

EQUIDADE NA SAÚDE COMO DIREITO HUMANO À SEGURIDADE SOCIAL: O ESTADO EMPREENDEDOR

Dionis, Janner-Leal¹

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil

Recibido 16/05/2023

Aprobado 25/06/2023

RESUMO

O presente artigo aborda a equidade na saúde como direito humano à seguridade social e como condição do desenvolvimento das capacidades (*capabilities*) e o papel do Estado como empreendedor na contribuição dessa equidade. O objetivo geral é identificar a relação entre equidade na saúde e capacidades da pessoa para ter uma boa vida a ser vivida. Como objetivo específico, identificar o papel do Estado nesse cenário e como podem contribuir para a equidade na saúde das pessoas como direito humano à seguridade social. Ainda, um breve retrato da realidade da saúde no Paraguai. Buscou-se pelo método hipotético dedutivo trazer para o debate a interrelação entre equidade na saúde, desenvolvimento das capacidades da pessoa e o papel do Estado. Como resultado, percebe-se que o envolvimento do Estado é de protagonista e deve promover cooperação com o mercado dependente de incentivos públicos para a promoção da equidade na saúde e desenvolvimento das capacidades, bem como se demonstrou alternativas para universalização da saúde pública no Paraguai.

Palavras-chave: Capacidades. Equidade na saúde. Estado empreendedor.

RESUMEN

Este artículo aborda la equidad en salud como un derecho humano a la seguridad social y como condición para el desarrollo de capacidades y el papel del Estado como

¹Doutorando em Direitos Humanos (UNIJUÍ). Bolsista CAPES Mestre em Direito (IMED-Passo Fundo). Pós-graduado em nível de Especialização em Direito Público (URI-Santo Ângelo). Bacharel em Direito (URI-Santo Ângelo). Membro do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Justiça Social e Sustentabilidade (UNIJUÍ). Membro do Grupo de Pesquisa sobre a Teoria da Justiça de Amartya Sen (IMED-Passo Fundo). Autor de livros, artigos e pesquisas sobre *Accountability*, Governança Corporativa, ESG, Gestão de Riscos, Proteção de Dados e Contratação Pública. Advogado. E-mail: dionislealadv@gmail.com.

empresario para contribuir a esta equidad. El objetivo general es identificar la relación entre la equidad en salud y la capacidad de una persona de tener una buena vida para vivir. Como objetivo específico, identificar el papel del Estado en este escenario y cómo pueden contribuir a la equidad en la salud de las personas como un derecho humano a la seguridad social. Además, un breve retrato de la realidad de la salud en Paraguay. El método deductivo hipotético buscó poner en debate la interrelación entre la equidad en salud, el desarrollo de las capacidades de la persona y el papel del Estado. Como resultado, queda claro que el involucramiento del Estado es protagonista y debe promover la cooperación con el mercado dependiente de incentivos públicos para promover la equidad en salud y el desarrollo de capacidades, así como demostrar alternativas para la universalización de la salud pública en Paraguay.

Palabras claves: Capacidades. Equidade na saúde. Estado empreendedor.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde é condição essencial para a plena manutenção da vida do ser humano, assim como tem como consequência dar suporte elementar para o desenvolvimento de capacidades para ter uma boa vida a ser vivida, com qualidade e liberdade, e considerado tema central da justiça social.

As condições de vida das pessoas são, comumente, vistas a partir de referência de dados e estatísticas oficiais por critérios econômicos, a exemplo de acesso a bens e serviços, renda por pessoa ou produção interna de um país, os quais são disponibilizados por organismos independentes ou públicos, a exemplo no Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e na América Latina, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), que traz contribuições essenciais de dados para os países, como os gastos públicos com saúde, que representou em 2019 a 3,3% do PIB nacional no Paraguai.

Este artigo tem como objetivo geral abordar a relação entre equidade na saúde e capacidades da pessoa para ter uma boa vida a ser vivida. Como objetivo específico, identificar o papel do Estado nesse cenário e como pode contribuir para a equidade na saúde das pessoas como direito humano à segurança social e contextualizar a universalização da saúde pública no Paraguai.

A metodologia de abordagem é hipotético dedutivo e opta em trazer para o debate a interrelação entre equidade na saúde, desenvolvimento das capacidades da pessoa e o papel do Estado e do mercado.

