

A CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE NAS MÚLTIPLAS ESCALAS DO DESENVOLVIMENTO

S.L. ALLEBRANDT, N.J. THESING, N.L.GESSI, M.A. NUSKE¹, A.A. MUELLER
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
mauronuske@gmail.com¹

Artigo submetido em 18/07/2018 e aceito 16/01/2020

DOI: 10.15628/holos.2019.7516

RESUMO

O artigo verifica a integração das políticas públicas, na área da saúde, com as várias escalas do desenvolvimento na sociedade brasileira, o que configura um elevado grau de complexidade e aponta a necessidade de investigações no campo da ciência política, para entender as demandas da sociedade. Significa que esses desafios passam a contemplar várias áreas de estudo, bem como, já várias, reconhecem o papel central da saúde nas concepções de desenvolvimento, em um país com as características do Brasil. No campo teórico-conceitual, o artigo explora vertentes analíticas das relações entre saúde e desenvolvimento, trilhando caminhos de abordagem qualitativa, interpretando o material coletado, opera as referências teóricas e documentais. A seguir, analisa a trajetória da política de descentralização

e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Verifica a criação do Programa Saúde da Família, que mais tarde deixa de ser programa e se consolida como Estratégia Saúde da Família. Assim, a integração da saúde ao conceito de desenvolvimento, conta com fatores que buscam uma melhor qualidade de vida da população. Portanto, o artigo se propõe a analisar a saúde como propulsora do desenvolvimento, um desafio na sua inserção no campo do desenvolvimento brasileiro, historicamente marcado pela má distribuição de renda, o que desafia a geração do trabalho e renda, a conquista de uma melhor qualidade de vida, para uma grande maioria da população, enfim, aponta uma necessidade urgente, a cooperação entre saúde e desenvolvimento para a conquista da sustentabilidade da sociedade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Desenvolvimento.

THE CONTRIBUTION OF HEALTH ON THE MULTIPLE SCALES OF DEVELOPMENT**ABSTRACT**

The article verifies the integration of public policies, in the health area, with the various scales of development in Brazilian society, which constitutes a high degree of complexity and points out the need for investigations in the field of political science, to understand the demands of society. It means that these challenges come to contemplate several areas of study, as well as several already recognize the central role of health in the conceptions of development in a country with the characteristics of Brazil. In the theoretical-conceptual field, the article explores analytical aspects of the relationship between health and development, traversing qualitative approaches, interpreting the material collected, and operating the theoretical and documentary references. Next, it analyzes the trajectory of the policy of

decentralization and regionalization of the Unified Health System (SUS). It verifies the creation of the Family Health Program, which later ceases to be a program and is consolidated as a Family Health Strategy. Thus, the integration of health to the concept of development, counts on factors that seek a better quality of life of the population. Therefore, the article proposes to analyze health as a propeller of development, a challenge in its insertion in the field of Brazilian development, historically marked by the poor distribution of income, which challenges the generation of work and income, the achievement of a better quality of life, for a great majority of the population, finally, points out an urgent need, the cooperation between health and development for the achievement of the sustainability of Brazilian society.

KEYWORDS: Unified Health System, Family Health Strategy, Development.

1 INTRODUÇÃO

A relação entre a saúde e o desenvolvimento está conquistando um papel estratégico na agenda do desenvolvimento, em uma realidade que contempla tensões e conflitos, reforçados em todas as escalas espaciais, com determinações mais gerais, fruto do movimento da concentração de renda, que a cada dia se torna mais explícito, em sua escala de manifestação territorial. Portanto, o estudo trilha em uma relação complexa, que necessita de investigações, por parte de vários campos do conhecimento. Na economia, nas áreas sociais e nas políticas públicas, onde a saúde pode assumir cada vez mais, o seu papel de motor no desenvolvimento, na sua dimensão local, regional e nacional, com possibilidade de conquistar um ambiente de cooperação entre áreas econômicas e sociais.

Assim, é de fundamental importância compreender o papel da saúde, como estratégia de política nacional, ao ser desafiado, na conquista de espaço nacional, com destaque no processo de desenvolvimento, um elemento intrínseco em estudos territorial/regional para o desenho de políticas de saúde, para a compreensão das múltiplas realidades presentes no território, para mitigação das desigualdades sociais, econômicas e políticas.

Para tanto, o artigo trabalha a integração da saúde e o desenvolvimento, com sua especificidade a Atenção Básica a Saúde (ABS) em substituição ao conceito de Atenção Primária a Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família, a saúde e desenvolvimento.

