



ИСТОРИЧЕСКАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

NETO, Daniel Carlos¹, DENDASCK, Carla², OLIVEIRA, Euzébio de³

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. **Историческая эволюция общественного здравоохранения**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Том 01, год 01, издание 01, стр: 52–67, март 2016 г. ISSN: 2448-0959, ссылка для доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/закон/историческая-эволюция>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/343

РЕЗЮМЕ

Он находится в первых исторических записях, постоянных поисках человека в поисках лечения его немощи. Одна из первых записей, которые можно имеет в отношении осуществления медицины через Библию себя, где в дополнение к упоминает поиск людей, чтобы вылечить их немощи. Знание исторической эволюции здравоохранения, особенно общественного здравоохранения, имеет основополагающее значение для понимания явлений, которые являются частью современных рамок, стремясь таким образом на основе этого признания извлечь уроки, позволяющие осуществлять административные и/или решорутные стратегии в отношении того, что считается "кризисом системы здравоохранения".

Ключевые слова: Общественное здравоохранение, Эволюция здоровья, История здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

За последние 100 лет концепция здравоохранения претерпела ряд мер, поскольку она была концептуализирована из различных мировоззрений, в социально-исторической конструкции, переходя от простой концепции отсутствия болезни к широкой концепции с различными измерениями, такими, как биологические, поведенческие, социальные, экологические, политические и экономические.



Сегодня концепция, принятая во всем мире, является концепцией Всемирной организации здравоохранения, которая *определяет ее как "состояние полного физического, психического и социального благополучия и не состоит только в отсутствие болезней или болезней"*. (ВОЗ, 1946 г.)

Тем не менее, здоровье не всегда лечилось в ходе его исторической эволюции, потому что в исследовании, проведенном здесь, было установлено, что здоровье *"идет от магической религиозной концепции, через упрощенную концепцию отсутствия болезни, до достижения наиболее всеобъемлющей концепции, принятой Всемирной организацией здравоохранения"* (ЦЕРЕСНИЯ, 2003).

Поэтому отмечается, что концепция того, что такое здоровье, претерпела ряд изменений до тех пор, пока не достигнет нынешней наиболее принятой концепции Всемирной организации здравоохранения и не будет направлена главным образом на поощрение здоровья, основанного на основополагающем праве человека, с тем чтобы усилить контроль за своим здоровьем и его детерминантами, а здоровье всех народов имеет важное значение для достижения мира и безопасности.

Краткий комментарий о происхождении термина здоровье сделано, оно исходит от этимологического корня *salus*. В латыни этот термин обозначен как главный атрибут целых, нетронутых, нетронутых, а в греческом *сале* происходит от термина *голо*, в смысле совокупности, корня терминов *холизм*, *целостного*. То есть этот термин относится к целому.

После того, как будет определено здоровье, крайне важно понять его историческую эволюцию в мире, поскольку, как уже говорилось ранее, здравоохранение претерпело религиозные, социальные и экономические меры. И чтобы понять подход к здоровью в настоящее время необходимо знать его историю, так как то, что в настоящее время видели это счет современности, и что имеет свои корни в очень старые эпохи. Указывая на такое значение об истории здоровья и болезней отмечается:



Это здоровье и болезни нечто большее, чем биологические явления; что заботы, механизмы контроля и методы лечения являются актуальными аспектами истории здоровья и болезней и что процесс б[...].лезней здоровья касается не только здоровья или нездоровья наших стран, но и является показательным, составным и формататором важнейших аспектов современности и социальной, политической, интеллектуальной и культурной истории. (ХОХМАН; КСАВЬЕ; ПИРЕС-АЛБЕС, 2004, стр. 45)

Начиная с предпосылки здоровья как религиозного зачатия, можно сказать, что забота о здоровье в совокупности пришла с первыми эпидемиями, которые затронули большее число людей, заставляя их думать о своем деле. В Библии есть записи болезней, таких как проказа (в настоящее время проказа), которые повлияли на жизнь многих людей еще во времена до Христа, в результате чего озабоченность изоляции прокаженных, чтобы избежать заражения остальной части населения, потому что они поняли, что болезнь была заразной, кроме того, что она рассматривается как божественное наказание. Запишите:

Прокаженный является то, что человек, в мире; священник объявит его полностью для мира, в его голове есть чума.

