Conjecturas

DOI: 10.53660/CONJ-371-117

A saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um Olhar Acerca da Contribuição da Saúde no Desenvolvimento Regional

Health and its Relationship to Development: a Look at the Contribution of Health to Regional Development

Nedisson Luis Gessi [1]*, Gabriele Schek[1], Carine Eloise Zimermann[1], Juliane Colpo[1], Flávia Michelle Pereira Albuquerque[1], Camila Gabriele Câmara[1], Denise Felber Chaves[1], Maria da Graça Dias Lyra[1]

RESUMO

Objetivos: apresentar e refletir acerca das relações entre a saúde e o desenvolvimento regional; das dimensões da saúde como direito por meio da desmercantilização do seu acesso; da saúde como um bem econômico com a mercantilização da oferta de serviços e o assalariamento médico; e da saúde como um espaço de acumulação de capital com a formação do complexo industrial da saúde. Método: Estudo teórico-reflexivo fundamentado por autores que abordam a saúde e a sua relação com o desenvolvimento regional. Inicialmente, foi realizada busca de livros, artigos científicos e documentos em bases de dados da saúde, nacionais e internacionais, que abordassem os conceitos, abordagem e perspectivas acerca da temática. Localizados os textos, seguiu-se com o aprofundamento teórico. Resultados: Apesar da expansão do compromisso com a universalidade da saúde em todos os níveis e sua relação seja, direta ou indireta, com o desenvolvimento, requer um olhar mais apurado sobre a gestão e seus impactos para sociedade. Conclusão: A relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento vislumbram as possiblidades potencializadoras que esta área pode proporcionar para o desenvolvimento nas diversas escalas.

Palavras-chave: Saúde; Desenvolvimento; Território; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objectives: to present and reflect on the relationship between health and regional development; the dimensions of health as a right through the decommodification of its access; of health as an economic good with the commodification of the provision of services and medical salaries; and health as a space for capital accumulation with the formation of the health industrial complex. Method: Theoretical-reflective study based on authors who approach health and its relationship with regional development. Initially, a search was carried out for books, scientific articles and documents in national and international health databases that addressed the concepts, approach and perspectives on the subject. Once the texts were located, the theoretical deepening followed. Results: Despite the expansion of the commitment to universal health at all levels and its relationship, whether direct or indirect, with development, it requires a closer look at management and its impacts on society. Conclusion: The relationship between the fields of health and development envisions the potentiating possibilities that this area can provide for development at different scales.

Keywords: Health; Development; Territory; Public Policies.

[1] Faculdades Integradas Machado de Assis.
*E-mail: nedisson@fema.com.br.

INTRODUÇÃO

A saúde, cada vez mais, vem desempenhando um papel estratégico na agenda de desenvolvimento e a relação com o este tem sido reconhecida. Esta relação, entre saúde e desenvolvimento, é complexa e remete ao campo da economia, dado que envolve diferentes interesses sociais políticos e econômicos. Dessa forma, a saúde tem um papel de propulsora de desenvolvimento na sua dimensão regional com a missão pautada pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais. Assim, constituindo-se como um campo de particular relevância para coesão social e econômica no território nacional.

Não menos importante, se faz necessária a compreensão do território e suas relações com a saúde, sendo este de extrema relevância para a formulação de políticas públicas em saúde. De modo que a dimensão territorial do desenvolvimento está condicionada pelas ações de saúde no território, uma vez que é no espaço e em suas diversas escalas que as políticas se encontram e podem gerar sinergia necessária ao processo de desenvolvimento.

Os objetivos do trabalho são apresentar e refletir acerca das relações entre a saúde e o desenvolvimento regional; das dimensões da saúde como direito por meio da desmercantilização do seu acesso; da saúde como um bem econômico com a mercantilização da oferta de serviços e o assalariamento médico; e da saúde como um espaço de acumulação de capital com a formação do complexo industrial da saúde

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Além da sua importância para seguridade social, a saúde como fator básico de cidadania, é parte inerente da dimensão social do desenvolvimento, que coloca a saúde como área estratégica dentro do desenvolvimento nacional que pode ser considerada juntamente com as demais dimensões como: a dimensão econômica e tecnológica, uma vez que alavanca aproximadamente 9% do PIB brasileiro propiciando a sistematização da geração e difusão da chamada tecnologia de futuro.

Desta forma, saúde e desenvolvimento estão muito relacionadas entre si, ambas podem ser entendidas como um processo dinâmico em que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico com inovação tecnológica e buscam melhorar o padrão de vida

da população (VIANA; ELIAS, 2007). A inovação tecnológica aqui referenciada está relacionada às tecnologias de futuro que são a nanotecnologia, biotecnologia, indústrias de próteses e equipamentos de saúde. Desta forma, não podemos deixar de desconsiderar a saúde no contexto do desenvolvimento, pois tem impacto direto sobre a qualidade de vida dos brasileiros, e, indiretamente, produz efeitos sobre as variáveis econômicas por meio do complexo econômico industrial da saúde.

A saúde está cada vez mais atrelada com o desenvolvimento, pois a visão de que ela é apenas um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos não cabe mais para os dias atuais, pois vai além, proporcionando impactos consideráveis nas variáveis econômicas gerando efeitos de forma indireta sobre o crescimento econômico e o desenvolvimento nas mais diversas escalas.

AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Quando se busca uma forma de inter-relacionar saúde e desenvolvimento, é importante que se evite entender a saúde sob uma perspectiva essencialmente funcionalista da política social, assim vale ressaltar a necessidade de inicialmente entender os conceitos mesmo que mais abrangentes sobre "desenvolvimento", bem como, "saúde".

