

DIREITO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO BRASILEIRO: uma Questão de Cidadania

Cristiane Quadrado Massafra

Resumo:

Considerando a evolução dos direitos de cidadania no mundo e no Brasil, procurou-se caracterizar o direito à saúde como um direito social e dever do Estado, tal como disposto na Constituição promulgada em 1988. Verificou-se a sua trajetória no mundo e no Brasil, como se apresenta, e quais os instrumentos jurídicos disponíveis à utilização dos cidadãos. Por fim, diante da constatação da não-concretização do direito à saúde, evidenciam-se os fatores ligados ao desenvolvimento, que podem estar por trás dessa situação, para propor um modelo alternativo de desenvolvimento e mostrar que ele é fundamental para a concretização do direito à saúde no país. Por outro lado, conclui-se que o direito à saúde constitui-se em meio e fim, uma das molas-mestras ou um dos principais fatores do desenvolvimento.

Palavras-Chave:

Cidadania – direito fundamental à saúde – dever estatal – desenvolvimento brasileiro – relação desenvolvimento/direito à saúde.

Abstract:

Considering the evolution of the citizenship rights in the world and in Brazil it was pursue to characterize the right to health as a social right and a State duty so as it is stated in the 1988 Constitution, which guarantees these rights. It was observed the trajectory of the right to health in Brazil and in the world and what judiciary processes are available in the country that can be used by the citizens. Facing the difficulty of achieving the right to health it is perceived factors connected to development that can be underlying this situation, which suggest an alternative model of development showing how fundamental it is in order to achieve the right to health in the country. On the other hand, it was concluded that the right to health is the way and the goal, besides having an inner value it is the main strategy or one of the main factors to reach the development.

Keywords:

Citizenship – Fundamental Right to Health – State duty – Brazilian development – development/right to health relationship.

INTRODUÇÃO

Mais de uma década depois da promulgação da Constituição ainda não é possível afirmar a efetividade do direito à saúde na realidade brasileira, pois depende de inúmeros fatores ligados à melhoria das condições de vida. Daí questionar-se como o Brasil, um país periférico, inserido nas circunstâncias complexas de um mundo globalizado, onde se evidencia o enfraquecimento do poder dos Estados, pode cumprir com o seu dever constitucional de dar efetividade a este direito e em que medida e de que forma o modelo de desenvolvimento adotado pelo país pode contribuir.

Há necessidade de reflexão acerca de fatores históricos, ligados ao desenvolvimento econômico e social do Brasil, desde o seu descobrimento, que vêm contribuindo para sua não-materialização. Como as relações sociais não são estáticas, faz-se necessária uma abordagem histórica, crítica e interdisciplinar que estabeleça um paralelo entre os acontecimentos da história brasileira e o contexto internacional.

Em primeiro lugar é preciso reportar-se à cidadania e a sua construção no âmbito dos Estados nacionais e à evolução peculiar que teve no Brasil, vinculada aos reflexos da história dos países do Norte. Em segundo lugar fala-se a respeito do direito à saúde como um dos direitos sociais do cidadão brasileiro e de sua não-materialização, a despeito de todo o arcabouço jurídico-positivo existente. Por último trata-se sobre a relação entre o direito à saúde e o desenvolvimento, trazendo à tona a questão do mito do desenvolvimento e a necessidade de propor um modelo alternativo, adequado à realidade de nações periféricas como o Brasil e às limitações impostas pelo ambiente natural, que enfatize a execução dos programas sociais, com prioridade para a valorização e a efetividade dos direitos de cidadania..

Pela reflexão sobre essas questões espera-se munir o cidadão de elementos que possam provocar sua ação transformadora, além de auxiliar na delimitação do campo de alcance do direito à saúde, ao lado de outros direitos sociais, contribuindo para a elucidação dos objetivos específicos das políticas públicas a serem adotadas.

REFLEXÕES SOBRE A ORIGEM E A EVOLUÇÃO DA CIDADANIA MODERNA E SUAS BASES HISTÓRICAS NO BRASIL

Foi na época moderna, a partir da Revolução Francesa, quando surgiu a visão de sociedade composta por indivíduos detentores de direitos, que o direito passou a ser visto como um ordenamento positivo a garantir a igualdade formal necessária para o desenvolvimento das atividades econômicas capitalistas. A passagem para uma perspectiva de igualdade somente se concretizou com os pensadores políticos contratualistas dos séculos XVII e XVIII, especialmente Hobbes, Locke e Rousseau, que sustentaram a idéia de igualdade entre os homens como constitutiva da nova sociedade. (Bobbio, 1992).

A noção de cidadania moderna é relacionada, portanto, à noção de direitos humanos, que surgiram em uma seqüência lógica de acordo com o desenvolvimento econômico e tecnológico da humanidade e dependem da prestação estatal para a sua efetivação. De acordo com Marshall (1967), primeiro surgiram os direitos civis, depois os políticos e, por fim, os sociais. Hoje já se acrescenta a esses três elementos uma quarta categoria, a dos direitos de solidariedade.

Reconhece-se, de acordo com Lafer (1988), que esses direitos coexistem de forma complementar, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, muitas vezes podem parecer contraditórios ou excludentes uns dos outros. Assim, por exemplo, os direitos civis são a base dos movimentos populares e possibilitam as condições necessárias para a conquista dos direitos sociais, mas, ao mesmo tempo, o direito à liberdade é a base que justifica a liberdade de mercado e do próprio capitalismo excludente e, portanto, o oposto do socialismo ou da efetividade dos direitos sociais.