Также одежда прокаженного, в котором чума, будет разорвана, и его голова будет обнаружена, и покрыть верхнюю губу, и кричать, Имундо, imundo.

Каждый день, когда чума в нем, она будет неземной; нечестивый есть, будет жить в одиночестве; ваше жилище будет вне лагеря. (ЛЕВИТ 13:44-46)

Тем не менее в этой религиозной концепции, в средние века, Церковь оказала большое влияние на политику и, следовательно, в отношении здоровья. Ибо, следуя упомянутому выше библейскому учению, болезнь рассматривалась как божественное наказание, а больные были изолированы. Однако такое поведение изоляции пациентов в конечном итоге задержало научные достижения в области здравоохранения, поскольку они доказали лишь отсутствие лечения населения, о чем свидетельствует мнение Севало (1993 год, стр.5):



В средни[...]е века дома помощи бедным, приюты путешественников и паломников, но и инструменты разделения и отчуждения, когда они служили, чтобы изолировать больных от остальной части населения. Одной из основных ценностей, связанных с существованием больниц Медиево, была благотворительность, потому что забота о больных или финансовый вклад в содержание этих домов означали спасение душ благотворителей.

Однако это понимание божественной доброжелательности стало ставиться под сомнение с наступлением новых болезней, заставляя некоторых ученых полагать, что болезни могут передаваться от одного человека к другому, и начинать мыслить о том, что существуют способы избежать болезней, как отмечает Севало (1993, стр. 5):

В 1300-х годах, во время черной чумы, арабский врач сообщил, что болезнь может быть заразилась при контакте с больными или через одежду, посуду или серьги (Sournia-Ruffie, 1986). В любом случае, в мировоззрении средневековых христиан, страх, что болезнь была запечатлена была контекстуализирована. Ощущение, что его следует держать на расстоянии, необходимое удаление от бессмысленной неизвестной опасности, страх страданий и смерти.

После этой эры церковного господства наступает фаза рационализма и великого научного прогресса, это так называемое Просвещение. В этот период, вместе с наукой, знание области здравоохранения имело огромный прогресс, потому что *«человек, сопровождавший рождение современной науки, был завоевателем и хозяином природы, а не ее акционером и гармоничным наблюдателем. Эта перспектива проложила путь к интервенционной терапевтической практике»*. (СЕВАЛЬО, 1993)

Из этого более рационального взгляда на болезнь, можно было думать о путях, чтобы избежать эпидемий того времени. С выпуском научных исследований в этот период, большие открытия были сделаны как способ предотвратить некоторые заболевания и содержать заразу других. Одной из них были вакцины, которые стали исторической вехой в профилактике туберкулеза, столбняка,



менингита, болезней, которые в далекие времена способны уничтожать популяции.

В этот период также обнаружен первый микроскоп.

С приходом Просвещения ожидалось появление капитализма. Капитализм, начиная заводы, генерации чрезвычайно изнурительных рабочих мест.

Следовательно, появились городские центры, социальное неравенство и отсутствие структуры в этих центрах. Также указывалось:

Серьезные социальные проблемы начала индустриального капитализма, катастрофические условия жизни и труда, порожденные формированием и ростом городских центров, а также растущая потребность в расширении промышленного капитала за счет эксплуатации рабочей силы и нищеты. (СЕВАЛО, 1993 год, стр. 6)

Таким образом, возникает влияние социального контекста на здоровье населения, так как беспорядочный рост городов и рабочих центров не всегда имеет самые идеальные жилищные условия, элементарные санитарные условия, адекватную очистку воды. И с этих серьезных социальных проблем началась озабоченность влиянием условий жизни на здоровье человека.