Por fim, o artigo trata do processo de cooperação entre às áreas sociais e econômicas, do reconhecimento da articulação política, do papel extremamente importante da saúde no processo de desenvolvimento nacional. Ainda, é objeto de estudo, o complexo campo da saúde e do desenvolvimento no que se refere à política da regionalização e da descentralização organizado pelo modelo do Sistema Único de Saúde, identificada como motor do desenvolvimento, com possibilidades de gerar trabalho e renda, lutar por uma melhor qualidade de vida dos cidadãos, para assim reduzir as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais, para desta forma fortalecer a matriz do desenvolvimento nacional.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As fundamentações teóricas ou os referenciais teóricos são um dos elementos da pesquisa científica que consiste na revisão de textos, artigos, livros e do material pertinente da área ou do assunto estudado, ou que permite ampliar a capacidade de interpretar, discutir e de dialogar com os autores da área, na tentativa de compreender melhor a cooperação entre saúde e desenvolvimento, em suas várias escalas do desenvolvimento, o que indica um elevado grau de complexidade e necessita de estudos na economia política, por se permeado por interesses sociais, políticos e econômico.

2.1 Aspectos Históricos: o Estado e as Políticas Públicas na Saúde no Brasil

No entender de Bravo (2009) o papel do Estado, nas políticas públicas na área da saúde, antes da década de 1980, indica intervenções direcionadas para dois setores: saúde pública e medicina previdenciária, onde a saúde pública estava comprometida com as áreas urbanas, com ênfase nas condições sanitárias. Enquanto, a medicina previdenciária era direcionada para os trabalhadores, no processo do desenvolvimento industrial. O que significa que Atenção Primária à Saúde (APS), era voltada para as ações de baixo custo e extensão limitada, com orientação para à prevenção de epidemias.

Para Andrade (2003) primeira iniciativa que merece registro foi à criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, para combater epidemias, através de programas de imunização e educação sanitária a população, de forma mais acentuada nas regiões norte e nordeste do país.

Nos de anos de 1970, os debates foram marcados pelos Programas de Extensão de Cobertura (PEC's), pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), especialmente direcionados para os setores excluídos da assistência médica da previdência social, para responder assim as demandas das ações sanitárias.

Em 1978, ano que registra sua marca com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde para todos os povos do mundo, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, que deu ênfase ao fortalecimento da atenção primária a saúde e à concepção de saúde para além da mera ausência de doença. No Brasil, os ideais reformistas da década de defendiam, dentre outros aspectos, a universalização do direito a saúde e novas bases de organização e gestão da saúde.

Na década de 1980, o movimento na área da saúde foi marcado pelo ideal de um sistema de saúde com cobertura em âmbito nacional, o que possibilitou à criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), tendo objetivo a reestruturação das bases de organização da saúde, para atender a população mais pobre no país, através de redes que prestariam serviços básicos a comunidade.

No ano de 1982, foi criado o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), para atender à atenção a saúde em conjunto com a previdência, que já se estendia as áreas rurais e urbanas. Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de buscar a integração dos programas de saúde, além de unir os recursos orçamentários (BRASIL, 2006). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS – 1986), a bandeira de democratização da saúde, foi a bandeira do Movimento Sanitário brasileiro, que possibilitou em 1987 a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), construindo as bases que fundamentaram o SUS, nas referências dos ideais da reforma sanitária, os quais tiveram a sua culminância na Constituição Federal de 1988.

No entender de Giovanella e Mendonça (2008) o Ministério da Saúde (MS), passa a partir do movimento pela saúde pública, implantar o termo Atenção Básica a Saúde (ABS) em substituição ao conceito de Atenção Primária a Saúde (APS), usado fundamentalmente no contexto internacional, pela ideologia das propostas seletivas. O que significa que a Atenção Básica, para o

Ministério da Saúde passa a ser um modelo para a reestruturação do sistema de saúde e a desenvolver alguns programas, a partir da década de 1990, com o discurso de defesa dos princípios do SUS, tendo em vista a focalização dos mesmos na sua fase inicial, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, do Programa Saúde da Família (PSF) instituída em 1994.

Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que consiste na “a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.11).

Na concepção da PNAB (BRASIL, 2006) a atenção básica passa a ser entendida como sendo um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual, como coletivo, que contemplam a promoção e prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde, tendo no trabalho de equipe, a responsabilidade sanitária, contando com tecnologia de elevado grau de complexidade, orientada pelos princípios de universalidade da saúde.

Portanto, na PNAB surgem um conjunto iniciativas para fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde articulada com os demais níveis de atenção, mas com uma direção apontada na intervenção da família, como um espaço social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (BRASIL, 1997), sua efetivação contempla equipes multiprofissionais, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

No entender de Cohn (2009) a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta resultado na área dos produtos relativamente assépticos, com características voltadas mais como um conteúdo de monitoramento e/ou avaliação do programa, que é importante, mas permite um questionamento crítico, em seu potencial inovador de reafirmação dos direitos sociais.