Afirma-se que o envolvimento do Estado é de protagonista e deve assim agir, uma vez que o mercado é insuficiente e incapaz de oportunizar contrapartida para a promoção da equidade na saúde e o desenvolvimento das capacidades nas pessoas.

2 EQUIDADE NA REALIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE SAÚDE

Ao realizar estudos comparativos a partir de fontes informacionais de bem-estar das pessoas a fim de medir as desigualdades – inclusive de saúde –, tem-se que tais pesquisas realizadas no âmbito interno de cada país (pesquisa domiciliar) trazem apenas um recorte da realidade (ALVAREDO; CHANCEL; PIKETTY; et al., 2020, s.p.). Também, estudos realizados pela OPAS/OMS e CEPAL fazem essa análise pela média geral de cada país.

Esses estudos com frequência enfatizam apenas os avanços nas médias gerais de indicadores de saúde em diversos países, onde as iniquidades aparecem abaixo dessas médias, quando se considera outros critérios como estrato socioeconômico, localização geográfica, etnia, idade, gênero, entre outros, são visíveis as disparidades de acesso à saúde (SEN E KLIKSBERG, 2010, p. 130).

É inegável que a saúde é fundamental para as capacidades das pessoas e precisa ser valorada para que seja mantida sua qualidade, uma vez que, segundo Sen e Kliksberg (2010, p. 60) alertam que:

Qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e também de uma exploração eficiente das capacidades humanas não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades de as pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis ou mortalidade prematura.

Logo, equidade na realização e na distribuição de saúde são inerentes à noção ampla de justiça, que se torna uma injustiça a partir do momento em que o acesso à saúde é dificultado por ausência de hospitais ou medicamentos em determinada localidade à população, seja por

ausência de recursos financeiros das pessoas ou do Estado, seja por ausência de política pública efetiva que promova uma equidade na saúde da população.

É importante destacar a distinção entre realização de saúde e a capacidade de obter uma boa saúde, a qual pode ou não ser praticada pela pessoa (uso do tabaco, atividades físicas, excesso de álcool etc.), por um lado, e os serviços sociais que são oferecidos para sua realização (acesso à saúde), por outro.

A equidade na saúde deve ser pautada além do atendimento de saúde, incluindo outras variáveis que interferem na conquista ou perda de saúde, como as predisposições genéticas, hábitos e estilos de vida, auferimento de renda, bem como as condições de trabalho e o ambiente salubre e sanitário (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 61).

Portanto, é insuficiente a distribuição de atendimento de saúde para a população, como a instalação de hospitais e centros médicos em localidades com baixo acesso a esse tipo de serviços, para que haja uma adequação a ideia de realização da saúde e da capacidade de realizar saúde.

O acesso igualitário de homens e mulheres à rede de saúde disponibilizada pelo Estado deve se ater não só a esse aspecto, mas também a alocação de recursos e os arranjos sociais que se conectam a outras questões da sociedade, como fatores de riqueza e pobreza financeira entre as pessoas.

Nesse sentido, se a pessoa A possui acesso a recursos financeiros próprios e a pessoa B é pobre economicamente, e ambas possuem predisposição à mesma enfermidade, a pessoa A terá acesso a tratamentos médicos alternativos e mais avançados muitas vezes indisponíveis na rede pública de saúde, aumentando suas chances de cura e qualidade de vida. Há clara iniquidade na saúde neste caso.

Do mesmo modo, impedir o acesso da pessoa A em obter um tratamento privilegiado na rede privada de saúde, por eventual escolha política, há também violação à equidade de saúde, uma vez que aquele que possui condições de comprar saúde está vedado de fazê-lo ao ser impedido, por exemplo, de importar medicamentos inexistentes em território nacional.

Ao pensar apenas na redução da desigualdade na saúde para atingir a equidade de saúde é o mesmo que a “abordagem para o problema da fome mundial (que não é desconhecido) de comer menos comida, ignorando o fato de que qualquer recurso geral pode ser usado para alimentar melhor os famintos” (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 64).

É evidente que a ausência de recursos ou sua alocação adequada para o atendimento de saúde são dependentes de aportes financeiros, mas que a violação da equidade de saúde não se mede a partir da desigualdade na saúde.