Para compreender esta relação entre saúde e desenvolvimento, é necessário, primeiro, assimilar o que é desenvolvimento, pois muitos são os entendimentos e que por vezes são utilizados de forma equivocada, o que pode mudar o sentindo ou a sua essência. Um exemplo disso, é o uso inadequado dos conceitos de "crescimento econômico" e "desenvolvimento" como sinônimos, de tal forma que o primeiro nada mais é do que uma das dimensões do segundo, como afirma Schumpeter quando se refere ao crescimento econômico como não sendo um fenômeno qualitativamente novo, por não ser designado como um processo de desenvolvimento (SCHUMPETER, 1912).

Assim, entende-se que desenvolvimento é um processo, Siedenberg (2012) comenta que "é necessário considerar, todavia, que na sua essência, desenvolvimento configura em primeira linha um processo." e que o termo desenvolvimento é volátil podendo assumir diferentes significados em diferentes contextos (SIENDENBERG, 2012, p.21).

Para Sachs (2004) a compreensão de desenvolvimento é a universalização do exercício efetivo de todos os direitos humanos: políticos, civis e cívicos, econômicos, sociais e culturais, bem como os direitos coletivos ao desenvolvimento, ao bem estar, entre outros (SACHS, 2004). Desta forma o desenvolvimento precisa contemplar a dimensão social e ambiental, além da dimensão econômica, e no caso do Brasil, país com dimensões continentais e marcado por desigualdades regionais e territoriais buscar constantemente o bem-estar humano (GADELHA; COSTA, 2013).

O desenvolvimento abordado por Siedenberg tem sua essência no processo, evolução, avanço voltado a melhorias para as pessoas, tendo o ser humano como prioridade central da promoção do desenvolvimento, pois não se trata apenas de economia, setores, empresas, segmentos, produtos, preços, são também populações, sociedades, grupos, famílias e instituições. E além desses, ainda cabe nominar 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 (SIENDENBERG, 2012).

Para Sen (2010) "desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam." (SEN, 2010, p.17). Liberdades, aqui, entende-se por determinantes como a disposições sociais e econômicas, por exemplo, serviços de educação e saúde, além dos direitos civis a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas. Para Sen, o desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: 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 crescimento econômico deve ser um elo para melhorar a vida das pessoas, com o fortalecimento de suas liberdades, pois além da industrialização, do progresso tecnológico e da modernização social, é fundamental promover as liberdades. Para Sen, tais liberdades são fruto do desenvolvimento, cuja privação das liberdades sociais ou econômicas limita a participação dos cidadãos. Portanto, a sociedade civil passa a ocupar uma posição de destaque, em que a cidadania emerge como protagonista onde o cidadão também é parte integrante do processo de construção e formulação das políticas públicas (ALLEBRANDT, 2002). Por conseguinte, busca-se uma aproximação da cidadania deliberativa que é o envolvimento dos cidadãos nos processos de

planejamento e implementação de políticas públicas (TENÓRIO, 2012). Tal envolvimento dos cidadãos se evidencia na prática hoje na Gestão da Saúde, através dos conselhos municipais de saúde.

Quanto à Saúde, destaca-se sua importância social tendo como pressuposto o bem-estar da população, dado que a saúde é considerada um bem público, um direito social garantido pela constituição de 1988. Assim, a própria concepção de que a saúde constitui uma condição de cidadania já pode ser considerada parte inerente do próprio conceito de desenvolvimento. Gadelha (2007) reforça que não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária (GADELHA, 2007).

Atualmente, a saúde tem sido indutora de investimentos em pesquisas, de tal forma que já é considerada parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento, sobretudo, devido a sua relevância no cenário econômico, inclusive pela liderança em investimentos de pesquisa e desenvolvimento, vem ganhando expressão internacional na Organização Mundial da Saúde. Estudos vêm demostrando clara relação das condições de saúde da população e seu impacto no desenvolvimento econômico (OMS, 2010).

Hoje no Brasil, a saúde demanda, para o sistema produtivo nacional, aproximadamente 9% do PIB, tendo impactos na geração de renda e emprego atingindo um patamar de 10% do total de empregos qualificados, ou seja, 10% dos empregos no país tem relação direta ou indireta com o sistema produtivo da saúde (GADELHA; COSTA, 2010).

Consequentemente, a saúde passa a ser vista como um grande potencial de aumentar a produtividade e gerar desenvolvimento econômico, não como segmento da estrutura econômica, mas como uma área social que favorece o capital humano, ou seja, a saúde é um fim em si e que, além disso, é um fator favorável ao desenvolvimento econômico, de tal forma que constitui um valor intrínseco para as pessoas e para os países (GADELHA, 2007).

No tocante do capital humano, estudos apontam que sociedade, cultura e economia andam de mãos dadas (PUTNAM, 2002). Destarte sociedades mais democráticas e nas quais a educação, a saúde e a criatividade são valorizadas, aumentam a capacidade de gerar riqueza, por serem assim, permitem que sua apropriação seja mais equitativa (FRANTZ, 2012).

Para Gadelha (2007) a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade. A saúde, nesta perspectiva, se torna parte endógena de discussão de um modelo econômico de desenvolvimento (GADELHA, 2007).

Portanto, percebe-se que a relação entre saúde e desenvolvimento é, de certa forma, complexa em face de ser um processo social e político sendo necessária, para uma análise mais profunda, a aproximação ao campo da economia política, pois estão envolvidos interesses diversos: sociais, econômicos, territoriais e políticos. Para Furtado (1964), o Desenvolvimento é um processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas é satisfeito através de uma diferenciação no sistema produtivo gerado pela introdução de inovações tecnológicas.