Понимая тогда, что социальные вопросы влияют на состояние здоровья населения, и впервые был услышан термин социальной медицины, как Севальо (1993, стр. 6) говорится:

Проникновение медицинских знаний в области социальной среды, применяемое к меркантилистской панораме Германии и Франции восемнадцатого века и зарождающемуся капитализму промышленной Англии девятнадцатого века, породило социальную медицину в переплетении трех движений, на которые указал Фуко (1979). Немецкая медицинская полиция, государственная медицина, которая ввела обязательные меры по борьбе с болезнями, французская городская медицина, санитатора городов как пространственные структуры,



которые искали новую социальную идентичность, и, наконец, медицина рабочей силы в промышленной Англии, где развитие пролетариата было быстрее. Из этих движений вышла социальная медицина, движимая революционерами 1848 года и их перспективами экономических и политических реформ, как интервенционно-компания по условиям жизни, по окружающей среде, социально организованной капиталистическим способом, должным образом соответствующей промышленной революции.

А социальная медицина будет правильно зафиксирована только в середине века, как говорится:

Кроме того, только в середине XIX века, в 1848 году, выражение социальной медицины обретет регистрацию. Она возникла во Франции и, хотя и сопутствуя общему движению, которое взяло на себя Европу, в процессе борьбы за политические и социальные изменения. (NUNES, 1998, стр.108)

Однако, после этого периода возникновения капитализма и с новыми открытиями, такими как существование микробов, появились новые способы понимания болезни, такие как «теория причинности» Луи Пастера.

И именно из этих новых открытий и из новых несоц социальных концепций болезни здоровье стало биомедицинским, сосредоточенным на болезни, а не на личности, как анализирует Нуньес (1998, стр. 109).

Лишь во второй половине XIX века, отмеченной исследованиями Пастера и Коха, был открыт век микробов, и это кардинально превратило медицину из «ориентированной на людей профессии в ориентированную на болезни».

В качестве Саломона-Байета (1986, р.12) пишет, что биомедицинскую революцию, вызванную работами Пастера, можно назвать «лапасторизацией ламедикина», которая отличает его от «лапастеризации ламедикина», в том смысле, что это означает, с одной стороны, революцию азо, а с другой стороны, медицинизацию общества, законодательное законодательство в области общественного здравоохранения, институционализацию преподавания и



действия на политическом и социальном уровне. Несомненно, открытия микроорганизмов будут иметь наибольшее значение для общественного здравоохранения, особенно в тех случаях, когда, помимо индивидуальных агентов, в качестве взаимодействия между этими двумя элементами и окружающей средой устанавливается эпидемиологическая модель.

С этого момента произошло снижение уровня общественного здравоохранения, беспокойство социальным контекстом и условиями жизни населения.

Однако со временем альтернативное здравоохранение и целостный (весь) взгляд на здоровье вернулись к мнению многих специалистов в области здравоохранения. С этой целью здоровье рассматривалось как позитивное понятие, а не только как понятие отсутствия болезни, согласно самому классическому определению общественного здравоохранения в 1920 году, см.:

Общественное здравоохранение является наукой и искусством профилактики заболеваний и инвалидности, продления жизни и развития физического и психического здоровья, путем организованных усилий общин по санитарии окружающей среды, борьбы с инфекциями в общине, просвещения отдельных лиц на принципах личной гигиены и организации медицинских и фельдшерско-акушеральных услуг для ранней диагностики и раннего лечения заболеваний и совершенствования социальной машины, которая обеспечит каждому человеку, в рамках сообщества, уровень жизни, соответствующий поддержанию здоровья. (УИНСЛОУ, 1920 апуд РУЗУАЙРОЛ; АЛМЕИДАФИЛХО, 2003 стр.29)

Наконец, в 1946 году появилась нынешняя концепция здравоохранения, предложенная Всемирной организацией здравоохранения.

Из концепции ВОЗ, в 70-х годах в Латинской Америке, значение социальных наук в подходе к здравоохранению возросло. Именно поэтому такие конференции, как Алма-Ата и Оттавская конференция, были организованы для того, чтобы подумать о стратегиях улучшения укрепления здоровья во всем мире и выхода на полный уровень физического, психического и социального бытия.