Nessa linha, ao se conceber políticas de saúde deve-se distinguir a igualdade em realização da saúde (capacidades e liberdades) e a igualdade na distribuição de recursos de saúde, é naquela (igualdade em realização) que mora a equidade de saúde, uma vez que é insuficiente a distribuição equitativa de atendimentos de saúde (acesso) sem que haja possibilidade de uma equidade em realização de saúde.

Igualmente, Flávio Comim ressalta que:

[...] palavras, para saber se uma pessoa tem uma boa vida ou não, ou se uma sociedade está indo bem ou não, é necessário olhar não somente para os recursos que ela tem a sua disposição ou seu estado subjetivo - do que sentem e dizem as pessoas sobre sua situação - mas para as suas capacitações. Isto é, para o conjunto de liberdades substantivas que ela possui (2021, p. 13).

Aos fazer uma referência entre saúde, morbidade e variações posicionais, Sen destaca que dependendo da região em que determinado grupo de pessoas tenha maior acesso à educação, trabalho e renda, possuem uma consciência maior das possíveis enfermidades que podem lhe acometer, bem como da necessidade tomar iniciativa de procurar soluções médicas e tomar medidas de caráter preventivo para evitar futuros prejuízos à própria saúde. Faz críticas ao que ele chama de ilusão de baixa morbidade nos ambientes socialmente atrasados, uma vez que as autopercepções não podem ser “consideradas reflexos precisos da saúde e da doença em uma compreensão transposicional adequada” (SEN, 2011, p. 198).

Portanto, deve-se ter acuidade pelos gestores públicos em considerar dados estatísticos baseados em autorrelatos de doenças e a busca de cuidados médicos pela população (como a visita de agentes de saúde e serviço social nas localidades) sem análise de dados baseados em indicadores como exames laboratoriais, doenças e outros tipos de registros de saúde mais precisos, considerando as perspectivas posicionais das pessoas.

Sob essa perspectiva, é crucial o alargamento da base informacional das avaliações para afastar as ilusões posicionais (SEN, 2011, p. 202), pois dizem respeito à visão do agente,

isto é, da condição de agente, que Sen descreve com maestria na obra denominada Desenvolvimento como liberdade (Sen, 2015, p. 5²).

No cenário sobre equidade na realização e distribuição de saúde, deve-se ter a clareza de que compete o Estado desempenhar o seu papel, uma vez que a seguridade social compreende o esforço estatal de proteção às pessoas em face das adversidades naturais que podem ocorrer na vida, como velhice, enfermidade e desemprego, por exemplo, que afetam a sua dignidade humana.

3 CAPACIDADES HUMANAS

Em outra oportunidade³, discorreu-se acerca da ideia de capacidades (capacitações ou *capabilities*) a partir dos estudos de Amartya Sen, que dizem respeito à vantagem individual, que é “julgada pela capacidade de uma pessoa para fazer coisas que ela tem razão para valorizar” (SEN, 2011, p. 265).

Importante destacar que para o desenvolvimento das capacidades, “demonstra que sua promoção não prescinde de ações positivas pelos agentes (estatais e/ou não estatais), a fim de disponibilizar recursos (financeiros, humanos e estruturais) com o intuito de garantir os direitos sociais, que são imprescindíveis à alavancagem das *capacitações (capabilities)*” (ZAMBAM; LEAL, 2020, p. 174).

Com o intuito de contribuir com uma melhor tradução do termo *capability* (capacitações; capacidades; *capabilities*), Flávio Comim traz a seguinte passagem:

No caso de “capacitação” ou “capacitações”, lembre que há um elemento de liberdades substantivas que são importantes não apenas pelo que produzem, mas também pelo o que são para os indivíduos, e outro elemento que podemos chamar de agência, autonomia, escolha ou mesmo ‘protagonismo’, como diria Paulo Freire (2021, p. 16).

² De acordo com Sen: De fato, a condição de agente dos indivíduos é, em última análise, central para lidar com essas privações. Por outro lado, a condição de agente de cada um é inescapavelmente restrita e limitada pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas de que dispomos.