DIMENSÕES ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Visto a real conexão entre saúde e o desenvolvimento, percebe-se uma dupla dimensão nessa relação, uma dimensão social e outra econômica. A primeira dimensão está atrelada à saúde como parte do sistema de proteção social, alicerçada em um direito de cidadania e garantido pela Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é direito de todos, garantido mediante políticas “sociais” e “econômicas” que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

A própria constituição já traz a ideia da dupla dimensão em seu artigo 196. No tocante a segunda dimensão, esta está atrelada à base produtiva em saúde, ou seja, produção de bens e serviços que forma um conjunto de setores da atividade econômica que geram emprego e renda, assim contribuindo para o desenvolvimento econômico e social do país. A base produtiva em saúde constitui um mercado de aproximadamente R$ 160 bilhões por ano, sendo responsável por 14 milhões de empregos diretos e 5 milhões indiretos. Somando a isso, a participação da saúde na geração de demandas no sistema produtivo nacional representa aproximadamente 9% do PIB observado no consumo final de bens e serviços (GADELHA; COSTA, 2012).

Dada importância dessas duas dimensões, a primeira será enfatizada no decorrer do trabalho com a análise do Programa da Saúde da Família. O objetivo é demonstrar que a saúde é um indutor do desenvolvimento econômico e que, por meio da base produtiva em

saúde, é capaz de gerar riquezas, além de ser objeto de estudo das ciências sociais. Segundo Trennepohl (2011), embora o desenvolvimento seja um processo complexo, dinâmico e multifacetado, as determinações econômicas são uma parte essencial desse conjunto e constituem um elo fundamental na construção de propostas para o desenvolvimento, bem como, a preocupação com a qualidade de vida da população, com os mecanismos centrais na determinação da dinâmica de desenvolvimento de distintos espaços sociais e com os impactos de diferentes ações das políticas púbicas (TRENNEPOHL, 2011).

Em vista disso, as relações de saúde e desenvolvimento podem ser entendidas "como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população." (VIANA; ELIAS, 2007, p.1766).

Para entender melhor esse fenômeno da base produtiva da saúde, é necessário compreender que após a constituição de 1988, a saúde passou a ter um papel estratégico voltado a fazer convergir as dimensões social e econômica e assim contribuir para desenvolvimento do país. Com a institucionalização do acesso universal ao sistema de saúde, ocorreu o processo de desmercantilização desta que por outro lado, oportunizou a mercantilização da oferta, criando assim um enorme parque industrial ligado à área de saúde, representado pelas indústrias de base química, biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais. Quanto à mercantilização da oferta, nada mais é do que o assalariamento dos médicos, a criação de empresas prestadoras de serviço e o crescente mercado dos planos de saúde privado.

Esse novo fenômeno tende a se expandir. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a área de saúde, a nível mundial, vem sofrendo impactos direto das novas tecnologias, tanto que já representa um dos elementos centrais da terceira revolução industrial (nanotecnologia, impressão 3D de órgão e tecidos humanos, biotecnologia, inteligência artificial e robótica) de forma que os investimentos em pesquisa e inovação acabaram criando um campo próprio de acumulação de capital em saúde com a formação dos complexos industriais de saúde que estão atrelados à dependência da inovação tecnológica e ao avanço científico no campo biomédico. (VIANA; ELIAS, 2007).

Esta transformação no cenário implica em uma maior valorização dos segmentos produtivos de bens e serviços de saúde que visam atender às demandas sociais cada vez

mais crescentes, além de incorporar grande potencial de inovação e de transformação nos novos paradigmas tecnológicos.

Desta forma, a conjunção das duas dimensões, social e econômica, a desmercantilização do acesso à saúde, a mercantilização da oferta e a formação do Complexo Econômico Industrial da Saúde constituem três grandes dimensões estruturantes do atual sistema de saúde.

Figura 1 - As Três Dimensões da Saúde

1. A saúde como direito → desmercantilização do acesso → sistemas de proteção social
2. A saúde como bem econômico → mercantilização da oferta → assalariamento dos profissionais, formação de empresas médicas e intermediação financeira (planos)
3. A saúde como espaço de acumulação de capital → formação do complexo industrial da saúde → globalização e financeirização da riqueza

Fonte: Viana; Elias, 2007.

A terceira dimensão que permeia a ideia de complexos produtivos da saúde é um claro esforço de entrelaçá-la ao desenvolvimento. Porém é importante tomar cuidado, pois a perspectiva desses complexos continua sendo estruturalista e contemporânea que explicitam fragilidades do nosso modelo de desenvolvimento, com uma estrutura produtiva com pouco conhecimento agregado, baixo investimento em pesquisa e inovação, além de ser um sistema econômico e social desigual e excludente.

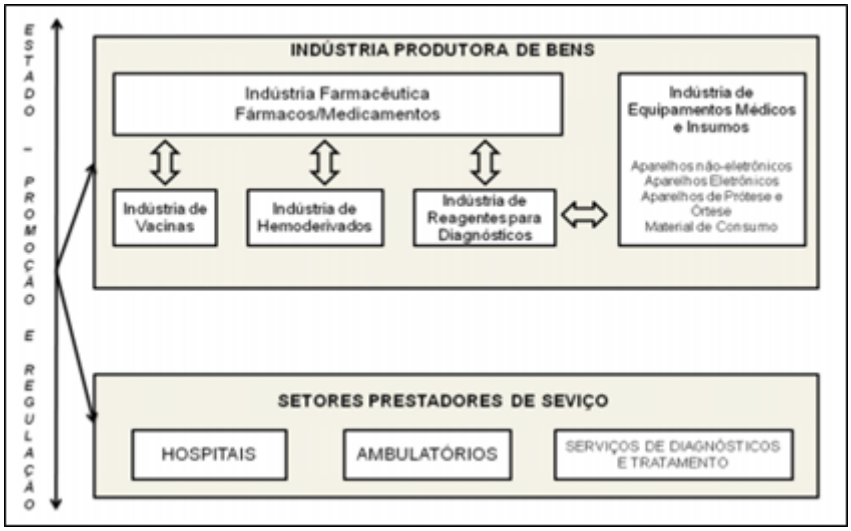
O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

A saúde é vista, atualmente, de forma estratégica gerando um alto impacto econômico para o desenvolvimento devido aos investimentos em pesquisa e inovação nesta área.