Para Nascimento e Costa (2009) estudos apontam a importância da ESF, como sendo um modelo de reorganização do SUS, o fortalecimento da Atenção Básica, pela ampliação do acesso, melhoria dos indicadores de saúde e reorientação das práticas de saúde no SUS. No entanto, as dificuldades residem na falta de profissionais para atuar na ESF e a rotatividade dos mesmos.

Portanto, a universalização do acesso, a prestação de serviços de qualidade, são desafios presentes nos sistemas de saúde, os quais buscam estratégias e políticas que possam superá-los. Nesse contexto foi lançado o Programa Mais Médico (PMM) no Brasil, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, tendo como objetivo o provimento de médicos estrangeiro para atuar na Atenção Básica, que causou grande reação negativa das entidades médicas, com inúmeras disputas ideológicas e judiciais.

No entanto, apesar das críticas das entidades médicas, o PMM ampliou o acesso e o fortalecimento do processo de trabalho na Atenção Básica (AB), intervindo de forma efetiva na qualidade e na integralidade da atenção e no ordenamento da formação médica, apontando estratégias no campo do desenvolvimento social, como sendo um Programa que indica caminhos de curto e de longo prazo; de emergenciais a estruturais; ao ampliar a melhoria da infraestrutura

nas unidades de saúde; ao provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; ao oportunizar a formação de recursos humanos para o SUS¹.

Portanto, desde 2013, Cuba, pelo convênio, manda profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Mais Médico. Para a decepção da maioria do povo brasileiro que necessitam do SUS, o convênio foi encerrado em 14 de novembro de 2018, pelas declarações feitas pelo presidente eleito Jair Bolsonaro à presença dos cubanos no Brasil, ao citar “referências diretas, depreciativas e ameaçadoras” à presença dos médicos cubanos no Brasil, o que levou governo de Cuba a interromper a parceria com o programa Mais Médicos, vigente desde 2013.

2.2 Estratégia Saúde da Família

Ao verificar a Estratégia Saúde da Família (ESF), é importante ter presente o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1994, tendo presente a necessidade de modificar a atenção à saúde e desta forma reorientar o modelo assistencial, que tinha como base a promoção da saúde e prevenção de doenças, para assim reorganizar os serviços alicerçados no princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2003, teve início o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e em 2006, o Programa Saúde da Família passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, a ESF passou a ser reconhecido pelo seu potencial de organização do sistema de saúde, ao buscar respostas para as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente, fundamentada em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social.

2.3 Saúde e Desenvolvimento

Ao investigar a cooperação entre saúde e desenvolvimento encontra-se um campo complexo, que necessita de estudos de várias áreas do conhecimento, por permear campos de conflito, de vários interesses sociais, políticos e econômicos, especialmente no Brasil, para responder aos desafios é importante ter presente a dimensão territorial, na medida em o papel central dos serviços de saúde, tem a delimitação de escalas e limites territoriais.

Segundo Sen (2007) diversas contribuições teóricas apontam a integração da saúde ao conceito de desenvolvimento, sendo um dos fatores determinantes das condições de vida e bem-estar e que faz parte do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), um indicador de referência utilizada nas análises comparativas do grau de desenvolvimento dos Estados nacionais e que pode auxiliar em novos fluxos de investimentos e assim auxiliar no processo de reversão da tendência

¹ Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013.

tradicional de concentração de renda. Assim, a integração entre saúde e desenvolvimento é mais forte do que sua inserção como uma área essencial para aferição das condições de vida.

Portanto, há que ter-se presente na área da saúde, os mesmos desafios políticos e estruturais que limitam as economias nacionais periféricas, deixando vulnerável a área social e o próprio desenvolvimento local. Assim a saúde pode se constituir em uma base de coesão política e institucional, para articular as estratégias federativas, da dimensão nacional à local. A sustentabilidade do local necessita de maior equilíbrio e articulação entre as políticas sociais e econômicas, o que desafia o papel do Estado, porém pode ser virtuoso pelo Sistema Único de Saúde, ao operar a diretriz da descentralização, por meio da estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde, mas que na prática, a descentralização adequou-se, à tendência hegemônica e liberal, que prioriza o enxugamento do Estado e a estabilização macroeconômica.