³ Ver ZAMBAM; Neuro José; LEAL, Dionis Janner. A pobreza como privação de capacitações (*capabilities*): referências sobre a necessidade de políticas públicas no Brasil em tempos de grave crise. In: **Revista de Direito e Desenvolvimento**. Vol. 11. Nº 2. Jul/Dez 2020.

Apesar dos esforços para a tradução da expressão *capabilities* novamente Zambam e Leal trazem uma visão de capacidades para além da pessoa:

Partindo-se da ideia de que o núcleo da abordagem das capacitações não se resume apenas ao que uma pessoa ou grupo realmente faz, mas também ao que ela é capaz de fazer, decidindo em aproveitar ou não uma oportunidade real (SEN, 2011, p. 271), o Estado deve oportunizar, por intermédio de políticas públicas adequadas, o desenvolvimento de capacitações (*capabilities*), considerando as variações interpessoais dos indivíduos (2020, p. 175).

No contexto das capacidades, temos que a sua promoção deve-se, primeiro, de aportes do Estado por intermédio de políticas públicas e de contribuições da iniciativa privada, nos limites de sua responsabilidade social empresarial.

Nesse ponto, Albuquerque e Silva (2014) ao destacarem que a produção social do humano e a determinação da saúde e da doença, ou seja, o homem quando atua sobre a natureza para produção de sua existência, cria condições de existência bem como novos meios de produzir inovações para sua própria existência (p. 955), revela que é necessário cooperação dentro de uma sociedade organizada para que se torne possível o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, corroborando, sem mencionar a teoria de Sen, com a ideia de *capabilities*.

Os autores afirmam que “uma pessoa, isoladamente, não conseguiria viver na condição alcançada pela humanidade, pois não conseguiria produzir tudo o que em sociedade torna-se possível e desenvolver em si todas as potencialidades humanas” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 955).

Há, portanto, o reconhecimento desses autores, inclusive a partir de Marx⁴, que o ser humano nasce sem saber e sem ter condição humana, que vai adquirindo a partir do que a própria sociedade produz (2014, p. 956).

O estudo apresentado por Albuquerque e Silva trazem dados da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde de 2008, que “estariam vinculados aos comportamentos

⁴ Marx, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural” (2014, p. 957).

As denominadas macroestruturas sob os aspectos econômicos, sociais e culturais trazidas dos dados da mencionada Comissão Nacional são, para Sen, as chamadas diversidades e heterogeneidades da vida.

Sen arrola cinco fontes distintas de variação entre as rendas reais (aspecto econômico) e as vantagens (bem-estar e liberdade) que obtemos dela: heterogeneidades pessoais (condições físicas, incapacidades, doença, idade); diversidades ambientais (climas, temperaturas, chuvas); variações no clima social (educação, criminalidade, poluição); diferenças de perspectivas relativas (ser pobre em comunidade rica, vestuário, consumo); distribuição na família (renda familiar desproporcional ou aplicação distinta ou privilegiada entre membros da família) (2010, p. 125).

Na mesma conjuntura, Carvalho traz excelente contribuição ao abordar que a melhoria na situação da saúde que possa reduzir as suas iniquidades são a partir dos determinantes sociais:

Para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades, considerando essa abordagem dos determinantes sociais, é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Por sua vez, a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (CARVALHO, 2013, p. 21).

Arremata o autor, convergindo com os demais autores aqui mencionados, de que a sociedade depende de ações do Estado que muitas vezes não dizem respeito diretamente com o setor de saúde (2013, p. 21), ou seja, o papel preponderante do Estado está visível e cristalino, em especial no contexto brasileiro a partir das disposições constitucionais sobre a seguridade social.

Na sociedade atual, tais condições da pessoa de se apropriar de produções da sociedade se dá, com maior participação, da presença do próprio Estado, que assegura para si a responsabilidade de garantir direitos e exigir deveres aos cidadãos em vários aspectos sociais, inclusive de saúde, criando ficções jurídicas como o direito positivado a partir de normas jurídicas que visam dar concretude, por ações executivas dos braços administrativos do Estado, a fim de elevar as condições de pessoa humana a todos.

É, portanto, o Estado um dos responsáveis por garantir a produção em sociedade das condições humanas de ter uma boa via a ser vivida.