Motivo pelo qual tem atraído a atenção dos governos, principalmente no contexto das ações direcionadas para a atenção básica que promovam a redução da mortalidade infantil, bem como, a universalização ao acesso à saúde. Diante deste contexto, percebe-se um novo cenário de demandas por parte da população. Portanto, para que seja possível atender tais demandas, surge então o chamado complexo econômico-industrial da saúde (CEIS).

Desta forma, a saúde desempenha importante papel como indutora de crescimento econômico e competitividade nacional, dado que o CEIS é formado por segmentos industriais de base química e biotecnológica (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico), de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médicos) e pelo segmento de serviços, que é responsável por 12% da mão de obra ocupada nacional, referente aos empregos diretos e indiretos da produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento (GADELHA; COSTA, 2012b).

Figura 2 – Complexo Industrial da Saúde



Fonte: Gadelha, 2003.

Entretanto, não obstante ao reconhecimento do caráter estratégico CEIS para o desenvolvimento, ainda há dificuldades na implementação de políticas públicas para o seu fortalecimento. Essas dificuldades, refletidas no crescente déficit da balança comercial da saúde, evidenciam tanto a vulnerabilidade da política nacional de saúde quanto sua falta de competitividade em nível internacional. Apesar do incentivo da inovação por parte do Ministério de Ciência e Tecnologia no Brasil, existe uma demanda

por produtos e serviços dos quais preconizam conhecimento suficiente para produção, aliada a baixa capacidade de inovar da indústria nacional, revelando uma vulnerabilidade do sistema de saúde (GADELHA; COSTA, 2012b).

Portanto, o CEIS é visto com uma fonte geradora e de absorção de inovações, o que impacta na grande parcela de empregos e renda. São grandes os esforços da escala nacional para minimizar as vulnerabilidades, incluindo as questões da saúde como fator determinante para o desenvolvimento no Plano Nacional de Desenvolvimento, como afirma Brandão (2012) "é preciso discutir a especialidade dos problemas e implementar políticas, mas em um contexto que esteja presente um projeto nacional de desenvolvimento." (BRANDÃO, 2012, p.36).

Conclui-se então que o CEIS deve ser tratado como elemento fundamentalmente estratégico e fazer parte da agenda das políticas sociais, levando em consideração a importância do desenvolvimento da base produtiva e inovação, que potencializam a geração de empregos e renda. Atualmente, já se observa a incorporação de objetivos estratégicos do complexo da saúde e do campo de ciência, tecnologia e inovação como uma das prioridades da atual Politica Nacional de Saúde que se evidencia, com a criação de programas como o "Mais Saúde" (PAC[2] da saúde), que define o CEIS como um dos eixos estratégicos para a política de saúde.

Destaca-se, assim o caráter estratégico, colocando-a como um dos elementos chave nas políticas e programas federais que refletem a atuação do Estado em busca da retomada do desenvolvimento pautado na sustentabilidade econômica e social.

TERRITÓRIO E SAÚDE NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO

A importância do território atrelado à saúde é de grande relevância, pois o Brasil é um país de tamanho continental, no qual as desigualdades socioeconômicas têm forte

[2] Criado em 2007, no segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010), o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) promoveu a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, contribuindo para o seu desenvolvimento acelerado e sustentável. Pensado como um plano estratégico de resgate do planejamento e de retomada dos investimentos em setores estruturantes do país, o PAC contribuiu de maneira decisiva para o aumento da oferta de empregos e na geração de renda, e elevou o investimento público e privado em obras fundamentais. Fonte: http://www.pac.gov.br/

expressão territorial, indicando assim, a importância de políticas públicas incluindo a saúde, que atendam as escalas locais, regionais e estaduais. No entanto, o foco de alguns programas tende a sanar problemas locais, um exemplo disso é o programa de saúde da família, não obstante o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como em sua essência constitutiva o objetivo de descentralização e regionalização da saúde e dos investimentos federais que constituem a base de sua evolução espacial no território brasileiro.

Desta forma, evidencia-se o papel da saúde como indutor do desenvolvimento na sua escala regional, cuja importância pauta-se pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais. A saúde, por ser central para a organização das redes urbanas, impacta a delimitação de escalas e limites territoriais, é estruturante da ocupação territorial (GADELHA; COSTA, 2011). Assim, ela constitui-se como elemento de grande relevância para coesão social e econômica no território nacional.

Dada a importância da saúde, se considerar o impacto que o complexo econômico-industrial proporciona para o desenvolvimento regional, com grande potencial para formação de infraestrutura econômica e social, que segundo Oliveira (2003) "pensar em desenvolvimento regional é antes de qualquer coisa, pensar na participação da sociedade local no planejamento contínuo da ocupação do espaço e na distribuição dos frutos do processo de crescimento." (OLIVEIRA, 2003, p.31).

No tocante da participação da sociedade, essa é de suma importância, uma vez que, a participação é condicionante para um projeto de desenvolvimento não apenas na escala local, mas na escala nacional e pautado por um modelo de sociedade que contemple o interesse social e econômico da coletividade.

Muitos são os conceitos acerca do território. No caso da saúde, o território é um espaço constituído de um determinado grupo de atores sociais, internamente é relativamente homogêneo, sofre influência da história de sua formação. Mas o mais importante é que o território é portador de poder, nele se constroem os poderes de atuação do Estado, das agências, dos conselhos e de seus cidadãos, demonstrando sua importância estratégica para formulação de políticas sociais públicas que visem ações de enfrentamento dos problemas da população que habita esse território (BARCELOS, 2004).