Da mesma forma Galdino (2002) assevera que as tradicionais concepções dicotômicas classificadoras dos direitos individuais como negativos em relação ao Estado e dos direitos sociais como positivos prestam-se tão-somente para encobrir uma opção ideológica em favor da defesa dos direitos de liberdade e de propriedade em detrimento dos direitos sociais, pois os direitos de liberdade demandam igualmente um aparato estatal e a necessária destinação de recursos para sua proteção.

Segundo Corrêa (1999), a cidadania, considerada como espaço público de participação em uma comunidade política, é determinada pelas condições materiais, constituindo-se, por isso, de forma conflitiva no sistema capitalista, o que explica a dificuldade de efetivação de muitos dos direitos do homem, mesmo que institucionalizados nas Constituições.

Os ideais socialistas ficaram contidos durante longo período da história e só foram inseridos nas Constituições de vários países no período entre as duas guerras mundiais, como forma de conter o socialismo que tomava corpo no Leste europeu. Após a Segunda Guerra mundial, com o avanço do capitalismo, há um aumento da classe operária, uma crescente exclusão social e lutas dos trabalhadores que provocam a crise do modelo liberal, com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social keynesiano.

Conforme Pochmann (1995), com o advento da Terceira Revolução Industrial (automação), o fim dos anos de ouro do capitalismo do pós-guerra representou o fim das condições objetivas para a implementação de políticas sociais, implicando um aumento da pobreza e da exclusão social, especialmente naqueles países, como o Brasil, que não haviam alcançado o estágio de homogeneização social do *Welfare*. Muitos países não conseguiram superar a crise da social-democracia e optaram simplesmente por aderir ao neoliberalismo, pregando o Estado mínimo.

Ao mesmo tempo, para fazer frente à regressão dos direitos humanos no âmbito interno dos Estados-nação, enfraquecidos pelos efeitos da globalização, surge, como resultado da integração regional, um conceito de cidadania cosmopolita, democrática, comunitária e complementar à nacional, com o objetivo de superar os impactos negativos da globalização. (Dal Ri Júnior; Oliveira, 2002).

De outro lado, Faria (2002) chama a atenção para o fato de que, com a globalização, o direito vem sendo modificado por novas formas de organização econômica e de configuração de poder, num processo em que as normas perdem a capacidade de regulação da sociedade e da economia. Surgem

paradigmas que vão além dos marcos institucionais tradicionais, inclusive com a restrição do debate democrático no âmbito dos Estados nacionais, principalmente nos países periféricos, que são obrigados a ceder às imposições do capital transnacional, observando-se um predomínio do econômico sobre o político.

Para Carvalho (2002), essa situação é ainda mais crítica no Brasil, onde, desde o descobrimento, não houve condições propícias ao desenvolvimento autônomo ou à formação de cidadãos, sendo que a própria formação do Estado não se deu em razão de uma Revolução Burguesa e da luta por ideais iluministas ou de defesa de direitos como na Europa.

De acordo com Callage Neto (2002), o Brasil experimentou uma modernidade tardia, em que se reproduziram, de forma delegada e patrocinada pelo Estado, as garantias legais e constitucionais conquistadas pela ação civil nos países pioneiros da Revolução Industrial. Desde o princípio instalou-se aqui uma política clientelista, de atendimento carismático, donatário e senhorial em que o grande fazendeiro exercia sujeição em troca dos favores concedidos, absorvendo as funções do Estado. A grande maioria da população, composta por ex-escravos, dependia dos grandes proprietários para exercer os direitos mais essenciais. Havia um abismo entre os cidadãos e o Estado. Logo surgiu um liberalismo conservador e um sistema dual em que qualquer processo interno de Revolução industrial ou agrícola era retardado ou abafado pelos acordos entre as oligarquias agrárias e comerciantes estrangeiros.

As bases do desenvolvimento posterior do Brasil foram marcadas, portanto, por relações de dominação das elites em relação à grande maioria despossuída e pela dependência externa, que se dá pela articulação das oligarquias em consonância com os interesses do capital internacional, condicionando o destino da evolução da economia, das conquistas sociais e das relações políticas da cidadania.

Conforme Carvalho (2002), houve aqui uma inversão na ordem lógica de surgimento dos direitos de cidadania, pois os direitos sociais não foram uma conquista como nos países europeus, mas uma concessão de governos

autoritários para aplacar o potencial reivindicativo do povo, acarretando demasiada valorização do Poder Executivo e desvalorização ou descrença na democracia e na atuação dos demais poderes.

Paradoxalmente, houve mais avanços em relação aos direitos sociais durante os períodos de ditadura. Nesse sentido Luca (2003) afirma que o fato de que os benefícios eram prestados na razão da arrecadação contributiva ajudou a reproduzir e incrementar as desigualdades sociais, configurando uma cidadania regulada e excludente, pois somente os cidadãos pertencentes às profissões reconhecidas pela lei podiam participar. Além disso, predominava entre os cidadãos a idéia de que a concessão dos benefícios não dependia da luta política, mas da benemerência do Estado, reforçando a política paternalista e clientelística que havia desde a colonização.

Nas palavras de Carvalho, “a inversão da seqüência dos direitos reforçou entre nós a supremacia do Estado. Se há algo importante a fazer em termos de consolidação democrática, é reforçar a organização da sociedade para dar embasamento social ao político, isto é, para democratizar o poder” (2002, p. 227) e, por isso, hoje é importante reforçar a organização da sociedade brasileira, dando embasamento social ao político e democratizando o poder mediante uma democracia participativa que garanta o exercício dos direitos de cidadania já conquistados e a inserção autônoma do Brasil na História.