4 O ESTADO EMPREENDEDOR NA PROMOÇÃO DAS CAPACIDADES: UM EXEMPLO DO ESTADO BRASILEIRO

A partir das premissas mencionadas em capítulos anteriores, as diretrizes que estabelecem a executoriedade de políticas voltadas a ensejar condições de saúde e bem-estar às pessoas parte de normas jurídicas como a Constituição Federal e da legislação infraconstitucional, como no caso brasileiro.

A saúde é direito de todos e dever do Estado é o que estabelece o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, capitaneada por vários entes federativos, como a União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, a partir de sua estrutura administrativa, e de forma coordenada e com responsabilidade solidária entre si⁵, bem como é indevida a omissão daquele ente federado instado a se manifestar quando o cidadão interpela o seu direito à saúde⁶.

Nessa linha, a ação estatal na provisão de saúde pública é defendida por Amartya Sen, confirmado pela análise de sua obra, por Comim (2021, p. 53), na medida em que o Estado deve se fazer presente nas ações que visam promover o bem-estar social, o qual possui larga abrangência.

⁵ Nesse sentido, STF: [...] o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. [[RE 855.178-ED](#), red. do ac. min. Edson Fachin, j. 23-5-2019, P, *DJE* de 16-4-2020, Tema 793.]

⁶ Ver STF: Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo. [[AI 550.530 AgR](#), rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, *DJE* de 16-8-2012.]

O Estado é o parceiro fundamental do setor privado e quem deve assumir os maiores riscos na implementação de políticas públicas (inclusive de saúde), devendo disponibilizar recursos humanos e financeiros, além das atividades que lhe é inerente, como expedição de atos normativos, a fim de concretizar as pautas delineadas nas ações promotoras de bem-estar da população.

No caso brasileiro, há previsão constitucional no art. 197 de que as ações e serviços de saúde devem ser executados pelo próprio Estado ou por intermédio de parceiros (terceiros), que são agentes privados, sejam eles com personalidade jurídica ou pessoa natural.

Outrossim, tais ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único (art. 198, CF/88), que possuem, dentre outras diretrizes, o atendimento integral.

Portanto, é assegurado o tratamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde a toda pessoa que necessite de atendimento, em detrimento de opção escolhida por ela, salvo se há real e comprovada necessidade, no caso de inexistir recursos financeiros próprios e que o Estado deve arcar o tratamento que esteja indisponível na rede pública⁷.

⁷ Nesse sentido, STF: (...) podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Inclusive, como ressaltado pelo próprio ministro da Saúde na audiência pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial. Situação diferente é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo sistema de saúde brasileiro. Os tratamentos experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. (...) Quanto aos novos tratamentos (ainda não incorporados pelo SUS), é preciso que se tenha cuidado redobrado na apreciação da matéria. Como frisado pelos especialistas ouvidos na audiência pública, o conhecimento médico não é estanque, sua evolução é muito rápida e dificilmente suscetível de acompanhamento pela burocracia administrativa. Se, por um lado, a elaboração dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada. Parece certo que a inexistência de protocolo clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. [STA 175 AgR, voto do min. Gilmar Mendes, j. 17-3-2010, P, DJE de 30-4-2010.].

Logo, o papel do Estado é se relacionar com grupos de interesses como organizações da sociedade civil, universidades e empresas que possam trabalhar em conjunto em busca por objetivos comuns (MAZZUCATO, 2014, p. 29). Também, deve se valer de seu aparato administrativo equivalente, como empresas estatais, universidades públicas e órgãos estratégicos que possam contribuir com uma cooperação efetiva.

A promoção de políticas públicas e a criação de normativas, que são inerentes ao papel regulador do Estado, é insuficiente para elevar a nível de eficácia na equidade em realizações de saúde.

No contexto das capacidades humanas defendido neste estudo, o papel do Estado como parte interessada vai, evidentemente, além da promoção de normativas de incentivo indireto, devendo focar, inclusive, em políticas ambientais, sociais, culturais e econômicas, por exemplo, que tenham impacto sobre o padrão ou comportamento das pessoas sobre uso de determinados alimentos, apoio a crédito financeiro para iniciativa privada criar soluções e inovações tecnológicas que possam contribuir com a sustentabilidade, o trabalho e a renda.