Assim, a dimensão territorial do desenvolvimento se mostra necessária, sendo condicionada pelas ações de saúde, uma vez que é no espaço, em suas diversas escalas, onde as políticas se encontram e podem gerar as sinergias necessárias ao processo de

desenvolvimento. Pensando assim, o modelo da saúde no Brasil tem como pressuposto planejar e implementar a regionalização desta, buscando contribuir com o desenvolvimento local e regional (GADELHA, 2011).

Para Gadelha (2011), as ações em saúde contribuem para o desenvolvimento regional tanto pelo seu componente de investimentos quanto pelo impacto que exercem nas despesas de capitais e correntes. No contexto que determina os investimentos locais, regionais e nacionais, seria uma das formas de superar o ciclo vicioso do fluxo de investimentos no país que tem historicamente contribuído para acentuar as diferenças regionais (GADELHA, 2011).

Tem-se a compreensão de que a regionalização da saúde possa potencializar o desenvolvimento local e regional, aproximando a região do planejamento nacional. Além disso, a saúde pode ser um indutor de novas regionalizações que possibilitem uma melhor distribuição de renda e contribuir para dinamizar a economia local, evidenciando a natureza endógena da relação entre saúde e desenvolvimento (GADELHA, 2007).

Nota-se que além do impacto sobre a capacidade de desenvolvimento humano e de dinamização da economia, a saúde impacta regiões além dos limites fronteiriços, contemplando programas que atuam diretamente na integração regional entre países, como é o exemplo do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira (PDFF). Programa este que tem como objetivo estimular 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 (CARGNIN, 2014).

Assim, o planejamento das ações de saúde na fronteira adentra as questões das relações com os territórios vizinhos e que por vezes se torna complexo quando nessa faixa de fronteira a população é flutuante, que faz uso do sistema de saúde em ambos os países. Tais regiões ainda sofrem com a falta de recursos humanos especializados e insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, além da distância dessas cidades fronteiriças em relação aos centros de referencias em saúde. Nesse sentido, é importante que o desenvolvimento regional e territorial seja elemento constitutivo de uma política norteadora para o desenvolvimento nacional levando em conta as regiões fronteiriças do Brasil (GALLO; COSTA, 2004).

O modelo de saúde brasileira institucionalizado na constituição de 1988 Sistema Único de Saúde preconizou como princípios: a universalidade, a equidade e a

integralidade; e como diretrizes organizacionais: a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, ou seja, a municipalização da saúde. Desta forma, a regionalização se configura como um marco legal do SUS, como uma estratégia para organização associada à descentralização e à hierarquização (BRASIL, 1988). Com base na lei 8.080 que institui o SUS, fica evidente a associação da saúde a uma perspectiva territorial à diretriz da descentralização por meio da estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde atendendo a diversidade regional do país (BRASIL, 1990). Este modelo 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.

Portanto, a saúde é, ao mesmo tempo, parte do sistema de proteção social e um fator essencial que condiciona o desenvolvimento e a própria dinâmica regional, com impacto sobre a renda, o emprego, os investimentos e as inovações tecnológicas colocando-se como portadora de desenvolvimento que segundo Gadelha (2011) torna a área da saúde elemento chave que inclui a produção articulada de bens e serviços e 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.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

O modelo de atenção à saúde no Brasil, antes de 1988, era pautado na assistência médica, de cunho curativo e individual, que privilegiava tecnologias rudimentares e que reconhecia a saúde como a simples ausência de doença. Assim, era necessário uma transformação desse paradigma. Criou-se então o SUS em 1988, com o objetivo de melhorar o modelo de serviços de saúde, que além de precário, era insuficiente para a abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira (MOTTA; BATISTA, 2015).

Na busca por redefinir um novo modelo de saúde, foi priorizada a reestruturação da atenção básica. Surgiu então o programa de saúde da família (PSF) que tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência à saúde. De forma a colocar a família como elemento central e levando em

conta o ambiente físico e social do território a que pertence essa família, buscando tratar a saúde com caráter menos curativo e mais preventivo.

> O PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. (BRASIL, 1994, p.36).

Destarte, o PSF passa a ser uma estratégia do setor da saúde que não deve ser entendida com uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo que já não atendia mais a realidade do país, por um modelo sintonizado com os princípios de universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações. E, acima de tudo, preocupado com a permanente defesa da vida do cidadão (NETO, 2000). Desta forma, a saúde da família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, centrada na promoção da qualidade de vida da população.

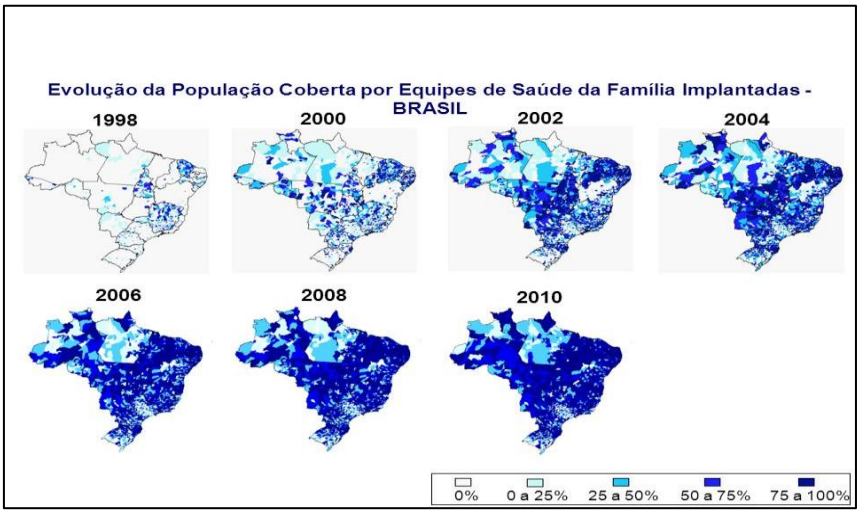
O Programa de Saúde da Família seria uma proposta de intervenção mais ampla no Brasil com o propósito de reorganizar a atenção básica. Atualmente tem sido reconhecido como eixo reestruturante do SUS como um todo. Mas para a consolidação deste, um dos principais desafios é resolver os problemas das desigualdades em saúde, em face da diversidade regional e local. Sendo assim, é necessária uma mudança no papel da atuação do estado e um alinhamento das diversas escalas, da local à nacional, por meio de ações conjuntas e de forma coordenada, buscando articular princípios nacionais de política com decisões locais e regionais. (BRASIL, 2006).