A integração entre saúde e desenvolvimento, apresenta o desafio da descentralização dos serviços de saúde, a presença de múltiplas escalas que exigem a necessidade de políticas regionais capazes de articularem a territorialização das ações às especificidades de cada campo de atuação da saúde e suas lógicas internas, bem como aos fluxos e organizações dos espaços.

Ao verificar o movimento que ocorre no complexo campo do desenvolvimento, Siedenberg (2012) aponta que é de fundamental importância, entender que o desenvolvimento em sua essência é um processo e em Sachs (2004) é possível entender que o desenvolvimento é um processo de universalização de um exercício real e efetivo que contempla amplos direitos humanos, entre eles os políticos, civis e cívicos, econômicos, sociais e culturais, além dos direitos coletivos do desenvolvimento, o bem-estar. O que significa para Gadelha e Costa (2013) a forma como o desenvolvimento pode permear as dimensões do social e do ambiental, tendo presente à dimensão econômica, especialmente pela concentração de renda, tão presente no Brasil.

Para Siedenberg (2012) o desenvolvimento tem sua essência no processo, na evolução, nos avanços na busca por melhores condições de vida, do ser humano, o que desafia a centralidade da promoção do desenvolvimento, que não se trata apenas de economia, setores, empresas, segmentos, produtos, preços, e sim de populações, sociedades, grupos, famílias e instituições, em cidades, regiões, territórios, estados e nações, bem como, infraestrutura, habitação, assistência e saúde, educação, tecnologia, cidadania entre outros, em que todos esses elementos estão atrelados, seja de forma direta ou indireta com desenvolvimento.

Para Sen (2010, p. 17) “desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam”. Portanto, as liberdades passam a ser aceitas como fatores determinantes, onde se encontram as disposições sociais e econômicas, contribuindo nos campos dos serviços de educação e saúde, bem como nos direitos civis, onde a liberdade participa ativamente nas discussões e averiguações públicas. Ainda, para o autor destaca que o desenvolvimento necessita que se removam as principais fontes de privação de liberdade, como a pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas, destituição social sistemática e a negligência dos serviços públicos, os quais podem ser de assistência social, educação e saúde.

Assim, o desenvolvimento passa ser um elo de integração para a conquista de uma vida melhor das pessoas, ao fortalecer as liberdades, pois além da industrialização, do progresso tecnológico e da modernização social, é fundamental promover as liberdades. Para Sen (2010)

essas liberdades podem indicar desenvolvimento, cuja privação das liberdades sociais ou econômicas limita a participação dos cidadãos.

Portanto, a participação dos cidadãos, poderá indicar um movimento de emancipação, de conquista da cidadania, apontando bons níveis de protagonismo, onde o cidadão passa a ser um integrante, de um processo de construção e formulação das políticas públicas, como já apontava em 2002 Allebrandt. Assim, esse processo de participação, poderá indicar uma aproximação com a cidadania deliberativa, por contemplar a presença dos cidadãos no planejamento e implementação das políticas públicas tão bem defendidas por Tenório (2012). A participação e a deliberação são possíveis serem efetivadas na Gestão da Saúde, nos Conselhos Municipais de Saúde.

Assim, a saúde, poderá conquistar seu espaço de destaque no processo de desenvolvimento, como pressuposto do bem-estar da população, fazendo com que saúde passa a ser cada vez mais considerada um bem público, um direito social sustentado na Constituição de 1988. Portanto, a concepção da saúde se constitui como uma condição de cidadania, um dos pilares do desenvolvimento.

No entender de Trennepohl (2011), o desenvolvimento indica um processo complexo, dinâmico e multifacetado, onde as determinações econômicas são um caminho importante no conjunto e constituem uma integração indispensável na construção de propostas para o desenvolvimento, bem como, indicam a possibilidade da conquista de uma melhor qualidade de vida da população, enquanto mecanismo central na dinâmica do processo de desenvolvimento de vários espaços sociais e com os impactos de diferentes ações das políticas públicas.

Portanto, a integração das políticas públicas de saúde e o desenvolvimento pode estabelecer um processo dinâmico e virtuoso, oportunizando para os segmentos produtivos de bens e serviços de saúde, papéis cada vez mais crescentes, ao incorporar novos sistema no campo da inovação e de transformação científica e tecnológica.

Assim, o campo da saúde pode ser transformado em um ambiente de inovações, com possibilidade de gerar oportunidades de trabalho, em nível nacional para minimizar as vulnerabilidades e ampliar os determinantes para o desenvolvimento no Plano Nacional de Desenvolvimento, como afirma Brandão (2012, p. 36) “é preciso discutir a especialidade dos problemas e implementar políticas, mas em um contexto que esteja presente um projeto nacional de desenvolvimento”.

