129002>>. Acessado em: 22, Jul., 2012.

_____. [2012a]. Desigualdades, participação e democracia nos primeiros Relatórios do Desenvolvimento Humano (1990-1993) das Nações Unidas. **Anais do Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades** [online], UnB, Brasília, v.1, 2012, p.01-16. Disponível em: <[http://www.simposiodemode.unb.br/mesas/12_mesa/Rezende%20-%20Desigualdades,%20participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20democracia%20nos%20primeiros%20Relat%C3%B3rios%20do%20Desenvolvimento%20Humano%20\(1990-1993\)%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf](http://www.simposiodemode.unb.br/mesas/12_mesa/Rezende%20-%20Desigualdades,%20participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20democracia%20nos%20primeiros%20Relat%C3%B3rios%20do%20Desenvolvimento%20Humano%20(1990-1993)%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf)>. Acessado em: 25, Ago., 2012.

_____. [2012b]. Os Relatórios do Desenvolvimento Humano (RDHs) e o padrão de intervenção pública na área social: os desafios postos à forma de organização do Estado no Brasil. **Estudios Sociales**, v.20, n.40, jul./dez., 2012, p.31-67. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3961223&orden=0>. Acessado em: 27, Ago., 2012.

RISSARDO, J.R.B. **Políticas de Aquisição de Alimentos na Região Centro-Ocidental Paranaense**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012. 104f.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. Tradutora Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 409p.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar/2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100020&script=sci_arttext>. Acessado em: 10, Dez., 2011.

SOARES, S.R.A.; BERNARDES, R.S.; CORDEIRO NETTO, O.M.; Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov./dez., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13268.pdf>>. Acessado em: 08, Ago., 2012.

SOUZA, R.R. de. O Sistema Público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 2002, p.01-44. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>>. Acessado em: 14, Ago., 2012.

TOMAZI, Z.T. **O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro**. São Paulo: Global Editora, 1986. 92p.

THEODORO, M.; DELGADO, G. Política Social: Universalização ou Focalização – subsídios para o debate. **Políticas Sociais**, IPEA, nº 7, 2003, p.122-126. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio3_Ma rio7.pdf>. Acessado em: 20, Set., 2011.

WILLEMS, E. Sinergia. *In*: _____. **Dicionário de Sociologia**. Porto Alegre, Globo, 1974.