Среди того, что было установлено в Алма-Атине (1978 год), в основном:

1. Достижение наивысшей степени здравоохранения требует вмешательства многих других социально-экономических секторов, в дополнение к сектору здравоохранения

III. Поощрение и защита здоровья населения необходимы для устойчивого экономического и социального развития и способствуют повышению качества жизни и достижению мира во всем мире;

1. Население имеет право и обязано индивидуально и коллективно участвовать в планировании и применении мер в области здравоохранения;

VII-1. В то же время первичная медико-санитарное обслуживание является отражением и следствием экономических условий и социально-культурных и политических особенностей страны и ее общин;

Однако необходимость организации упомянутых конференций пришла не из ниоткуда. Они пришли в основном из 1960-х годов отмечены во всем мире изменения в политических сценариях и призывы к "секс, наркотики и рок-н-ролл". Мотивированные либертарианской мысли, это было также в это время, что дискуссии и мобилизации, которые глубоко отмечены истории общественного здравоохранения в мире началась, мысли о смелости и националистического опыта позволило разработки Алма-Ата Декларации, и, таким образом, расширение понимания сложности гарантирования этого основополагающего права на человека: здоровье, и изменение стратегий возникла мысль о укреплении здоровья является одним из основных все до 2000 года" (MENICUCCI, 2007, стр. 158)

Столкнувшись с такой мобилизацией, начался путь международных дискуссий и конференций, направленных на совершенствование концепций и систематизации и идей о том, как добиться успеха в достижении целей, установленных в Алма-Атинской декларации и Оттавской хартии, которые по сей



день остаются символами преобразований и образом мышления в области здравоохранения в мире.

Среди других целей они были также установлены в Алма-Атине (1978 год):

Вий-3. Она включает по крайней мере следующие области: просвещение по основным проблемам здравоохранения и соответствующим методам профилактики и борьбы; содействие созданию продовольственного порта и надлежащего питания; надлежащее снабжение питьевой водой и элементарные санитарные условия; уход за матерями и детьми, включая планирование семьи; профилактика и борьба с местными эндемическими заболеваниями; надлежащее лечение распространенных заболеваний и травм; и наличие основных лекарственных средств;

VII-4. Она включает в себя участие, помимо сектора здравоохранения, всех секторов и областей деятельности, связанных с национальным и общинным развитием, в частности сельского хозяйства, продовольствия, промышленности, образования, жилищного строительства, общественных работ, связи и других, требующих скоординированных усилий всех этих секторов;

VII-5. Она требует и поощряет, в максимальной степени, самоутвержденную ответственность и участие общины и отдельного лица в планировании, организации, функционировании и контроле первичной медико-санитарной помощи. По сути, текст Алма-Ата, путем расширения зрения здравоохранения.

После того, как будут сделаны вышеуказанные цитаты, можно будет подтвердить неразборчивость социальных, экономических и культурных факторов для достижения качественного и справедливого общественного здравоохранения. Таким образом, с участием всех слоев общества, включая гражданское общество.

Однако на этом озабоченность по поводу укрепления здоровья не остановилась, поскольку в 2005 году была принята Бангкокская хартия - результат Шестой Глобальной конференции по укреплению здоровья в Бангкоке, Таиланд, - с



охватом выявления действий, обязательств и обещаний, необходимых для решения проблем, определяющих состояние здоровья в глобализованном мире посредством укрепления здоровья. Вышеупомянутое письмо было признано в области укрепления здоровья:

Организация Объединенных Наций признает, что получение наивысшего уровня здоровья является одним из основных прав любого человека, независимо от расы, цвета кожи, пола или социально-экономического состояния.

Пропаганда здоровья основана на этом основополагающем праве человека и предлагает позитивную и инклюзивную концепцию здоровья как определяющего качества жизни, включая психическое и духовное благополучие.

Пропаганда здоровья – это процесс, который позволяет людям усилить контроль за своим здоровьем и его детерминантами, мобилизуя (индивидуально и коллективно) на улучшение своего здоровья. Она является центральной функцией общественного здравоохранения и вносит свой вклад в работу по борьбе с инфекционными заболеваниями, которые затем допустимы, в дополнение к другим угрозам для здоровья. (CARTA DEBANGOKOK, 2005).

Даже после определения Всемирной организацией здравоохранения концепции здоровья целебная идея здоровья по-прежнему очень сильна, поскольку даже сегодня есть понимание того, что пропаганда здоровья – это лечение болезни. (БЕРРИДЖ, 2000)

Вскоре дни процветания общественного здравоохранения между двумя мировыми войнами, расцвет империи общественного здравоохранения в больницах, были ошибкой для общественного здравоохранения, отохв от пути здоровья, необходимого для населения.

