

A PROBLEMÁTICA EM TORNO DA DISPARIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS MÉDICOS

Ana Laura Munhoz, Caroline Guedes Quintella, Thauane do Nascimento Pereira, Vinicius Mateus Pereira Covre, Jamile Goncalves Calissi, e-mail: thuanepereira2001@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Serviço Público não é suficiente somente a prestação do serviço, mas para ser efetivo, é necessário que se correlacione ao artigo 6º, § 1º da Lei 8986/89, que estabelece a seguinte redação:

“Serviço adequado é o que satisfaz as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas.”

Sendo assim, encontra-se diante de 08 princípios, onde o Estado possui responsabilidade para realizar regulamentações e manutenções de infraestruturas, sendo efetivado de modo seguro com a intenção de aprimorar os recursos disponibilizados à população, e deverá ser realizado os serviços de modo que haja valor concebível e adequado à situação.

É possível subdividir o serviço público em 03 tipos, gerais (valores recolhidos pelos impostos para atender a população de modo geral), individuais (prestado para a população de modo individual e após o uso acompanha as taxas) e essenciais (não podendo ser suspenso por lei, pois a privação dele abalaria o funcionamento de serviços essenciais para a população).

Dessa maneira, apresentando dados e pesquisas, é fundamental explanação dos desafios do Estado para resolução da problemática da desigualdade do acesso aos serviços públicos, sendo palco para debates sobre como lidar com essa discrepância apresentada em nosso sistema, e com isso, é essencial se atentar ao início e o caminho percorrido, pois com essa atenção é possível evitar os mesmos fatos e efeitos que já ocorrem, sendo o objetivo salientar, resolver e estudar as causas sociais presentes, dando espaço para novas iniciativas de melhorias.

2 MÉTODO

O presente trabalho se utiliza do método indutivo, aplicando a legislação vigente e fundamentos, com a utilidade de expor as diferenças em razão aos serviços públicos desde de seu início, concomitante a abordagem de doutrinadores que fazem da análise um instrumento para diferenciar o fator problema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1990 foi criada a Lei nº 8.080 que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS é tido como um modelo de referência de atendimento público à saúde no mundo. Sendo que, esse sistema unificado, na tentativa de alcançar o modelo pretendido em relação a prestação de serviços de saúde ocasionou na ocorrência de negligências na administração dos recursos financeiros e falta de materiais, a ocorrência de atrasos nos repasses de verbas públicas, longa espera nas filas de atendimentos, há comprovações de atrasos de pagamentos de funcionários, falta de medicamentos e leitos, entre outros acontecimentos, não se pode colocar a culpa única e exclusivamente no SUS, o que ocorre é a falta da administração pública efetiva para regularizar as necessidades do sistema.

3.1 Percursos das políticas de saúde pública no brasil

Enquanto ocorria a Segunda Guerra Mundial, e o avanço do capitalismo em alguns locais, o Estado entrou diretamente em processos de democratização, prestação de serviços sociais e regularidade dos direitos. Após a criação das políticas do Estado de Bem-Estar Social, foi desenvolvida o Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso é possível estudar o fator que a política do Estado de Bem-Estar Social foi de grande importância para o direcionamento para a constituição de grandes políticas de saúde, educação, habitação e local de trabalho, no qual contribuiu diretamente para a benfeitoria das condições de vida humana.

No entanto, em certos países de subdesenvolvidos, como o Brasil, o Estado terminou em um desenvolvimento reduzido, uma vez que as políticas sociais criadas no país não

foram suficientes para banir a sequência que reproduz o fator problema. Nesse cenário, é possível perceber que os serviços públicos em razão a saúde da população permaneceram em uma via dupla, no qual havia um sentido que os serviços médicos de média e alta complicações eram enviados aos grupos que colaborava continuamente para as instituições previdenciárias do Estado; em outra via, existiam o grupo de excludente do mercado formal de trabalho, ou seja, que não havia acesso aos benefícios da previdência social (Lanzara, 2006)

Diante ao benefício seletivo, em razão a área de serviços de saúde, no qual há carência de atenção no momento que houve o acúmulo de capacitação. Desse modo, os grupos que não havia a contribuição com tais institutos, possam se dizer que eram a grande maioria da população brasileira, ou seja, grupo prevalente da situação, como afirma Lanzara (2006), a lógica que excluiu do racionamento de recurso sociais e ausência de suporte de atendimento hospitalar. Vale reportar que o Estado abdicou da infraestrutura própria de serviços públicos, como hospitais e posto de saúde. Antes da criação do SUS, em 1990 os hospitais eram concentrados em áreas economicamente favoráveis do país, de modo contíguo, também os hospitais privados que cresceu nessas áreas, intensificando as diferenças nas distribuições dos serviços públicos, como no caso, serviços médicos.