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E SUA (IN)EFETIVIDADE NO BRASIL

O direito à saúde, inicialmente entendido como um atendimento prestado pelas instituições religiosas sob a forma de socorro público, passou a ser objeto de preocupação do Estado somente no período do governo de Getúlio Vargas, embora de forma restrita à assistência médica dos trabalhadores mediante contribuição. (Pilau Sobrinho, 2003).

No país sempre houve, no entanto, uma complementaridade tensa entre os serviços de atendimento médico, assistencial e curativo, prestados mediante contribuição, e a saúde pública, voltada às ações preventivas de caráter coletivo que, na opinião de Cohn (2002), contribuiu para dificultar a tomada de consciência do cidadão em relação ao direito à saúde. Tornou-se arraigada uma concepção de saúde não como um direito do cidadão e um dever do Estado, mas como uma assistência médica pertinente à esfera privada e à qual se tem acesso somente pela contribuição, podendo ser utilizada até mesmo por políticos inescrupulosos com fins eleitoreiros.

Assistiu-se, então, ao predomínio do curativo como consequência das “relações desse setor com outros altamente lucrativos para o capital privado, como, por exemplo, a produção de medicamentos e equipamentos hospitalares.” (Lakatos; Brutscher, 2000, p. 85). Foram gastas vultosas somas em internações, medicamentos e consultas médicas, apreciando-se um gradual processo de privatização da esfera pública e uma capitalização do setor privado que, todavia, não significou garantia de atendimento de alta complexidade a todos de forma universal. Pelo contrário,

a massa falida da medicina previdenciária do País passou por várias “reformas”, “modificações” e “adaptações”, mas a verdade crua e nua é que o doente pobre não é o centro dos interesses do complexo hospitalar, das fábricas de instrumentos e máquinas sofisticadas, de custo elevado e uso restrito, ou da poderosa indústria farmacêutica; assim, ainda hoje, é ele que morre nas filas de espera do atendimento financiado pelo INPS, INAMPS, SUS, ou outra sigla qualquer... (2000, p. 89).

A partir dos anos 60 do século XX houve crescente pressão popular por melhores condições de saúde, mas somente com a Constituição de 1988 o direito à saúde foi reconhecido como direito fundamental do cidadão, que passou a contar com um ordenamento jurídico capaz de garanti-lo. Adotou-se um conceito de saúde não meramente curativa, como ausência de doenças, mas também na sua dimensão preventiva e de promoção de bem-estar, de acordo com o conceito de saúde consagrado no preâmbulo da OMS. A saúde

passou a ser entendida como um completo bem-estar associado à qualidade de vida, cuja efetividade depende de inúmeras circunstâncias relacionadas aos demais direitos de cidadania e ao desenvolvimento do país como um todo.

Assim, conforme Silva (1999), o direito à saúde é hoje um direito constitucional, auto-aplicável, de eficácia plena e aplicabilidade imediata, oponível como direito público subjetivo, insculpido no Capítulo dos Direitos Sociais, que está sob a égide dos direitos e garantias fundamentais, com os mesmos atributos e garantias destes direitos, considerado, inclusive, por Sarlet (2003) como cláusula pétrea, segundo interpretação sistemática e não-restritiva sobre a abrangência da proteção do art. 60, §4º.

Além disso, o direito à saúde está assegurado também de forma indireta em vários outros artigos da Constituição brasileira, como aqueles que dispõem sobre saneamento, educação, inclusão social e meio ambiente equilibrado, bem como nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), nas Constituições estaduais e na legislação esparsa federal, estadual e municipal.

Rocha (1999) situa o direito à saúde entre os novos direitos, que transitam por todos os demais ramos do direito e possuem como características peculiares a horizontalidade, a pluritutela normativa e o princípio-garantia da relevância pública. Como decorrência da horizontalidade e da pluritutela normativa encontram-se regras relacionadas à saúde em vários diplomas legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei 8212/91), Leis orçamentárias, Lei de Patentes e Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Além de direito individual, o direito à saúde possui natureza jurídica de direito transindividual¹, pois tratado pelo art. 196 da Constituição como um direito de todos, ao qual se permite a tutela coletiva nos termos do art. 81 do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

¹ Direitos transindividuais são aqueles direitos aos quais se permite a tutela coletiva nos termos do art. 81 do Código de Defesa do Consumidor. Segundo Watanabe (1998), correspondem aos direitos ou interesses essencialmente coletivos, que compreendem os direitos difusos e os direitos coletivos propriamente ditos, e aos direitos de natureza coletiva apenas na forma, que são os direitos individuais homogêneos. Os direitos difusos são aqueles que se destinam a tutelar um objeto indivisível e cujos titulares, unidos por circunstâncias de fato, são indetermináveis, como no caso de dano ambiental. Denominam-se direitos coletivos propriamente ditos aqueles que se destinam a tutelar um objeto

Carvalho e Santos (2001) advertem, contudo, que o CDC não é aplicável às relações do cidadão com os serviços e as ações executadas pelo SUS, que não são prestados mediante remuneração. O CDC somente pode ser utilizado pelos clientes dos serviços privados de saúde. Os usuários do Sistema Único de Saúde têm à sua disposição outros instrumentos ou remédios jurídicos que podem ser usados em sua defesas, como o direito de petição, estabelecido no art. 5º, XXXIV, da Constituição Federal, o *habeas corpus*, o *habeas data*, o mandado de segurança individual ou coletivo, a ação civil pública, o mandado de injunção, a tutela antecipada do pedido, com base no art. 273 do Código de Processo Civil (CPC). Além disso, contam com a atuação de órgãos de fiscalização e controle social como o Conselho de Saúde, a Defensoria Pública e o Ministério Público.