Desta forma, amplia-se o papel da saúde como mecanismo determinante do desenvolvimento em escala nacional, uma organização das redes urbanas, que impacta na delimitação de escalas e limites territoriais, é estruturante da ocupação territorial segundo Gadelha e Costa (2011).

Assim, a dimensão territorial do desenvolvimento encontra possibilidades de integração com as ações de saúde, na medida em que, o espaço, em suas mais variadas escalas, indica que as políticas podem cooperar e estabelecer sinergias indispensáveis no processo de desenvolvimento. Portanto o modelo da saúde no Brasil tem como pressuposto planejar e implementar a regionalização da saúde e contribuir desta forma com o desenvolvimento local e regional, que no

entender Gadelha (2011), significa a compreensão da regionalização da saúde com potencial para o desenvolvimento local e regional, aproximando a região do planejamento nacional.

Constata-se que o impacto diante do desenvolvimento humano e de aquecimento da economia, permite que o papel da saúde ultrapasse as regiões para além dos limites fronteiriços, ao apontar programas que atuam diretamente na integração regional entre países, como é o exemplo do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), que opera os processos sub-regionais de desenvolvimento que promovam a redução das desigualdades e a integração com os espaços fronteiriços, melhorias na governança, participação social, inclusão digital, saneamento, saúde, dentre outras, no entender de Cargin (2014) e que dialogam com atenção básica como modelo para a reestruturação do sistema de saúde, é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994. Em 2006, o Programa Saúde da Família passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, o processo de regionalização da saúde se configura como um marco legal do SUS, em uma estratégia de cooperação na caminhada da descentralização e para hierarquização (BRASIL, 1988). Assim, ao olhar para Lei 8.080 que institui o SUS, torna-se evidente a integração da saúde em uma perspectiva territorial no horizonte da descentralização, ao contemplar a estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde atendendo a diversidade regional do país (BRASIL, 1990). É aceitável que esse processo tem como objetivo maior a expansão do acesso à saúde, ou seja, a universalização e integralidade, bem como, a atenção às necessidades locais, a participação social e o uso eficiente dos recursos.

Significa que a saúde é, ao mesmo tempo, parte integrante do sistema de proteção social, bem como um fator indispensável, que oportuniza um ambiente favorável ao desenvolvimento e com impacto na dinâmica regional, criando condições para a geração do trabalho e renda, uma vez que, os investimentos e as inovações tecnológicas se apresentam como portadora de desenvolvimento, que segundo Gadelha (2011) que torna a área da saúde um elemento indispensável no processo de produção de bens e serviços, onde sua configuração espacial pode ser uma base para o desenvolvimento de arranjos produtivos locais, permitindo articular a lógica do bem-estar com a lógica do desenvolvimento econômico.

3. METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma revisão de literatura, com pesquisa de publicações em artigos, obras, site, contemplando uma análise das políticas públicas e abarcando um conjunto de informações sobre o desenvolvimento, para entender a integração esse processo de integração – saúde e desenvolvimento.

O estudo conta com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Esses sistemas são atualizados mensalmente, na

plataforma eletrônica do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).²

Portanto, a pesquisa percorre caminhos identificados como qualitativos, para descrever e explicar os acontecimentos sobre o tema apresentado, que encontram sua sustentabilidade nos estudos de Lakatos e Marconi (2012). Na investigação foi possível realizar a coleta de informações, na pesquisa documental.

Em relação aos seus objetivos, a pesquisa é considerada descritiva, que segundo Oliveira (1997) descreve-a como um estudo que evidencia diferentes formas de manifestação dos fenômenos, a ordenação, a classificação e a explicação de causa e efeito, na qual leva a uma melhor compreensão do comportamento dos fatores e elementos que possam influenciar o fenômeno, para assim interpretá-lo e buscar a compreensão da integração entre saúde e desenvolvimento, que indica um elevado grau de complexidade e aponta olhares para a economia política, por contemplar interesses sociais, políticos e econômicos em nível local, regional e nacional.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao verificar a expansão da universalidade da saúde, o seu processo de integração com o desenvolvimento, indica desafios a serem investigados com maior profundidade, especialmente no campo da gestão e suas consequências na sociedade brasileira. Significa ter presente a importância da saúde no contexto do desenvolvimento, tanto local, regional como nacional, ao olhar para as políticas públicas na saúde, indispensáveis para maioria da população brasileira, consubstanciando-se em uma contribuição no complexo campo do processo de desenvolvimento, onde se faz necessário estabelecer uma análise crítica e reflexiva com possibilidades de apontar alguns desafios entre a integração da saúde e o desenvolvimento.