O SUS trouxe uma mudança no modelo de saúde brasileiro em que o atendimento deve ser universal, ou seja, todos podem utilizar os serviços de atenção básica de forma gratuita. Assim, o PSF estará alinhado aos princípios que permeiam o SUS. Ainda no tocante dos princípios, vale evidenciar que o PSF atende, na sua plenitude, todos eles. Quanto ao princípio de caráter substitutivo, o PSF foi criado com o intuito de reestruturar os serviços de atenção básica, isso significa substituir as práticas tradicionais de assistência com foco nas doenças, por um novo processo comprometido com a solução dos problemas, além da prevenção e promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2012). Já os princípios de integralidade e hierarquização, o PSF incorpora tais quando oferece ações e serviços ao sistema local de assistência denominado atenção

básica, que deve estar vinculada à rede de serviços de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Conforme o Ministério da Saúde, no ano de 2006 o PSF já havia totalizado 91,8% do total de municípios do País, cobrindo 46,2% da população que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas. Em termos de Brasil, a cobertura populacional do PSF chegou a expressivos 600% no período de 1998 a 2004.

Figura 3 – Evolução cobertura ESF implantadas no Brasil



Fonte: Ministério da saúde, 2012.

A figura 3 mostra a expansão do programa PSF com a cobertura da população pelas equipes de saúde, que com o passar dos anos, foram sendo reformuladas, adentrando novos profissionais e tornando-se equipes multidisciplinares, atendendo assim, as especificidades de algumas regiões do país. O volume de investimentos em atenção básica também cresceu possibilitando a oferta de serviços de saúde com maior qualidade ao cidadão. O PSF acabou mudando o perfil de recursos humanos da área de saúde. Tal é o impacto que acabou modificando até mesmo as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina, contemplando 30% dos conteúdos direcionados a atenção básica (MOTTA, 2015).

O PSF, nos últimos anos, vem conseguindo aumentar a cobertura populacional, produzindo efeitos positivos como: a redução da mortalidade infantil, prevenção de eventos mórbidos, entre outros, o que favoreceu a maior aproximação entre os serviços e a população. Desta forma, o Programa da Saúde da Família passou a ser chamado de ESF (Estratégia Saúde da Família). Ficando assim, o ESF com o objetivo de trabalhar a

promoção da saúde como possibilidade de articulação transversal, o que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando à criação de mecanismos que reduzam a vulnerabilidade, defenda a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (MOTTA, 2015). Segundo dados do MS/SAS/DAB e IBGE, em junho de 2016 o ESF já cobre 94% do total da população brasileira e está implantado em 98,4% dos Municípios. Interessante ressaltar que o ESF provocou um aumento da distribuição dos Médicos no território nacional que antes se concentravam nos grandes centros.

Figura 4 – Distribuição de Médicos no Brasil

Unidade da Federação	Número de Médicos 2008-2016					Variação
	2008/Jun	2010/Jun	2012/Jun	2014/Jun	2016/Jun	
11 Rondônia	10.439	12.496	14.757	18.259	21.259	103,65%
12 Acre	6.422	7.233	8.713	10.028	11.134	73,37%
13 Amazonas	32.179	34.910	36.570	42.000	46.977	45,99%
14 Roraima	4.555	5.476	6.789	8.602	8.115	78,16%
15 Pará	42.274	47.355	52.812	61.392	69.356	64,06%
16 Amapá	5.362	6.100	6.766	8.617	9.590	78,85%
17 Tocantins	13.507	14.916	16.986	19.514	23.042	70,59%
21 Maranhão	45.588	53.650	59.692	64.521	70.331	54,28%
22 Piauí	22.880	24.972	27.968	32.288	36.875	61,17%
23 Ceará	52.813	59.728	65.233	74.133	85.525	61,94%
24 Rio Grande do Norte	27.446	30.843	34.022	37.853	42.097	53,38%
25 Paraíba	28.861	32.898	38.344	43.829	47.751	65,45%
26 Pernambuco	61.584	68.971	79.336	90.318	100.771	63,63%
27 Alagoas	23.556	25.517	27.854	31.228	35.148	49,21%
28 Sergipe	16.328	19.082	21.727	25.492	27.311	67,26%
29 Bahia	97.312	112.732	126.772	141.612	155.885	60,19%
31 Minas Gerais	177.032	203.958	218.370	256.903	284.839	60,90%
32 Espírito Santo	30.324	34.803	40.368	46.343	50.910	67,89%
33 Rio de Janeiro	134.780	159.533	183.431	208.122	223.462	65,80%
35 São Paulo	376.961	437.655	498.707	560.241	617.397	63,78%
41 Paraná	86.577	95.855	111.271	125.168	138.155	59,57%
42 Santa Catarina	54.386	63.982	70.305	79.034	89.253	64,11%
43 Rio Grande do Sul	82.751	93.333	105.347	126.153	145.758	76,14%
50 Mato Grosso do Sul	19.699	22.810	26.936	31.277	35.840	81,94%
51 Mato Grosso	25.233	29.237	32.822	36.870	40.902	62,10%
52 Goiás	42.784	50.274	57.229	66.262	73.301	71,33%
53 Distrito Federal	29.176	34.708	38.791	42.956	48.566	66,46%
TOTAL	**1.550.809**	**1.783.027**	**2.007.918**	**2.289.015**	**2.539.550**	**63,76%**