As várias disposições legais e instrumentos jurídicos, todavia, não têm se mostrado suficientes para garantir a concretização do direito à saúde de forma integral e universal a todos os brasileiros. Dada a complexidade para o seu cumprimento, a questão da efetividade do direito à saúde deve ser analisada dentro de um contexto maior, em que os Estados-providência ruíram, liberando o caminho para o mercado, que hoje domina todas as relações.

Conforme Kuntz (2002), as políticas de encolhimento do Estado ganharam impulso nos anos 90, com a transferência de funções estatais ao mercado, com a ocupação de espaços por grupos prestadores de serviços

indivisível, mas cujos sujeitos, unidos por uma relação jurídica básica preexistente à lesão ou ameaça de lesão, são determinados ou determináveis a partir dessa mesma relação, como em uma sociedade ou condomínio. Os direitos individuais homogêneos, ou seja, coletivos apenas na forma, prestam-se a tutela de objeto divisível, e os sujeitos, perfeitamente determináveis, unem-se e propõem uma ação em virtude de terem sofrido um dano de origem comum. Essa modalidade de tutela coletiva constitui uma novidade no sistema jurídico brasileiro representando uma incorporação adaptada e semelhante às “class action” norte-americanas. A distinção entre direitos coletivos, difusos ou individuais homogêneos dependerá, portanto, da correta fixação do objeto litigioso do processo. Os termos “interesses” ou “direitos” foram usados como sinônimos pelo legislador. A necessidade de o direito subjetivo estar sempre relacionado a um titular determinado impediu ou dificultou por muito tempo que os direitos pertinentes a uma coletividade e, ao mesmo tempo, a cada um dos membros dessa coletividade pudessem ser protegidos. Por isso a própria Constituição Federal evoluiu, passando a reconhecer os interesses ou direitos coletivos como atributivas de direitos, e não como meras metas programáticas ou enunciações de princípios.

previdenciários e de saúde, além da venda de estatais, que despertou a resistência de partidos e sindicatos. Estes, porém, não se opuseram da mesma forma à operação das empresas vendedoras de planos de saúde, cuja regulação ficou a cargo dos órgãos de defesa do consumidor, reduzindo-se o direito à saúde a uma questão mercantil, num contexto em que “os ‘excluídos’ e os inadimplentes no plano econômico, convertem-se também nos ‘sem-direitos’ no plano jurídico, não mais parecendo como portadores de direitos subjetivos públicos. (Faria, 2002, p. 114).

Braga e Silva (2001) referem que essa foi a época de expansão do setor privado num processo denominado “mercantilização” da saúde, quando ela passou a submeter-se às mesmas regras capitalistas utilizadas para qualquer outra mercadoria, caracterizando-se como um processo distinto daquele anterior, chamado de capitalização da medicina, quando o Estado estava no centro, financiando as decisões e estratégias. Agora o setor privado vai se tornando cada vez mais autônomo no financiamento, multiplicam-se as empresas de saúde e o cidadão encontra-se no mercado e não mais diante de um serviço público. O Estado tenta regular um processo do qual não tem mais o controle e “corre atrás” dos abusos do poder econômico, tentando domesticá-lo.

O grande interesse econômico no setor da saúde confirma-se com os dados retirados do Relatório “A Saúde no Brasil” da Representação da OPAS/OMS sobre a aquisição de insumos:

o Brasil está entre os dez maiores mercados consumidores de medicamentos, com uma participação da ordem de 1,5% a 2,0% do volume mundial. O faturamento bruto do mercado interno foi de 9,7 bilhões de dólares em 1995, representando crescimento de 15% sobre o ano anterior. A indústria farmacêutica gerou 47.100 empregos diretos em 1996, com investimentos globais de 200 milhões de dólares no mesmo ano. Esse setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias quimiofarmacêuticas e importadores. Há aproximadamente 45 mil farmácias e 5.200 produtos, com 9.200 apresentações. O estrato da população brasileira com renda superior a dez salários mínimos, que representa 15% do total, gera 48% do gasto em medica-

mentos, com o consumo médio anual de 193 dólares per capita. O estrato com renda entre 4 a 10 salários mínimos corresponde a 34% da população e gera 36% do gasto, com o consumo médio anual de 64 dólares per capita. Os 51% restantes da população, que possuem renda entre 0 e 4 salários mínimos, geram 16% do gasto e consomem, em média anual, 19 dólares per capita. (1998, p. 42-43).

Kuntz refere que no Brasil há uma abertura de espaço à iniciativa privada pelo setor público desde os governos militares, e o setor privado passou a dominar os serviços de saúde, ocupando o espaço dos serviços de saúde públicos, ao invés de complementar o sistema, o que reflete na inefetividade do direito à saúde, que pode ser facilmente constatada quando se observam os indicadores de saúde e as constantes notícias na mídia:

Embora o setor privado venha atendendo, há vários anos, uma parcela crescente da população, não deixaram de existir nem diminuiram, no Brasil, as filas formadas, de madrugada, diante dos serviços públicos de saúde. Chegar muito cedo à fila, em qualquer estação e com qualquer tempo, não garante ao interessado um exame no mesmo dia – nem quando sua condição é sabidamente grave. Mas esta clientela da assistência pública tem menos voz que a classe média atendida pelas empresas privadas – e só ocasionalmente os meios de comunicação se ocupam do drama. Isto ocorre, em geral, quando um escândalo maior torna impossível desconhecer os fatos. Partos realizados sobre uma pia, num hospital carioca, provocaram, há alguns anos, essa rara movimentação jornalística. (2002, p. 13).