A conquista da universalidade, tanto do acesso quanto da utilização dos serviços de saúde, assim como investimentos para dinamizar os arranjos produtivos de saúde, permanece lacunas estruturais, administrativas e políticas que limitam os resultados alcançados. Assim, apesar da área de saúde ter sua importância reconhecida, falta ainda condições políticas e institucionais reais para o enfrentamento dos entraves estruturais, administrativos e políticos, de tal forma que, a saúde não teve ainda uma centralidade na política nacional de desenvolvimento.

Portanto, desafios estão presentes, que dificultam uma transformação mais profunda na área de saúde, geram impactos negativos na qualidade e na perspectiva de dinamizar o SUS, onde o papel do Estado necessita ser mais atuante nas estratégias de desenvolvimento nacional; com investimentos na base produtiva de inovação em saúde; buscar a regionalização dos complexos industriais de saúde; definir fontes de recursos mais efetivos para os investimentos em saúde; flexibilizar o modelo de gestão do SUS; investir nos programas de saúde fronteiriços com o intuito de melhorar as relações internacionais; e por fim, buscar uma maior efetividade da gestão democrática e mecanismos de participação do SUS.

² Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. 2016 [citado 2016 nov 7]. Disponível em: Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. [Links] Acessado em outubro de 2018.

Dentre os desafios já citados, o do papel do Estado é ator essencial na promoção da articulação da saúde, exercendo papel de grande importância estratégica como agente promotor de desenvolvimento a partir de adequações das orientações macro político e estratégias diversificadas, de fortalecimento da base produtiva nacional do Sistema Nacional de Inovação em Saúde, bem como, da expansão da universalidade de acesso aos serviços de atenção básica, além de buscar desenvolver no âmbito nacional um enfoque territorial/regional de políticas de saúde que venham a propiciar um atendimento de múltiplas realidades que se apresentam em um território de diversidade como o do Brasil, com o intuito de superar as desigualdades nele observadas.

No entanto, no Brasil, mesmo que novas estratégias e instrumentos venham a ser implantados, ainda há um longo caminho para que o Estado articule políticas sociais e econômicas, de forma integral, para que consolidem as questões relacionadas à saúde e desenvolvimento, minimizando as desigualdades sociais.

A regionalização se configura no marco legal do SUS, como uma estratégia para a organização das ações e serviços públicos de saúde, pois está associada aos princípios de descentralização e hierarquização. A atuação do Estado mostra-se extremamente importante para organização de um sistema de saúde, ao mesmo tempo hierarquizado e regionalizado, buscando garantir uma visão nacional do sistema de saúde, em sua gestão, estrutura e regulamentação. Assim, mesmo que, as iniciativas locais e regionais sejam bem sucedidas, sem uma articulação nacional, podem perpetuar ou aumentar ainda mais as disparidades regionais que pautam um destino de pobreza e falta de condições dignas de cidadania.

A implantação do SUS na dimensão territorial não tem sido fortemente incorporada à formulação de políticas de saúde, um viés de política de corte macrorregional, comum nas políticas de desenvolvimento, infraestrutura e meio ambiente não é predominante na saúde, deixando então de contemplar as escalas intermediárias, como afirma Brandão (2012) quando diz que é preciso discutir a especialidade dos problemas e implementar políticas levando em consideração a escala específica desses problemas, e também ressalta a importância de um projeto nacional de desenvolvimento. Desta forma, as escalas intermediárias ganham um novo sentido e importância no contexto do desenvolvimento nacional.

Na concepção do Sistema Único de Saúde brasileiro, o Programa de Saúde da Família, criado em 1994 e substituído 2006, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), associa a perspectiva territorial à diretriz de regionalização por meio de estratégias de regionalização das ações e serviços de saúde. Estes deveriam atender à diversidade regional, possibilitar acesso por parte de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde, dando atenção às necessidades locais, fomentando a participação social e o uso eficiente dos recursos.

No entanto, na prática, resultados obtidos ainda são insuficientes. Apesar da expansão do programa (ESF), e da municipalização da saúde, houve uma divergência das relações entre as três escalas, local, estadual e nacional, dificultado ainda mais a valorização da escala macrorregional. Uma vez que as relações ocorrem de forma direta entre o ente federal e municipal, o que dificulta uma articulação regional nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde.

Nota-se aqui uma ênfase muito grande ao localismo com a ideia de que os problemas são mais facilmente resolvidos pelos municípios, preconizando assim, um esvaziamento do papel do Estado.