Таким образом, он часто не уделяется необходимое значение для общественного здравоохранения, забывая целостный взгляд на пропаганду здоровья, как предупреждает Вирджиния Берридж (2000, стр. 11):



Напряженность в отношениях между медицинскими службами и ролью общины по-прежнему является примером в 60-е годы общинной медицины и эпидемиологии хронических заболеваний и до сих пор не урегулирована. Двойственность роли общественного здравоохранения является постоянной темой, с одной стороны, между профилактикой и поощрением (или развитием), а с другой стороны, между планированием и управлением услугами здравоохранения.

Кроме того, общественное здравоохранение по-прежнему находится на расстоянии между практикой и теорией, поскольку *"дилемма между инструментальностью и аполитичностью, академическими знаниями и воинственными знаниями по-прежнему присутствует в качестве важных моментов для нынешних прений по вопросам коллективного здоровья"* (NUNES, 1998, p. 110)

В этом кратком историческом исключении делается вывод о том, что история общественного здравоохранения в мире напрямую связана с политической и экономической ситуацией, в которых излагалась траектория здоровья, его потребности в реформировании и установление смелых целей для обеспечения этого как основополагающего права на человека.

Видно, что задача создания эффективного общественного здравоохранения по-прежнему является проблемой практически во всем мире, а также преодоления других нарушений прав человека, как бернардо (2012, стр. 5) возникла:

Глобализация, которая сближает континенты и способствует обсуждению состояния здоровья, что позволяет нам думать о стратегиях рабочей политики в области здравоохранения для всех; это та же глобализация, основанная на неолиберальных принципах, которая не позволяет общественности быть эффективной и которая имеет в качестве своего основополагающего ориентира минимальное состояние. Препятствуя осуществлению качественного общественного здравоохранения, с справедливостью и универсальностью.



Конечно, все достижения трансформации мысли вокруг здоровья являются событиями, которые ознаменовали и позволили истории иметь место таким образом, однако, сделан вывод, что есть еще много для продвижения вперед, потому что каждый день существует необходимость в разработке государственной политики для улучшения недостатков, которые в настоящее время нестабильной медицинской помощи.

НОРМЫ, УСТАНОВЛЕННЫЕ В БРАЗИЛЬСКОЙ ПРАВОВОЙ СИСТЕМЕ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нормы имеют основополагающее значение для регулирования любой темы, которая касается коллективизма и между этими нормами мы не можем не соблюдать основополагающие законы, которые являются конституционными и в этой конкретной Бразилии, что в своей правовой истории семь конституций без него была нынешняя Конституция 1988 года, которая лучше normatization рассматриваются темы здравоохранения.

Однако здравоохранение не признавалось в бразильской правовой системе до 1923 года, однако растущие потребности населения в связи с проблемами, присущими здоровью, и давлением, оказываемым определенными социальными группами, заставили правительства направить свой взор на здоровье. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Великая историческая веха признания здоровья в бразильской правовой системе произошла через декрет-законодательный No 4682 от 24 января 1923 года, известный как закон Элои Чавеса, как уверяет Сантана (2010, стр. 51):

Законодательный декрет No 4682 от 24 января 1923 года, известный как Закон Элоя Чавеса, автора соответствующего проекта, обеспечил, среди нас, первоначальную веху в конституции системы здравоохранения в рамках системы социального обеспечения, созданной там.



Поэтому отмечается, что этот закон рассматривался в качестве одного из первых вмешательств бразильского государства в целях обеспечения какого-либо обеспечения или социального обеспечения в Бразилии.

Бывает, что эта гарантия здравоохранения была связана только с сектором социального обеспечения, то есть предназначалась только для работников налогоплательщиков, как утверждает Сантана (2010, стр. 51).

Необходимое системное видение не было принято, то есть здоровье считалось отдельно от его собственных коллективных действий. Поэтому можно даже сослаться на дефект происхождения.