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Portanto, o ESF, agora com uma nova roupagem no tocante dos seus objetivos e com metas de cobertura nacional de 100% dos municípios até 2020, figura hoje no cenário do desenvolvimento nacional como elemento chave para melhoria da qualidade, não apenas dos serviços de saúde, mas do bem-estar do cidadão. Dada a importância do ESF, em face de sua abrangência nacional e com foco na família, que para Hareven (1986) "família é um agente ativo de mudança social", gera um importante efeito na equidade em saúde enfatizando a relação entre saúde e desenvolvimento, sobretudo em um país cuja escala de alcance das ações sociais é de alta relevância.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo teórico-reflexivo fundamentado por autores que abordam a saúde e a sua relação com o desenvolvimento regional. Inicialmente, foi realizada busca de livros, artigos científicos e documentos em bases de dados da saúde, nacionais e internacionais, que abordassem os conceitos, abordagem e perspectivas acerca da temática. A busca dos artigos científicos deu-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Health Literature (CINAHL) e portal PubMed, em março de 2021. Foram utilizados como descritores: saúde; atenção à saúde. Acrescentaram-se, as palavras desenvolvimento para melhor direcionamento dos resultados.

Localizados os textos, seguiu-se com o aprofundamento teórico. Os resultados foram discorrem sobre o processo de institucionalização do reconhecimento do protagonismo da saúde na política de desenvolvimento nacional; as dificuldades de gestão e aplicação dos recursos na área de saúde; os impactos da articulação entre a saúde e desenvolvimento no que se refere à regionalização e descentralização preconizada pelo modelo do sistema único de saúde. Além disso, desafio de fazer com que a saúde seja reconhecida como uma indutora de desenvolvimento, gerando emprego e renda, buscando a qualidade de vida do cidadão e contribuindo para a redução das desigualdades, fazendo, enfim, parte da agenda de desenvolvimento nacional, em função de seu caráter estratégico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da expansão do compromisso com a universalidade da saúde em todos os níveis e sua relação seja, direta ou indireta, com o desenvolvimento, requer um olhar mais apurado sobre a gestão e seus impactos para sociedade. Dada as proporções da relevância da saúde no contexto do desenvolvimento seja ele, local, regional ou nacional por meio de programas como PSF que hoje cobre aproximadamente 94% da população brasileira e a contribuição do complexo econômico-industrial da saúde para economia, faz-se necessário uma análise crítica e reflexiva com o intuito de apontar alguns desafios dessa articulação entre saúde e desenvolvimento.

Na busca de expansão da universalidade, tanto do acesso quanto da utilização dos serviços de saúde, assim como investimentos para dinamizar os arranjos produtivos de saúde, permanecem lacunas estruturais, administrativas e políticas que limitam os resultados alcançados. Assim, apesar da área de saúde ter sua importância reconhecida, faltam 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.

Percebe-se ainda, desafios que dificultam uma transformação profunda na área de saúde que geram impactos negativos na qualidade e na perspectiva de dinamizar o SUS frente ao sistema privado de serviços que vem crescendo no país. Ainda desafios como: a necessidade de um Estado mais atuante nas estratégias de desenvolvimento nacional; investimentos na base produtiva de inovação em saúde; buscar regionalizar os complexos industriais de saúde; definir fontes de recursos mais efetivas 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.

Dentre os desafios já citados, tem-se o do papel do Estado na estratégia de desenvolvimento nacional. Para Gadelha (2006), o Estado é ator essencial na promoção da articulação da saúde, exercendo papel de grande importância estratégica. Este deve atuar 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 sendo implantadas, ainda há um longo caminho para que o Estado articule políticas sociais e econômicas que consolidem as questões relacionadas à saúde e que produzam alterações nos determinantes de desigualdade, ressalta Gadelha (2007) por ora, os interesses do capital continuam a ter maior importância na dinâmica do setor produtivo.

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 um projeto nacional de desenvolvimento. Desta forma, as escalas intermediárias ganham um novo sentindo e importância no contexto do desenvolvimento nacional.

Na concepção do Sistema Único de Saúde brasileiro, o Programa de Saúde da Família 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, são poucos os resultados obtidos. Apesar da expansão do programa PSF 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 politicas 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 (GADELHA, 2009).

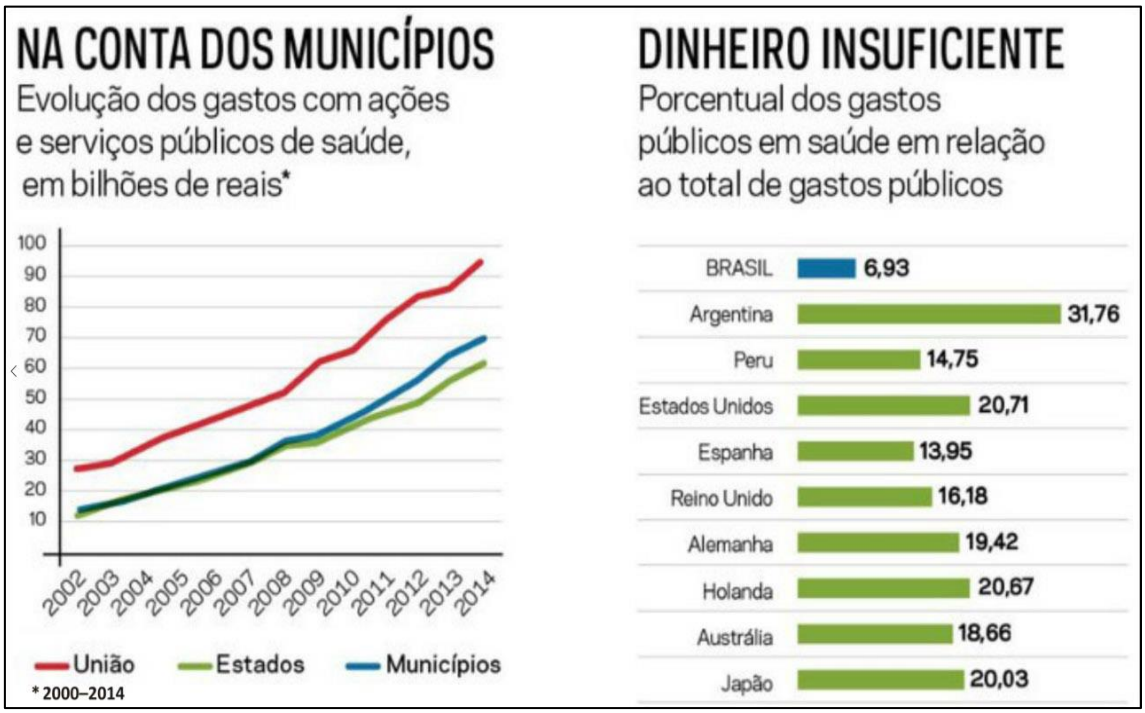
Dadas as dificuldades encontradas pelo modelo de descentralização e regionalização proposto pelo sistema único de saúde, ainda surgem outros elementos que dificultam a obtenção de resultados efetivos, dentre os quais estão: a grande complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país 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, a 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 ao 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.