É o que Mazzucato fala em políticas voltadas para o lado da demanda e para o lado da oferta. Para o lado da demanda, exemplifica-se, como estabelecer direção para novas tecnologias e apoio a soluções inovadoras, como redução de gases do efeito estufa (o que contribui para melhores condições do ar e menor riscos de enfermidades respiratórias), incentivo a padrões de construções ecológicas e sustentáveis. Para o lado da oferta, a inclusão de créditos fiscais, subsídios financeiros, aportes e investimentos em pesquisas, empréstimos e outros benefícios de ordem financeira para determinadas tecnologias estratégicas, que levam soluções para políticas do lado da demanda (2014, p. 159).

Por isso que ainda é carecedor, no caso brasileiro, de políticas voltadas ao lado da oferta, ou seja, de aportes diretos do Estado (financiamentos e empréstimos facilitados e subsidiados e de longo prazo) à iniciativa privada com todo o risco da inovação custeado pelo Estado.

É necessário, para ser bem-sucedidas, que as políticas do lado da oferta enfrentem a incerteza e o custo das inovações que são exigidas para atingir metas (MAZZUCATO, 2014, p. 161), que visam abranger acesso à saúde e desenvolver capacidades humanas para redução de riscos e iniquidades de saúde, como a oferta e incentivo em todos os setores da sociedade, não apenas ao de saúde, mas como inovação, educação, cultura e esporte, por exemplo.

É importante ter conhecimento que o maior risco a ser suportado será pelo setor público, não apenas incentivando mediante publicação de normatizações, mas promovendo incentivos diretos e focados para o setor privado ter uma contrapartida a partir de sua própria organização interna.

Defender a ideia de que o Estado é o *stakeholder* na promoção das capacidades tem como requisitos um verdadeiro empurrão por suas estruturas à iniciativa privada, o que requer substanciais aportes financeiros, de recursos humanos e de (re)estruturação institucional para que seja possível considerar sua participação como parte interessada nesse cenário de desenvolvimento das capacidades humanas em todos os seus aspectos.

5 UMA BREVE ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA UNIVERSAL NO PARAGUAI

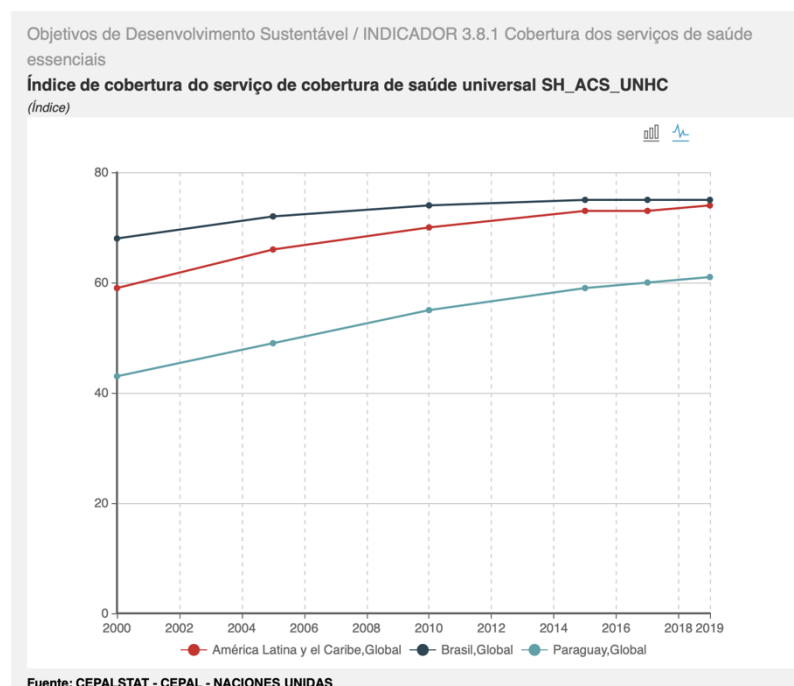
Em relatório divulgado pela OPS⁸ sobre Saúde nas Américas, na análise do perfil do Paraguai, as perspectivas de medidas para a obtenção de cobertura universal da saúde à população estão em seus estágios iniciais se comparado ao Brasil.