Para Rocha (1999), a melhora das condições sanitárias e ambientais é um dos maiores desafios para o Brasil, pois a esmagadora maioria dos municípios brasileiros não realiza qualquer tratamento de esgotos; o lixo, na maioria das vezes, vai para lixões a céu aberto e cerca de 30% da população não tem acesso a água potável e saneamento básico. Além disso, a concentração de renda brasileira é extrema; tem-se um dos mais altos índices de mortalidade infantil da América e os ricos são os que recebem proporcionalmente maiores

benefícios em relação aos gastos públicos com serviços sociais. Lesbaupin e Mineiro atribuem à falta de investimentos o fato de não haver melhora nos indicadores sanitários:

segundo o *Relatório de Desenvolvimento Humano da Cidade do Rio de Janeiro* – resultado de parceria do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e a Prefeitura – doenças como a tuberculose, a dengue, a leptospirose e a meningite resistem no Rio em consequência da falta de saneamento e das más condições de vida nas áreas carentes: “os indicadores de saúde não se alteraram nos anos 90. Não houve melhora significativa na saúde dos cariocas em relação às décadas anteriores.” Na verdade, este é o resultado da política persistente de redução dos investimentos na saúde e na área social como um todo. Segundo o IBGE, o Brasil perdeu 59.412 leitos entre 1992 e 1999, o que significa uma perda de 27%. (2002, p. 44-45).

Os dados mostram, portanto, que há uma conexão direta entre a não-concretização do direito à saúde e vários fatores de ordem econômica, social e cultural ligados à questão do desenvolvimento, como condições dignas de vida, de bem-estar, de moradia, de educação, de alimentação, de emprego, de trabalho, de saneamento básico, de participação popular e de concretização de todos os demais direitos de cidadania. Da mesma forma, a efetividade do direito à saúde constitui um dos principais pilares ou sustentáculos do desenvolvimento social, motivo pelo qual deve ser alvo de fortes investimentos.

DESENVOLVIMENTO E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA INTERDEPENDÊNCIA EMANCIPATÓRIA

O Brasil não seguiu a forma clássica de evolução do capitalismo e tem um passado histórico recente que pesa na configuração da realidade contemporânea. Desde o descobrimento seu território serviu de campo para as atividades mercantis dos povos europeus, que aqui chegaram com o único objeti-

vo de explorar as riquezas naturais e obter vantagens financeiras. O desenvolvimento se deu tardiamente como resultado de medidas protecionistas do Estado, ao contrário do processo ocorrido na América do Norte. Lá os povos colonizadores tinham, segundo Brum (2002), intuito de construir uma sociedade e viver em liberdade, auto-determinando-se e promovendo um desenvolvimento que pode ser considerado como parte integrante do próprio desenvolvimento da economia européia.

Prado Júnior (1999) demonstra que a base da organização brasileira foram os latifúndios voltados à perspectiva comercial e com grande número de escravos. A existência de terras, a necessidade de grande volume de produto para garantir a rentabilidade e o perfil dos colonos que vinham ao Brasil concorreram para a implantação da lavoura canavieira e a organização da sociedade voltada às necessidades e aos interesses alheios.

O modelo econômico primário-exportador, estabelecido com base nas grandes propriedades e na monocultura, refletiu-se em ciclos econômicos caracterizados pelo incremento da produção de um determinado produto, em função de momentânea conjuntura externa favorável. Assim, mesmo depois da independência, o Brasil inseriu-se na ordem do capitalismo comercial internacional de forma periférica e marginal, contribuindo apenas com produtos primários tropicais para os países precursores da Revolução Industrial. O capital antes imobilizado na compra de escravos foi canalizado para o consumo de importados e a especulação financeira, ao invés de movimentar investimentos produtivos e industriais.

A partir da Revolução Industrial o mundo começou a associar o desenvolvimento ao processo de industrialização, mas, conforme Prado Júnior (1999), no Brasil predominou o modelo primário exportador até a grande crise mundial de 1929, quando iniciou um período de forte instabilidade e o despertar da consciência nacional para a necessidade de segurança associada ao desenvolvimento econômico e social que, por sua vez, só poderia ser alcançado por meio da industrialização.

Segundo Brum (2002), diante das precárias condições da época – fragmentação social, burguesia incipiente, forte tradição paternalista, falta de empreendedores e capital nacional –, acreditava-se na necessidade da presença de um Estado forte, que acabou assumindo o papel de principal agente do desenvolvimento ou da industrialização brasileira, ao contrário do que ocorreria em países como EUA e Inglaterra, onde a industrialização foi alavancada pela iniciativa privada, pelo esforço e capacidade de poupança dos seus cidadãos.

Utilizou-se aqui um modelo de desenvolvimento caracterizado como periférico dependente, baseado na política de industrialização por substituição de importações, financiado pelo Estado e por recursos vindos de fora. Havia produção industrial, mas por meio de empresas estrangeiras, que permaneceram controlando os setores mais vitais do mercado brasileiro. A dependência mantinha-se não só devido ao capital empregado, mas também em face da tecnologia importada, conduzindo ao esgotamento do modelo no final da década de 70 do século XX. O processo de concentração de renda e de desigualdade social agravou-se, acompanhado por grande êxodo rural, que ocasionou o inchamento das periferias urbanas com gente de baixa escolaridade e sem qualificação profissional, acarretando miséria urbana crescente e toda a sorte de problemas dela decorrentes, pois não havia um processo endógeno de crescimento, como ocorreu por exemplo nos EUA, capaz de absorver a mão-de-obra excedente, procedente do campo.