Apesar de grandes esforços, considerando a heterogeneidade da malha municipal brasileira, ainda não se conseguiu implementar na prática, a articulação entre a regionalização e a municipalização, que em tese se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização versus centralização das ações. No qual os municípios ficariam com os atendimentos da atenção básica; e o nível regional ficaria a cargo de uma conjunção agregada de municípios ou estados com serviços de alta complexidade, formando polos de saúde e podendo atender os demais municípios.

Na realidade, conforme Gadelha (2009), a dificuldade da regionalização também está centrada na grande rigidez burocrática, denotado à dificuldade de se estabelecer uma rede regionalizada de assistência mais equânime e eficiente no território. Além da restrição financeira de investimentos no sistema e sua aplicação fragmentada, impedindo a reestruturação da rede segundo uma lógica nacional regionalizada.

Dadas as dificuldades encontradas pelo modelo de descentralização e regionalização proposto pelo Sistema Único de Saúde, ainda surgem outros elementos que dificultam a obtenção de resultados efetivos, dentre os quais estão: a grande complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso e desigual; a capacidade limitada de planejamento pelos gestores públicos municipais; a falta de profissionais da saúde para tender a demanda; a abertura de novos cursos de medicina; a dificuldade na formação de redes de serviços no âmbito interestadual que possam atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso; equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social.

Em um país como o Brasil, com dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional, à superação das iniquidades regionais torna-se cada vez mais complexa e demanda aporte de recursos. Brandão (2012) ressalta que as regras de mercado tendem a agravar as iniquidades regionais, dado que o uso do território torna-se mais seletivo, enfatizando a necessidade de atuação do Estado.

Assim, uma melhor distribuição de recursos pelo território nacional exige uma melhor gestão dos recursos e consciência dos nossos legisladores da importância da saúde no cenário do desenvolvimento socioeconômico do país. Para tornar viável um progressivo processo de mudança na configuração regional do sistema de saúde, é necessário assegurar estratégias que garantam um aumento do montante de recursos na área de saúde.

Quanto aos recursos investidos em saúde, a melhor forma de garantir o financiamento adequado para os gastos com base em recursos públicos orçamentários é atrelá-los, não a qualquer tipo de imposto ou indicador vinculante, mas sim, à consciência, tanto do executivo como do legislativo, que estes gastos são prioritários para garantir direitos constitucionais assegurados, com ênfase nas populações mais carentes: aquelas que têm menos cobertura e equidade para o acesso e financiamento dos serviços.

Um dos problemas no Brasil, segundo Oliveira (2005), é que o orçamento no Congresso Nacional, muitas vezes, colide com o desenho regional e com os objetivos da política de saúde.

Além disso, as emendas têm caráter irregular e são consideradas pouco estruturantes para o sistema de saúde, pois, na relação do Executivo com o Legislativo, tem sido utilizado mais como um instrumento para aumento da governabilidade do que da equidade. Não bastasse isso, o Ministério da Saúde utiliza parte de seu orçamento como moeda de troca de favores políticos regionais, o que reduz sua capacidade de ser resolutivo na distribuição e alocação de seu orçamento ao nível dos estados e municípios. Além de fazer uma boa e justa composição no uso dos recursos próprios destas esferas com os seus, que permita uma verdadeira distribuição equitativa dos recursos.

CONCLUSÃO

A relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento vislumbram boas possibilidades para despertar um ambiente estimulador para o processo de desenvolvimento, nas diversas escalas. Destaca-se pela sua importância social, uma vez que visa à melhoria da qualidade de vida da população. A saúde se mostrou com uma indutora de desenvolvimento com potencial de geração de emprego e renda, além de ser uma das áreas onde mais se investe em pesquisa e inovação.

Assim, constata-se que a saúde também é vista com grande potencial de aumentar a produtividade e gerar desenvolvimento econômico, por meio dos complexos industriais da saúde, que atualmente correspondem com bons índices empregos do país. Desta forma, é de suma importância investimentos na base produtiva da saúde e implementar iniciativas para alcançar um modelo de desenvolvimento sustentável em todo território nacional.

Apesar do modelo do Sistema Único de Saúde vislumbrar a universalidade do acesso, além de contemplar diretrizes de descentralização e regionalização da saúde, busca melhorar a qualidade de vida das pessoas, o que desafia a política de saúde, que enfrenta uma série de problemas, com maior destaque a sua efetividade na prática, o que indica uma dificuldade do Estado, em não articular políticas sociais e econômicas que consolidem as questões relacionadas à saúde e que venham efetivamente contribuir para reduzir as desigualdades, dada a complexidade de um país com uma malha municipal heterogênea e extensão territorial continental.