A comparação não é quantitativa ou relacionada a números totais, mas sim acerca da capacidade de gestão e governança no âmbito da saúde pública em ambos os países. Ainda, segundo o perfil paraguaio, o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde no país facilitou o acesso gratuito ao tratamento de doenças como lepra, tuberculose, malária, HIV/AIDS, doença de Chagas e leishmaniose, bem como contribuiu para a implementação da gratuidade na saúde, permitindo que as pessoas pudessem ter um melhor acesso a outros tipos de serviços de saúde de maior complexidade.

Se comparado ao Brasil, onde existe há 35 anos o Sistema Único de Saúde (SUS), no Paraguai há ausência de políticas integradas de saúde e atendimento universal à população, em que os entes municipais, regionais e nacional cooperem para distribuição e realização de saúde à população. A realidade vivenciada nos hospitais públicos, a partir de relatos de estudantes do curso de medicina, é no sentido de que existe atendimento público (distribuição de saúde), mas inexistente realização de saúde porque ausente recursos financeiros ou aporte suficiente para garantir o acesso gratuito e universal a tratamentos e exames de baixa, média e alta complexidades nesses espaços.

⁸ Disponível em: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-paraguay#determinants>. Acesso em 18 abr. 2023.

O gráfico abaixo faz um comparativo com dados gerais do Paraguai e Brasil quanto à cobertura do serviço de saúde pública universal. Pode-se perceber que o Paraguai tem pouco mais de 60% de cobertura, enquanto o Brasil em torno de 74% e a média da América Latina e Caribe, 73% de cobertura universal.



Os dados demonstram que até 2019 o acesso ao sistema público de saúde no país ainda é precário e abaixo da média latino-americana e ainda mais distante se comparado ao atendimento prestado ao seu povo pelo Brasil.

Pode-se verificar, pois, que há carência de distribuição e realização de saúde em dados estatísticos básicos, o que pode ser agravado frente à realidade em cada localidade ou regionalidade em que a pobreza é mais crítica, ainda mais em população com etnias específicas, como índios.

Uma contribuição na busca de otimizar a universalização da saúde no Paraguai, com distribuição e realização, o que pode ensejar equidade na saúde pública, é, primeiro, aprimorar as bases informacionais do governo, através de outros programas e de suas bases de dados, como os de distribuição de renda, acesso à educação básica (matrículas), atendimento em postos de saúde (cadastro). Outra medida, é canalizar esforços para criar e implementar políticas

públicas direcionadas e efetivas a fatores sociais previamente levantado a partir daquelas bases de dados.

Isso porque, como prescreve Banerjee e Duflo, a saúde tem o potencial de ser uma fonte de várias armadilhas distintas, citando como exemplo trabalhadores que vivem em ambiente insalubre tem grande probabilidade de ficarem enfermos e perder a capacidade de trabalho por vários dias; crianças nesses ambientes podem ficar doentes com maior frequência de perder alguns dias de educação, comprometendo seu aprendizado; mães que geram filhos nesses ambientes podem ter bebês enfermos (2021, p. 50).

Ainda que o Paraguai esteja a caminho da obtenção de uma saúde pública universal, a experiência brasileira pode contribuir no aspecto da universalização e melhorias de gestão, mas é necessário mudar a política de Estado para uma atuação mais presente e efetiva a partir de dados previamente coletados, o que inclui aportes financeiros substanciais específicos nesses casos cujos dados assim confirmam e uma política nacional e universal de atendimento coordenado e multidimensional com corresponsabilidade entre diversos atores estatais, garantido por um Poder Judiciário também atuante e protagonista, como um aparelho do Estado que é.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo pautou-se sobre a equidade na realização de saúde a partir de uma perspectiva de empreendedorismo do Estado, e que a saúde é condição essencial para a plena manutenção da vida do ser humano, assim como tem como consequência dar suporte elementar para o desenvolvimento de capacidades para ter uma boa vida a ser vivida, com qualidade e liberdade, e considerado tema central da justiça social.

As condições de vida das pessoas são, comumente, vistas a partir de referência de dados e estatísticas oficiais por critérios econômicos. O estudo conseguiu apresentar o objetivo geral ao abordar a relação entre equidade na saúde e capacidades da pessoa para ter uma boa vida a ser vivida, bem como identificou o papel do Estado e do mercado nesse cenário e como podem contribuir para a equidade na saúde das pessoas.