Таким образом, пособие предназначалось только для работников с формальными связями на рынке труда, поскольку только те, кто внес свой вклад в социальное обеспечение, имели право на медицинское обслуживание и медикаменты, что является определяющим фактором для лишения доступа к медицинской помощи для большинства населения, которое было необходимо прибегнуть к помощи благотворительных организаций. (НЕТО РОДРИГЕС, 2003)

Здесь следует отметить, что этот указ был опубликован во время действия Конституции 1891 года, но незадолго до Конституции 1934 года. Следует подчеркнуть, что единственными конституциями, которые фактически имели значительные изменения в праве на здоровье, были конституции 1934 года и 1988 года, поэтому будут разъясняться только эти.

Период с 1930 по 1945 год и с 1951 по 1954 год известен как эра Варгаса, будучи частью процесса индустриализации Бразилии. Однако с появлением столь многих отраслей промышленности необходимо было создать трудовое законодательство для регулирования прав трудящихся и среди этих прав право на здоровье.

Конституция 1934 года была под сильным влиянием Конституции Германской Республики Веймар для включения социальных, экономических, культурных,



трудовых, профсоюзов и прав социального обеспечения в свою правовую систему, как указано:

Веймарская республика открыла беспрецедентный этап конституционного структурирования германского государства, с более активной ролью в социальном развитии, в строительстве общества с социальной справедливостью путем реализации социальных прав, формализованных в Веймарской конституции от 11 августа 1919 года – социалстаата или социального государства права. Экономический и социальный порядок, созданный зарождающейся Германской Республикой, послужил образцом для некоторых государств в период сразу после Первой мировой войны. В Бразилии, например, интенсивные дебаты о социальных и конституционных достижениях Веймара, и великая хартия вольностей 1934 года сильно повлияла на недавно созданную немецкую социальную модель Эта бразиль[...]ская конституция практически ассимилировала идеализированные достижения нового немецкого общественного порядка, но только в его юридически-формальном аспекте. (ГЕДЕС, 1998 год, стр. 82)

Таким образом, эта конституция принесла огромный прогресс в бразильском конституционализме, с созданием баз для социального развития, особенно в вопросах труда, таких как минимальная заработная плата, восьмичасовой рабочий день, отпуск, оплачиваемый еженедельный отдых, социальное обеспечение, компенсация в случае увольнения без причины, отпуск по беременности и родам и т.д.

Главной характеристикой этой Конституции было:

Его демократический характер, с определенным социальным колоритом, переводится в усилия, которые в конечном итоге бесплодны, чтобы примирить либеральную демократию с социализмом, в экономической и социальной сфере; федерализм с унитаризмом, в политической сфере (МЕНДЕС; КРОЛИК; WHITE, 2007, стр. 158).



Что касается права на здоровье, то в этой конституции был принят Декрет-Закон 4682 1923 года, однако он не принес никакого прогресса в предоставлении гарантий гражданину, нуждавшемуся в медицинской помощи, поскольку идея о том, что такое право гарантируется только работникам, осталась.

Эта ситуация свидетельствует о "протекционизме в отношении безработных, неформальных работников и тех, кто работал в сельской местности страны" (ГОНСАЛВЕС, 2012, стр. 35)

Большая проблема нависла над жителями сельских районов, которые получали медицинскую помощь от благотворительных организаций или официальных служб, поскольку они, поскольку они не являются официальными работниками, не вносят вклад в социальное страхование. Поэтому самыми качественными услугами являются налогоплательщики, а безработным и косвенным работникам предлагаются явно более низкие услуги, которые находятся в обязанности министерства образования и общественного здравоохранения. (СОУЗА, 2011)

Другими словами:

Хотя эта конституция и продвигается вперед в деле института основ социального развития, считается, что такие достижения не были распространены на все население, поскольку право на здоровье рассматривалось в качестве гарантии работника, а не каждого гражданина. (БЕРТОЛЛИНИ ФИЛХО, 2001, стр. 34)

В этот период применение биополитической модели присутствует в описанной Фуко манере, в которой государство контролировало здоровье для увеличения производительной силы, по-видимому, не заботясь о тех, которые формально не были включены в рынок труда.

Таким образом, Старая Республика отмечена принципом охраны здоровья трудящихся в начале эпохи Варгаса, и в указе No 19402/1930 была централизация политики в области общественного здравоохранения, которая произошла в результате создания министерств образования и общественного здравоохранения.