Para Prado Júnior (1999), os impulsos desenvolvimentistas no Brasil, sempre à custa de capital e de tecnologia estrangeira, ocasionaram uma tendência de reconduzir permanentemente a economia à situação anterior, centrada na sua função exportadora, como forma de fazer frente ao pagamento da remuneração dos capitais invertidos no país. Criou-se, então, um círculo vicioso de dependência periférica, que as sucessivas medidas adotadas por diversos governos no decorrer da história não foram capazes de combater, servindo apenas como paliativos, ao passo que o mercado, subordinado às contingências externas, assumia o centro da problemática do desenvolvimento brasileiro.

Durante o período militar o modelo brasileiro de desenvolvimento caracterizou-se como “periférico-associado-dependente, em relação ao exterior, e elitista-concentrador e excludente, no plano interno” (Brum, 2002, p. 337), com o achatamento salarial dos trabalhadores de baixa qualificação e com a desatenção aos problemas sociais, o que acentuou a contradição entre um notável crescimento econômico e industrial de um lado, e o comprometimento da qualidade de vida da maioria da população de outro.

Logo após a Segunda Guerra Mundial configurou-se um grande desnível entre um pequeno grupo de poderosas potências capitalistas e o restante da humanidade, com ritmo de crescimento econômico insuficiente para atingir os mesmos padrões. Nessas circunstâncias as teorias ortodoxas do desenvolvimento, elaboradas na Europa e nos Estados Unidos, privadas de perspectiva histórica, mostravam-se insuficientes para a abordagem do desenvolvimento brasileiro (Prado Júnior, 1999).

De fato, começou-se a perceber, conforme afirmou Furtado (2001), não ser possível criar um modelo abstrato universal de desenvolvimento derivado dessas economias e promover sua transposição aos países periféricos, pois a evolução da tecnologia nos países centrais apresentou íntima relação com as peculiares condições históricas que somente estas nações vivenciaram a partir da Revolução Industrial. Além disso, mesmo se essa transposição fosse possível, acarretaria colapso dos recursos não-renováveis do planeta e poluição ambiental de tal ordem que tornaria impossível a vida sobre a Terra.

Diante da realidade do mundo globalizado, dominado pelo poder de um pequeno grupo de transnacionais, o desenvolvimento econômico incorporador das formas de vida dos países ricos apresenta-se como um mito para a maioria dos países, denominados por Rivero (2002) “Quase-Estados-Nação”, por se apresentarem simplesmente como projetos nacionais incompletos. Apenas algumas nações conseguem alcançar esse desenvolvimento, tornando-se *New Industrialized Countries – NICs* –, como no caso dos Tigres Asiáticos, ao passo que as demais caminham para uma situação de desintegra-

ção, de caos e de ingovernabilidade, transformando-se, nas palavras do autor, em “Entidades Caóticas Ingovernáveis” e economias inviáveis. Nessas circunstâncias,

o Brasil, que durante o século XX era visto como futuro membro da aristocracia das grandes potências, tem hoje um dos índices de pobreza mais altos da América do Sul, só superado pelos da Bolívia, do Paraguai e do Peru. Em 23 anos (1975-98), a renda *per capita* média dos brasileiros cresceu apenas 1,2%, mas o recorde que mais evidencia o impasse no desenvolvimento do Brasil é sua desigualdade social. O Brasil é o campeão mundial em desigualdade social. Os 20% de brasileiros mais ricos açambarcam 63,8% da renda e do consumo, ao passo que os 20% mais pobres têm apenas 2,5%. Segundo o Banco Mundial, nenhum país do mundo tem tamanha desigualdade. Soma-se a isso que o Brasil tem a maior taxa de analfabetismo e a terceira taxa de mortalidade infantil da América do Sul. E 30% da sua população carecem de água potável e saneamento. Com estes índices, custa acreditar que o Brasil esteja em franco processo de desenvolvimento nacional. (2002, p. 145-146).

O desenvolvimento brasileiro não pode, por isso, ser tomado isoladamente pois, na opinião de Kliksberg, chegou-se ao final do século XX com um cenário inquietante, caracterizado por inúmeros progressos, pela ruptura epistemológica em diferentes campos do conhecimento e por uma nova onda de tecnologias que geram amplas possibilidades, mas não revertem em melhorias da qualidade de vida para a grande maioria da humanidade: “nos dois extremos da acentuada polarização mundial de renda, 358 multimilionários detêm, atualmente, um patrimônio superior à renda acumulada de 45% da população mais pobre do mundo, 2,3 bilhões de pessoas.” (2002, p. 16).

É necessário um empenho local para a formação de consciência e medidas internas que favoreçam uma transformação naqueles aspectos considerados essenciais para a reversão do presente quadro. Diante da persistência e do agravamento dos problemas em âmbito mundial surge a necessidade de mudar o enfoque de discussão e buscar novas formas de pesquisa e de reflexão

que possibilitem vislumbrar uma forma alternativa de desenvolvimento e de suprimento das necessidades específicas dos povos dos países periféricos, ou seja, um novo modelo de desenvolvimento, que possa ser útil para ampliar a materialização dos direitos de cidadania e da dignidade humana, especialmente do direito à saúde.