Afirmou-se que o envolvimento do Estado é de protagonismo uma vez que a saúde integra o direito humano à seguridade social cujo dever de proteção do Estado nas adversidades naturais da vida dos cidadãos como velhice, enfermidade e desemprego.

O Paraguai necessita aprimorar a gestão integrada do sistema de saúde público em busca de sua universalização com inserção de aportes financeiros para oportunizar acesso à infraestruturas de saúde e garantir e manter o atendimento dos usuários a tratamentos de baixa, média e alta complexidade de suas enfermidades de forma gratuita e integral.

É necessário criar uma cultura de conscientização à população em geral, mas em especial aos menos favorecidos sobre os benefícios do tratamento preventivo de inúmeras enfermidades, fazendo com que haja sua diminuição a curto e médio prazos mediante tratamento mediante boas práticas de saúde, além de garantir melhoria das capacidades das pessoas a partir de inserção de educação básica de qualidade, infraestrutura de saneamento básico a todos, fomento a empregos e criação de políticas públicas de acesso ao trabalho à população com alto risco de vulnerabilidade social, cuja implementação dependerá da iniciativa privativa do Estado e em cooperação com a sociedade civil e o mercado de forma integrada.

REFERÊNCIAS

- Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., et al. (Orgs.). (2020). Relatório da desigualdade mundial 2018 (L. de Almeida, Trad.). Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Banerjee, A. V., & Duflo, E. (2021). A economia dos pobres (P. M. Soares, Trad.). Zahar.
- Carvalho, A. I. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário (Vol. 2, pp. 19-38). Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- Comim, F. (Year). Além da liberdade: Anotações críticas do desenvolvimento como liberdade de Amartya Sen.
- Faria, E. F. de, & Damasceno, L. M. (Year). Governança corporativa na administração pública. Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura, 8(1), 153–169.
- Fortini, C., & Sherman, A. (2017). Governança pública e combate à corrupção: Novas perspectivas para o controle da administração pública brasileira. Interesse Público – IP, 19(102). <http://www.bidforum.com.br/PDI0006.aspx?pdiCntd=247339>

- Frazão, A. (Year). Programas de compliance e critérios de responsabilização de pessoas jurídicas por ilícitos administrativos. In M. A. Rossetti & A. G. Pitta (Eds.), *Governança corporativa: Avanços e retrocessos*. São Paulo: Quartier Latin.
- Frydman, B. (2018). *O fim do estado de direito: Governar para standards e indicadores* (2nd ed.). Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Kliksberg, B. (1998). *Repensando o estado para o desenvolvimento social: Superando dogmas e convencionalismos* (J. O. P. da Silva, Trad.). São Paulo: Cortez Editora.
- Lima, P. L. S. de, Neto, L. de M. F., & Rodrigues, A. R. (Year). *Governança trabalhista de impacto social: O afastamento remunerado para tratamento de saúde dos filhos*. In J. O. Nascimento (Ed.), *ESG: O cisne verde e o capitalismo de stakeholder: A tríade regenerativa do futuro global*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil.
- Mazzucato, M. (2014). *O estado empreendedor: Desmascarando o mito do setor público vs. setor privado* (1st ed.). São Paulo: Portfolio-Penguin.
- Rossetti, J. P., & Andrade, A. (2014). *Governança corporativa: Fundamentos, desenvolvimento e tendências* (7th ed.). São Paulo: Atlas.
- Saavedra, G. A. (Year). *Ética de mercado: ESG como forma de concretização dos direitos fundamentais*. In J. O. Nascimento (Ed.), *ESG: O cisne verde e o capitalismo de stakeholder: A tríade regenerativa do futuro global*. São Paulo: Thompson Reuters Brasil.
- Sen, A., & Kliksberg, B. (2010). *As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado* (B. Ajzenberg & C. E. L. da Silva, Trans.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Sen, A. (2010). *Desenvolvimento como liberdade* (L. T. Motta, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Sen, A. (2011). *A ideia de justiça* (R. D. M. L. Coutinho, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Zambam, N. J., & Leal, D. J. (Year). *A pobreza como privação de capacidades (capabilities): Referências sobre a necessidade de políticas públicas no Brasil em tempos de grave crise*. *Revista de Direito e Desenvolvimento*, 11(2), Jul/Dez 2020.