Однако это была самая короткая конституция, поскольку она была в силе только в течение трех лет, поскольку она была отменена в результате переворота 1937 года.

Хотя исторически было несколько вех для общественного здравоохранения в Бразилии, таких, как создание Первого совета здравоохранения в 1948 году, строительство государственных больниц, создание министерства здравоохранения в 1953 году, эти изменения не были введены в конституциях 1937 года к Конституционной поправке 1969 года, как государство оставалось в течение длительного времени предоставления относительного медицинского обслуживания для налогоплательщиков, как уже упоминалось, факт, который действительно только изменился от санитарного движения в 1978 году и особенно с появлением нынешней Федеративной Конституции Бразилии 1988 года. (GONÇALVES, 2012)

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

После столь многих социальных мобилизаций в 1970-х и 1980-х годах с тревогой здоровья всего населения, которое до этого было предоставлено только формальным работникам, необходимо пересмотреть политику в области здравоохранения в Бразилии, как утверждает Меничуччи (2007, стр. 186).

После краха авторитарного режима, с появлением первого президента гражданской республики после двадцати лет военных правительств, во время конституции нового социального пакта страны, выросли формулировки вокруг пересмотра политики в области здравоохранения, которая, среди всех социальных стратегий, было политическое предложение и существенно гораздо более сформулированы. Процессу принятия решений по реформе предшествовало создание или созыв нескольких коллективных форумов, на которых предложение о преобразовании политики в области здравоохранения осуществлялось на формальной и политической основе.



Таким образом, именно в Федеративной конституции Бразилии право на здоровье было закреплено в перечне социальных прав, ст. 6 КФ/1988, как это предусмотрено:

Искусства. 6°. Социальными правами являются образование, здравоохранение, питание, работа, жилье, досуг, обеспечение, социальное обеспечение, защита материнства и детства, помощь бездомным в виде этой Конституции. (БРАЗИЛИЯ, 1988)

Но инновации на этом не остановились, потому что здоровью уделялось особое внимание в действующей Конституции в разделе VIII - Социальный порядок, глава II - Социальное обеспечение, раздел II - Здоровье, который переходит от ст. 196 к ст. 200.

Положения Конституции предусматривали права и обязанности как государства, так и отдельного лица на надлежащее медицинское обслуживание, как это предусмотрено ст. 196 Конституции:

Искусства. 196. Здоровье является правом всех и обязанностью государства, гарантированным на основе социально-экономической политики, направленной на снижение риска заболевания и других травм и всеобщего и равного доступа к действиям и услугам для его поощрения, защиты и восстановления. (БРАЗИЛИЯ, 1988)

Анализируя конституционное положение, можно сказать, что:

Государству следует принять государственную политику, направленную на стимулирование социально-экономического развития, сокращение неравенства, устранение факторов, негативно влияющих на здоровье населения, таких, как низкий доход, отсутствие образования, нищета, безработица, голод и другие детерминанты и условия низкого качества жизни, которые, безусловно, повлияют на состояние здоровья населения, увеличивая риск заболевания. (РОДРИГЕС НЕТО, 2003, стр. 97)



Поэтому нынешняя Конституция определяет обязанности государства обеспечивать всем население достойной медицинской помощью, а также принятие государственной политики по сокращению проблем, которые прямо или косвенно влияют на здоровье отдельных лиц. Речь идет о так называемом поощрении, защите и восстановлении, упомянутых в ст. 196 ср/1988.

Эта Конституция также создала Единую систему здравоохранения, с тем чтобы мероприятия и услуги в области общественного здравоохранения были частью региональной и иерархической сети, организованной в соответствии с некоторыми руководящими принципами, а именно:

Искусства. 198. (...)

I - децентрализация, с единым направлением в каждой сфере власти;

II - комплексный уход, с приоритетом профилактической деятельности, без ущерба для услуг по уходу;

III - Участие сообщества. (БРАЗИЛИЯ, 1988)

Наконец, в статье 199 Конституции она также обеспечила, чтобы здравоохранение было бесплатной частной инициативой, благоприятствуя появлению планов в области здравоохранения. (БРАЗИЛИЯ, 1988)

Через два года после принятия Конституции 1988 года в бразильскую правовую систему был введен закон No 8080 от 19 сентября 1990 года, известный как Закон о СУС, который предусматривает условия для укрепления, защиты и восстановления здоровья, организации и функционирования соответствующих услуг и предусматривает другие механизмы, см.:

Искусства. 1o Этот закон регулирует на всей территории страны действия и услуги в области здравоохранения, которые выполняются в одиночку или совместно, на постоянной или возможной основе, естественными или



юридическими лицами, регулируется государственным или частным правом. (BRASIL, 1990).