Figura 5 – Gastos com Saúde no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Conforme a figura 5, observa-se que há um aumento nos gastos com saúde nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal). No entanto, tem-se um grande déficit, pois o Brasil gasta apenas 6,93% do total de gastos públicos em saúde, número esse que está muito abaixo de países como Peru e Argentina.

Um dos problemas no Brasil, segundo Oliveira (2005), é que o orçamento no congresso Nacional, muitas vezes, colide com o desenho regional e 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 utilizada 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento vislumbram as possiblidades potencializadoras que esta área pode proporcionar para o desenvolvimento nas diversas escalas. Ela 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 no mundo todo.

Assim, constata-se que ela 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 10% do total de empregos do país. Desta forma, é de suma importância investimentos na base produtiva da saúde e buscar implementar iniciativas para alcançar um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo e economicamente competitivo, determinando uma trajetória estratégica de inserção no cenário global.

Apesar do modelo do Sistema Único de Saúde vislumbrar a universalidade do acesso, além de contemplar diretrizes de descentralização e regionalização da saúde buscado melhorar a qualidade de vida das pessoas, ele enfrenta uma série de problemas quanto sua efetividade na prática. Um deles está na dificuldade de o Estado 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 da regionalização vista com marco legal do SUS, percebe-se a dificuldade encontrada para sistematizar e atingir os resultados esperados, pois

vislumbra-se 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 da saúde da família passa a ser uma estratégia para buscar atingir o maior número de cidadãos, uma vez que, hoje tem adesão de praticamente 98,4 % dos municípios brasileiros. O PSF tem como objetivo definir um novo modelo de saúde, priorizando a reestruturação dos serviços de saúde da atenção básica nos quais a família é o elemento central.

Com tudo, a situação da saúde se mostra preocupante com problemas estruturais, administrativos e regulatórios. A dificuldade de obtenção de resultados satisfatórios são impedidos pela complexidade de consolidar uma política nacional de saúde que dê a devida importância para as questões da saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEBRANDT, Sérgio Luís. **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, 2002.

BARCELOS. Christovam. **O Território e a Vigilância da Saúde**. EPSJV: programa de formação de agentes locais. Rio de Janeiro, 2004.

BRANDÃO. Carlos Antônio. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global.** Campinas: Unicamp, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988.Brasília: Senador Federal, 1988.

BRASIL. **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, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família**. Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.

CARGNIN, Antônio Paulo. **Políticas de desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul: vestígios, marcas e repercussões territoriais**. 1ª ed. – Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2014.

FRANTZ, Telmo Rudi. **Inovação Tecnológica e Desenvolvimento: noções introdutórias e perspectivas analíticas à luz das teorias econômicas**, In:SIEDENBERG, Dieter Rugard (Org.). Desenvolvimento Sob Múltiplos Olhares. Ijuí: Unijuí, 2012.

FURTADO, Celso. **Dialética do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro. Editora: Fundo de Cultura, 1964.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, COSTA, Laís Silveira. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial.** Rio de janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, COSTA, Laís Silveira. **A Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2011.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, COSTA, Laís Silveira. **A Saúde na perspectiva da Proposta de Desenvolvimento do Governo Federal**. Nota Técnica. Brasília, 2010.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.19, nº 71, 2007.

GALLO, Edmundo, COSTA Laís. **A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

HAREVEN, Tomas. **Historical changes in the family and the life course: implications for child development**. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1986.

MOTTA, Luís Claudio de Souza, BATISTA, Rodrigo Siqueira. **Estratégia da Família: Clinica e Crítica**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2015.

NETO, Milton Menezes da Costa. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

OLIVEIRA, Gilson Batista de. **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, 2003.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **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, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos Sistemas de Saúde o caminho para a cobertura universal**. 2010.

PUTNAM, Robert David. **Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

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

SIEDENBERG, Dieter Rugard. **Fundamentos, Trajetórias e Abordagens Contemporâneas do Desenvolvimento**, In:SIEDENBERG, Dieter Rugard (Org.). Desenvolvimento Sob Múltiplos Olhares. Ijuí: Unijuí, 2012.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Cidadania e desenvolvimento local: Critérios de Análise**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

TRENNEPOHL, Dílson. **Avaliação de Potencialidades Econômicas para o Desenvolvimento Regional**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

VIANA, Ana Luiz D' Ávila, ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde e Desenvolvimento**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

Recebido em: 01/11/2021

Aprovado em: 21/11/2021

Publicado em: 27/11/2021