Após o movimento de redemocratização no final da década de 1970, houve o surgimento de reformulação a política pública. Esse processo foi iniciado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que operou os atores políticos e sociais que não compactuava com o modelo de medicina previdenciária anterior. (ESCOREL et. al, 2005). Embora não seja algo decretado, é nesse cenário que houve a prática de pensar na saúde coletiva, O Plano de Localização de Unidade de Serviços, buscava aplicar a globalização o acesso aos serviços, correlacionando as demandas o total dos serviços. Apesar da intenção citada, teve de fato o efeito mais imediato de provar a existência de forma mais direta e justa em relação a distribuição dos serviços. Porém, é na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 17 a 21 de março de 1986, no qual foram projetados os princípios da Reforma Sanitária, que aprovou a criação do Sistema Único de Saúde.

A constituição de 1988 apresentou uma importante etapa que disponibilizou um processo contínuo de reformas sociais. Com ela estruturou o sistema de proteção social que teve como inspiração os valores do Estado de Bem-Estar Social. Baseados nos princípios da universalidade, da seguridade social e da compreensão da questão social como um direito de cidadania. Dessa maneira, a Carta Magna celebrou o SUS e reuniu sobre sua organização, sendo: universal e igualitário, descentralizado e financiado pelo governo (fundos públicos). Diante a Cartilha do SUS (2014. p. 8) e no Art. 196 Constituição Federal de 1988, que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Embora a criação do Sistema Único de Saúde tenha representado uma evolução ao acesso do serviço público, não extinguiu o fator problema, pois ainda há existência de desigualdade diante a temática. Desde a criação, o sistema passou por inúmeras reformulações de seus serviços, houve ajustes fiscais da década de 1990, no qual o sistema foi afetado pelo corte de gastos, que provocou uma crise de financiamento.

Conforme exposto na Constituição Federal de 1988, a saúde é umas das três áreas que faz parte da seguridade social, devendo ser financiada por toda sociedade, direta ou indiretamente, atrás de recursos vindo do Orçamentos de Seguridade Social (OSS). De acordo com Fagnani e Vaz (2013), a Seguridade Social é um mecanismo importante de proteção social e um instrumento essencial para o desenvolvimento. Além de transmissão monetárias para as famílias, da previdência, do trabalho e da assistência social, a seguridade social brasileira atende a oferta de serviços globais no cenário do Sistema Único de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, diante da necessidade da efetivação de princípios constitucionais e sociais, conforme descreve os supracitados, Artigos 6º e 196º CF/88, que incluem a saúde nos direitos e garantias fundamentais e sociais, para o bom funcionamento do corpo social,

gerou ao estado a obrigação da criação de medidas para que se alcançasse tais princípios. Em decorrência disso, notou-se o conturbado desenvolvimento das medidas usadas pelo Estado, pré-Constituição e pós-Constituição. No período pré-Constituição, o que se viu foi a evolução de critérios que eram disponibilizados pelo governo, a seletiva de recursos disponibilizados aos mais desenvolvidos, e a dificuldade ao acesso, das pessoas que compunham a classe baixa da sociedade em época. Com a promulgação da carta magna em 1988, iniciou-se a democratização ao acesso da saúde, mesmo que vagaroso, utilizando-se de medidas como a CPMF, OSS, e por último, mas não menos importante, o SUS, o sistema que integrou os diversos âmbitos da saúde nacional, e garantiu à população de baixa renda, o tão visado bem-estar social, como já estudado acima.

Por fim, não se pode olvidar que, com o decorrer dos anos, o SUS entrou em crise, entre disputas políticas e a má administração societária brasileira, o colapso foi eminente e rápido, como já estudado anteriormente. Apesar do SUS ser um modelo de desenvolvimento e garantia de saúde para quem observa de fora, o que se enxerga de perto é o fracasso governamental. O modelo de unificação da saúde criado em 1990 é sim motivo de orgulho nacional, porém, se tornou manobra política e administrativa. Cabe a população nacional, abranger a vista crítica aos próximos que disputarão o lugar da administração pública, pois cabe à eles a efetivação das cláusulas Constitucionais que garantem a saúde pública e o desenvolvimento do bem-estar social.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil, Volume 1: Dados Gerais e Descrições de Desigualdades**. Relatório de Pesquisa. São Paulo, SP – Dezembro de 2011. Disponível em:
<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas_publicas/demografia01.pdf>
Acesso em: 10/09/2014

FONSECA, A.; FAGNANI, E. (Orgs.). **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo. Vol. 2. 2013.

LANZARA, A. P. **A Construção Histórica do Estado Social no Brasil e no Chile: do mutualismo ao seguro**. 2012. Tese (Doutorado) – IESP-UERJ, Rio de Janeiro, 2012

LANZARA, A. P. Regimes de Welfare, **Regulação Social e as Trajetórias das Políticas de Saúde no Chile e no Brasil**. Vol. 1. 2006. 142 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1998.

VICECONTI, P. E. V.; NEVES, S. **Introdução à economia**. 8. ed. São Paulo: Frase Editora, 2007. 622 p.