Этот закон также устанавливает здоровье как основополагающее право человека, и государство должно обеспечить условия, необходимые для его полного осуществления, как это предусмотрено в статье 2 Закона. 8.080/90.

Как наглядно продемонстрировано, здоровье в настоящее время понимается как: поощрение, профилактика, защита и восстановление заболеваний. Эти понятия приводятся в ст. 196 Федеральной конституции и пункте 1 статьи 2 Закона No 8080/90 следующим образом:

Искусства. 2º. (...)

- 1º Обязанность государства гарантировать здоровье путем разработки и осуществления экономической и социальной политики, направленной на снижение риска заболеваний и других травм и создание условий, обеспечивающих всеобщий и равный доступ к действиям и услугам для их поощрения, защиты и восстановления. (BRASIL, 1990)

Ясно, что Бразилия придерживалась концепции здоровья Всемирной организации здравоохранения в поисках полного благополучия, физического, психического и социального, поскольку в ст. 3 Закона 8080/90 установлено, что:

Искусства. 3º Уровни здоровья выражают социально-экономическую организацию страны, при этом здоровье является детерминантом и факторами кондиционирования, в частности, продовольствием, жильем, основными санитарными условиями, окружающей средой, работой, доходами, образованием, физической активностью, транспортом, отдыхом и доступом к основным товарам и услугам.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нынешняя конституция имеет решающее значение для признания права на здоровье в качестве социального и основополагающего права, гарантированного всему населению, поскольку,



поскольку здравоохранение изучалось в течение длительного времени, лишь часть населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

ALMA-ATA. *Alma Ata*. 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERNARDO, Camila et. al. *Evolução Histórica da Saúde no Mundo*. 2012. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA-HEAA/historia-saudepublica-no-mundo-final>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERRIDGE, Virginia; MARANHÃO, Eduardo S. Ponce (Trad.). *A História na Saúde Pública: quem dela necessita?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BERTOLLINI FILHO, Cláudio. *A história da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. DF: Senado, 2014.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO EM UM MUNDO GLOBALIZADO. *Bangkok*. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CZERESNIA, Dina. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

GONÇALVES, Luciano Meni. *O Direito Fundamental Social à Saúde: Do Biopoder às Audiências Públicas de Saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.fdsu.edu.br/site/posgraduacao/dissertacoes/19.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

LEVIDICO. Bíblia. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.



NUNES, Everaldo Duarte. *Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas*. São Paulo: Fiocruz, 1998.

RODRIGUES NETO, Eleutério. *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

SANTANA, José Lima. *O Princípio Constitucional da Eficiência e o Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos. (Org). *Direito à Vida e à Saúde*. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. *Dignidade da Pessoa Humana e direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira: Quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

¹ Aspirant кафедры клинического психоанализа, магистр биоэтики, директор Центра исследований и разработок перспективных исследований, тренер и профессор курсов MBA в компании, Кампинас и Сан-Паулу.

² Кандидат психологических наук и клинического психоанализа. Доктор философии в области коммуникации и семиотики в Папском католическом университете Сан-Паулу (PUC/SP). Степень магистра религиозных наук Пресвитерианского университета Маккензи. Степень магистра клинического психоанализа. Степень биологических наук. Степень теологии. Более 15 лет занимается научной методологией (методом исследования) в научно-производственном руководстве магистрантов и докторантов. Специалист по исследованиям рынка и исследованиям в области здравоохранения. ORCID: 0000-0003-2952-4337.

³ Биолог. Магистр биологии. Доктор медицины / Тропические болезни. Научный сотрудник Высшей программы Центра тропической медицины УФПА. Профессор бакалавриата и аспирантуры и исследователь в Федеральном университете Пара - UFPA.