Segundo Comparato (2000), não é suficiente o progresso tecnológico, pois é indispensável um desenvolvimento com base na ética, avaliado não somente de acordo com os princípios da produção, mas com ênfase na preservação ambiental, na participação política, na educação, na equidade, no bem-estar das populações e na dignidade da vida humana, como fins e meios do próprio desenvolvimento. O Estado, por isso, deve evoluir de modo a tornar-se o promotor do bem-estar social, ampliando as políticas públicas neste sentido.

Já para Vieira (1997), há necessidade de propor-se um novo padrão de desenvolvimento que rejeite os meros indicadores econômicos e passe a utilizar como meta o desenvolvimento humano sustentável. Almeja-se reduzir o desperdício, reciclar, utilizar recursos e energia renováveis, atender aos objetivos sociais sem prejuízo da modernização tecnológica e da inserção autônoma no processo de globalização, motivo pelo qual, na opinião de Silva e Santos,

o desenvolvimento sustentável enquanto uma forma de desenvolvimento econômico que priorize o atendimento das necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações tende à implicação de que as mudanças nas características fundamentais do modelo de desenvolvimento econômico precisam levar em consideração as condições de vida e saúde das populações. (2002, p. 28).

Nesse sentido o desenvolvimento como processo de expansão das liberdades e da qualidade de vida proposto por Sen (2000) refere-se ao direito à saúde como uma das liberdades substantivas intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento, numa visão voltada para o agente, na qual os indivíduos podem moldar seu próprio destino e não precisam ser vistos como beneficiários

passivos dos programas governamentais. O modelo enfatiza a democracia como forma de exercer pressão sobre o governo para a implementação das políticas apropriadas, reforçando a noção de cidadania.

As oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e condições habilitadoras, como por exemplo a boa saúde, educação básica, incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas, determinam, na prática, o que as pessoas efetivamente conseguem realizar, sendo partes constitutivas do próprio desenvolvimento. Por isso, segundo esse autor, o direito à saúde é ao mesmo tempo meio e fim do desenvolvimento, constitutivo e instrumento. Ao tratá-lo de forma positiva, valorizando-o e o concretizando, estar-se-á rompendo com os ciclos perversos de miséria, pobreza e desrespeito aos direitos humanos, instalando um ciclo virtuoso de capacitação e desenvolvimento.

Pressupõe-se, por isso, uma visão ampliada de desenvolvimento, segundo a qual devem ser levados em consideração não apenas indicadores como Produto Interno Bruto (PIB), aumento das rendas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social, mas outros determinantes, como as disposições sociais e econômicas, entre as quais se situam serviços de saúde satisfatórios.

Além do fato de o desenvolvimento humano contribuir para a melhora direta da qualidade de vida, indiretamente também exerce influência sobre as habilidades produtivas das pessoas e sobre o crescimento econômico, motivo pelo qual

o gasto em saúde, ponto essencial no desenvolvimento do capital humano, evidenciou-se, na prática, como de altíssima rentabilidade. Ações estimuladas pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Unicef, por exemplo, em terrenos que provocaram alta mortalidade, como a diarreia infantil e a cólera, obtiveram, em pouco tempo e com investimentos mínimos, impactos muito relevantes. A combinação de esforços de saúde e educação integrados tem potenciais muito elevados. (Klicksberg, 2002, p. 26-27).

Para Klicksberg, há comprovação, inclusive, de que aqueles países que investiram em programas de saúde e políticas para a melhoria das condições de vida de sua população obtiveram um maior índice de desenvolvimento, apesar de rendas *per capita* baixas, o que comprova a afirmação de Sen (2000) de que a problemática da saúde não é unicamente uma questão de renda e de crescimento econômico

Por outro lado, tão intimamente relacionados estão os conteúdos que abrangem o desenvolvimento social e a efetividade do direito à saúde que vários aspectos importantes para a construção de um novo e propício modelo centrado no bem-estar humano, que garanta condições de vida, emprego, moradia e outros investimentos sociais, demonstram efeitos concomitantes sobre a saúde dos indivíduos:

de fato, não basta a existência de serviços destinados à promoção, proteção e recuperação sanitária adequados e em número suficiente, nem a existência de normas legais prevendo todas as hipóteses de agravo à saúde pública, se o Estado não tiver atingido um nível tal de desenvolvimento sócio-econômico e cultural que lhe permita dispor de todos os recursos técnicos existentes, atender a todas as necessidades de infraestrutura e possuir uma população educada para a saúde. Assim, o Estado subdesenvolvido que não possui todos os recursos técnicos conhecidos para o tratamento de certas patologias, que não dispõe de meios econômicos para promover o saneamento ambiental, ou que não educou sua população para a saúde, não pode atingir o mesmo nível sanitário daquele desenvolvido que já emprega tais recursos socioeconômicos e culturais. (Dallari, 1988, p. 330).

Conclui-se, então, que a efetividade do direito à saúde não depende somente da prestação de bons serviços de atendimento, mas “tem de passar inquestionavelmente pela materialização e pelo exercício da cidadania com fundamento na vida com dignidade da pessoa humana.” (Rocha, 1999, p. 93).

No mesmo sentido afirma Dallari que “a saúde depende do nível de vida do povo, sendo influenciada diretamente pelos fatores socioeconômico-culturais, que qualificam o desenvolvimento” (1987, p. 21), estando vinculada, portanto, ao estágio de desenvolvimento do Estado.