No tocante, a regionalização, vista com marco legal do SUS, percebe-se a dificuldade em atingir os resultados esperados, pois se vislumbra apenas a escala local como forma de solucionar os problemas. Além de uma relação direta entre a escala nacional e local, deixa de contemplar as escalas intermediárias nas estratégias e ações de saúde, bem como, na formulação de políticas de saúde com maior amplitude.

O Programa de Saúde da Família, criado em 1994 e substituído 2006, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser uma estratégia para atingir o maior número de cidadãos, uma vez que, hoje tem adesão de praticamente da maioria dos municípios brasileiros.

Por fim, a situação da saúde se mostra preocupante com problemas estruturais, administrativos e regulatórios. A dificuldade de obtenção de resultados satisfatórios é impedida pela complexidade de consolidar uma política nacional de saúde que dê a devida importância para as questões da saúde e ao mesmo tempo promova o desenvolvimento sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allebrandt, S. L. (2002). *A Participação da Sociedade na Gestão Pública Local e na Produção das Políticas Públicas: a Atuação dos Conselhos Municipais de Ijuí – RS, de 1989 a 2000*. Ijuí: Ed. Unijuí.
- Andrade, M. M. de. (2003). Proposta para um resgate histórico: as fontes do SESP/FESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*, Vol.10 (suplemento 2).
- Brandão, C. A. (2012). *Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. Campinas: Unicamp.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senador Federal.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde Institui o Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família*. Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Programa de Saúde da Família*. Brasília.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 [citado 2018 abr 23]. 36 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf [Links] Acessado em outubro de 2018.
- Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013.
- Bravo, M. I. (2009) Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E. (Org.) [et al.]. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4º Ed. São Paulo: Cortez.
- Cargnin, A. P. (2014). *Políticas de desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul: vestígios, marcas e repercussões territoriais*. 1ª ed. – Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional.
- Costa, V. B. A Prática Social da Convivência Escolar Entre Estudantes Deficientes Visuais e seus Docentes: o estreito caminho em direção à inclusão. 2009. *Dissertação (Mestrado em Educação)* – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

- Cohn, A.(2009). *Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec.
- Frantz, T. R. (2012). Inovação Tecnológica e Desenvolvimento: noções introdutórias e perspectivas analíticas à luz das teorias econômicas. In: Siedenberg, D. R. (Org.). *Desenvolvimento Sob Múltiplos Olhares*. Ijuí: Unijuí.
- Furtado, C. (1964). *Dialética do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro. Editora: Fundo de Cultura.
- Gadelha, C. A.G.; Costa, L, S. (2013). *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Gadelha, C. A.G.; Costa, L. S. (2011). *A Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.
- Gadelha, C. A.G.; Costa, L. S. (2010). *A Saúde na perspectiva da Proposta de Desenvolvimento do Governo Federal*. Nota Técnica. Brasília.
- Gadelha, C. A. G. Desenvolvimento e Saúde. 24/09/2009. Disponível em:<<http://www.brasilmaior.gov.br/artigos/1915>> acessado em outubro de 2018.
- Giovanella, L; Mendonça, M.H.M.de. (2008). Atenção Primária à saúde. Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gadelha, C. A. G. (2007). *Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.19, nº 71.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. de A. (2012). *Metodologia do trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações de trabalhos científicos*, 7 Ed. São Paulo, Atlas.
- Motta, L. C. de S.; Batista, R. S. (2015). *Estratégia da Família: Clínica e Crítica*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro.
- Neto, M. M. da C.(2000). *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. 2016 [citado 2016 nov 7]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php . [Links Acessado em outubro de 2018.
- Oliveira, G. B. de. (2003). *Elementos endógenos do desenvolvimento regional: considerações sobre o papel da sociedade local no processo de desenvolvimento sustentável*. Revista da FAE. Curitiba, v.6, n.1, p.31-37.
- Oliveira, P. de T. R. de. (2005). *O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal*. Tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

- OLIVEIRA, S. L. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos Sistemas de Saúde o caminho para a cobertura universal*.
- Sachs, I. (2004). *Desenvolvimento includente, sustentável, sustentado*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Sen A. (2007). Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. In: Castellano FL, coordenador. *Desarrollo: crônica de un desafio permanente*. Granada: Universidad de Granada.
- Sen, A. (2010). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Siedenberg, D. R. (2012). Fundamentos, Trajetórias e Abordagens Contemporâneas do Desenvolvimento, In: Siedenberg, D. R. (Org.). *Desenvolvimento Sob Múltiplos Olhares*. Ijuí: Unijuí.
- Tenório, F. G. (2012). *Cidadania e desenvolvimento local: Critérios de Análise*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Trennepohl, D. (2011). *Avaliação de Potencialidades Econômicas para o Desenvolvimento Regional*. Ijuí: Ed. Unijuí.