Em última análise, volta-se ao conceito de saúde como não meramente ausência ou cura de doenças, mas na perspectiva mais abrangente de prevenção de enfermidades e promoção da qualidade de vida, o que requer a concretização dos direitos de cidadania em geral, a participação efetiva dos cidadãos como agentes de um processo de desenvolvimento centrado nas necessidades humanas e não voltado aos interesses econômicos do capital.

CONCLUSÃO

Há grande complexidade envolvida na materialização do direito à saúde, que requer uma atuação interdisciplinar. Não apenas o desenvolvimento econômico pode resolver o problema, sendo preciso também um enfoque humano, social e cultural que aborde a saúde não apenas na dimensão curativa, mas preventiva e de promoção da qualidade de vida. A solução está longe de depender unicamente dos profissionais da saúde ou do direito e não pode prescindir de uma ação conjunta da sociedade informada e participante.

A efetividade do direito à saúde, tal como definida pela Constituição Federal, é determinada pela materialização de todos os outros direitos de cidadania e pelo desenvolvimento do país, numa relação causa/efeito ou meio/fim que não pode ser resolvida exclusivamente pelos órgãos judiciais. É um dever estatal e um objetivo que deve ser alcançado pelo seu valor intrínseco na vida das pessoas e, ao mesmo tempo, por se tratar de um importante fator de desenvolvimento. Em outras palavras, a garantia do direito à saúde pode ser considerado fator ou causa de desenvolvimento e, simultaneamente, consequência ou efeito determinado pelos reflexos positivos desse mesmo desenvolvimento.

No caso brasileiro, a efetividade do direito à saúde assume especial relevância como um dos pontos nevrálgicos que precisam ser atacados para a solução do problema do subdesenvolvimento, pois é indispensável à valorização do capital humano e social, ao mesmo tempo em que constitui elemento essencial para que os indivíduos possam autodeterminar-se e moldar seu pró-

prio destino como cidadãos agentes, reforçando o ideal democrático. Percebe-se, assim, a conexão direta entre o direito do cidadão à saúde e a possibilidade de participação ativa e permanente, ou seja, do exercício pleno da cidadania.

REFERÊNCIAS

A SAÚDE no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS – Escritório de Representação no Brasil. Novembro/1998. 48 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 03 nov. 2001.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução de Nelson Carlos Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp/IE, 2001.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRUM, Argemiro J. *Desenvolvimento Econômico Brasileiro*. 22. ed. Ijuí, RS: Ed. Unijuí; Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CALLAGE NETO, Roque. *A cidadania sempre adiada: da crise de Vargas em 54 à era Fernando Henrique*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2001.

COHN, Amélia et al. *A saúde como direito e como serviço*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COMPARATO, Fábio K. *A humanidade no século XXI: a grande opção*. São Paulo: Revista Praga, 2000.

CORRÊA, Darcísio. *A construção da cidadania*. Reflexões histórico-políticas. Ijuí: Ed. Unijuí, 1999.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *A saúde do brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, ago. 1988.

DAL RI JÚNIOR, Arno; OLIVEIRA, Odete Maria de. (Orgs.). *Cidadania e nacionalidade*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

FARIA, José Eduardo. Estado, sociedade e direito. In: FARIA, José Eduardo; KUNTZ, Rolf. *Qual o futuro dos direitos?* Estado, mercado e justiça na reestruturação capitalista. São Paulo: Max Limonad, 2002.

FURTADO, Celso. *O mito do desenvolvimento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GALDINO, Flávio. O custo dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.). *Legitimação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

KLIKSBERG, Bernardo. *Repensando o Estado para o desenvolvimento social*. Tradução de Joaquim Ozório Pires da Silva. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

KUNTZ, Rolf. Estado, mercado e direitos. In: FARIA, José Eduardo; KUNTZ, Rolf. *Qual o futuro dos direitos?* Estado, mercado e justiça na reestruturação capitalista. São Paulo: Max Limonad, 2002.

LAFER, Celso. *A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LAKATOS, Eva Maria; BRUTSCHER, Sônia Maria. O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 24, n. 54, p. 75-89, jan./abr. 2000.

LESBAUPIN, Ivo; MINEIRO, Adhemar. *O desmonte da nação em dados*. Petrópolis: Vozes, 2002.

LUCA, Tânia Regina de. Direitos sociais no Brasil. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (Orgs.). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. *Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2003.

POCHMANN, Márcio. *Políticas do trabalho e de garantia de renda no capitalismo em mudança*. São Paulo: LTR, 1995.

PRADO JÚNIOR, Caio. *História e desenvolvimento: a contribuição da historiografia para a teoria e prática do desenvolvimento brasileiro*. Prefácio de Florestan Fernandes. 3. ed. São Paulo, 1999.

RIVERO, Oswaldo de. *O mito do desenvolvimento: os países inviáveis no século XXI*. Tradução de Ricardo Aníbal Rosenbusch. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. *Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos*. São Paulo: LTr, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2003.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Tradução de Development as freedom.

SILVA, José Afonso da. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

SILVA, Mara Regina Santos; SANTOS, Silvana Sidney Costa. A saúde no contexto do desenvolvimento sustentável. In: CIANCIRULLO, Tamara Iwanow; CORNETTA, Vitoria Kedy (Orgs). *Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone, 2002.

VIEIRA, Liszt. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

WATANABE, Kasuo. Da defesa do consumidor em juízo. Disposições gerais. In: GRINOVER, Ada Pellegrini et al. *Código de Defesa do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.