V ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA DABÉS LEÃO

MICHELLE ASATO JUNQUEIRA

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597
Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI
Coordenadores: Janaína Machado Sturza
Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão – Florianópolis: CONPEDI, 2022.
Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-493-8
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Inovação, Direito e Sustentabilidade
1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. V Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2022 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

V ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

DIREITO E SAÚDE

O V Encontro Virtual do CONPEDI teve como tema “Inovação, Direito e Sustentabilidade”, atual e indispensável.

O termo saúde se origina do latim "salute", que significa “salvação”, conservação da vida, cura, “bem-estar” e, preservando este sentido, o conceito de saúde, segundo definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde, “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade”.

Nos termos do art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve assegurar, por meio de políticas públicas e de seus órgãos, a qualidade de vida dos cidadãos e o respeito à dignidade humana.

Nos termos do art. 196 da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, direito social fundamental a teor do art. 6º CF/88, cabendo ao Estado a promoção das condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme dispõe o art. 2º da LOS/Lei nº 8.080 de 1990.

No que tange à saúde suplementar, o Estado atua como regulador do mercado, por intermédio da Agência Reguladora-ANS.

Assim, paralelamente à saúde pública, a assistência privada à saúde (saúde suplementar), tem como objeto contrato de direito privado, celebrado entre as operadoras de saúde e o consumidor.

A ANS traça normas relativas à saúde suplementar, inclusive o rol de procedimentos. Em 08 de junho deste ano, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça decidiu pela

taxatividade do rol de procedimentos estabelecidos pela ANS e fixou alguns parâmetros, em situações excepcionais, tais como terapias sem substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da operadora. Tal decisão tem gerado calorosas discussões.

A conquista da saúde como direito universal trouxe novos desafios, com desdobramentos, avanços e retrocessos, em busca de se alcançar um Direito à Saúde mais justo e universal, inclusive políticas públicas voltadas para a prevenção da doença.

A instalação da crise sanitária de ordem global decorrente do Covid-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como pandemia, trouxe inúmeros impactos sociais e provocou a necessidade de medidas emergenciais nas searas da saúde.

No atual contexto pandêmico, evidencia-se que os sistemas de saúde do mundo inteiro enfrentam enormes desafios relacionados à saúde, com problemas que afetam não só a saúde da população, mas também a economia e a estabilidade dos países.

O Poder Judiciário tem exercido importante papel, visando à concretização do direito à saúde, principalmente no início da Pandemia Covid-19, em virtude da falta de uniformidade da política de enfrentamento da crise sanitária.

Consequentemente, nesse atual cenário, crescem as discussões sobre a judicialização da saúde, com o escopo de buscar eficiência dos serviços de saúde e melhor qualificação das políticas públicas.

O Grupo de Trabalho Direito e Saúde apresentou questionamentos e debates de assuntos atuais e extremamente relevantes.

No primeiro artigo, as autoras Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão, Ana Clara da Cunha Peixoto Reis e Patrícia Cristina Vasques de Souza Gorisch tratam do tema "PARADIPLOMACIA DA SAÚDE NO CONTEXTO DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19", destacando que a saúde tornou-se um dos maiores desafios do século com o advento da pandemia, trazendo como discussão a contribuição da paradiplomacia no contexto brasileiro, seu uso por estados-membros e o estabelecimento de contratos e convênios com entidades estrangeiras públicas ou privadas.

Em seguida, Márcia Haydée Porto de Carvalho, Juliane Silva Santos e Fernanda Carvalho Ferraz discorrem sobre "O FEDERALISMO BRASILEIRO E O ACÓRDÃO DA ADI Nº 6.341, DE 15/04/2020: CONFLITO DE COMPETÊNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE

DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19", analisando os fundamentos do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 6.341/2020, com vistas a constatar alterações na compreensão das características do Federalismo brasileiro. Pontuaram que a atuação centralizadora do Governo Federal no enfrentamento da pandemia da COVID-19 não impôs mudanças profundas e irreversíveis ao Federalismo de Cooperação adotado no Brasil na Constituição de 1988.

No terceiro artigo, os autores Edith Maria Barbosa Ramos, Juliane Silva Santos e José Mariano Muniz Neto dissertam acerca das "POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO: BREVES CONSIDERAÇÕES", analisando em que medida as unidades federativas brasileiras têm garantido a atenção integral à saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa no período de 2020 a 2022. Concluem que apesar da preocupação normativa legal e infra legal com os efeitos da Pandemia, as unidades federativas tiveram um número alarmante de casos de COVID-19 no interior das Unidades Socioeducativas.

Carlos Alberto Rohrmann, Bárbara Henriques Marques e Maria Eduarda Padilha Xavier trazem, no quarto artigo, o tema "INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, BIG DATA E A VIGILÂNCIA DE DOENTES EM FACE DA COVID-19 SOB A TEORIA DE EDWARD P. RICHARDS", sustentando que a pandemia da COVID-19 no ocidente trouxe novas situações que mudaram normas de saúde pública com significativo impacto no dia a dia da vida das pessoas. Analisam a coleta de dados e a vigilância de pessoas doentes em face da teoria dos fundamentos constitucionais para a vigilância de saúde pública de Edward P. Richards (2009).

Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra, por sua vez, no quinto artigo, apresentam "UMA ALTERNATIVA PARA OS CONFLITOS GERADOS PELA TRANSPANDEMIA COVID-19: DO DIREITO À SAÚDE A MEDIAÇÃO SANITÁRIA", analisando o panorama de alerta instaurado pela Transpandemia COVID-19 no contexto do direito à saúde, apresentando a mediação sanitária como alternativa para conflitos advindos do caos transpandêmico, sustentado que a mediação sanitária apresenta-se como mecanismo capaz de contribuir não apenas para o enfrentamento dos conflitos, mas também para implementar e executar políticas públicas voltadas ao senso de comunidade, de humanidade e de bem comum em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Amanda Silva Madureira, Daniela Arruda De Sousa Mohana e Silvio Carlos Leite Mesquita no sexto artigo, apresentam "O DIREITO À SAÚDE GLOBAL E A INDÚSTRIA DE VACINAS", com a finalidade analisar, a partir do entendimento do direito à saúde sob uma

perspectiva global, a capacidade de construção de um tratado internacional sobre financiamento de vacinas e discorrem sobre o problema que envolve as patentes, o Acordo TRIPS e a atuação da OMS.

No sétimo artigo, Thamyres Silverio Figueiredo , Gabriel Geovany da Silva Cesar e Grace de Goes tratam da “PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO GLOBALIZADO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO, EFEITOS DA GLOBALIZAÇÃO E UMA ANÁLISE DA AMÉRICA LATINA” com o objetivo de compreender a influência do processo de globalização nas estratégias de promoção da saúde, apresentando a evolução do conceito, para o entendimento de tal influência, além de compreender a dinâmica de promoção da saúde na América Latina, visto que esse é uma das regiões mais desiguais do mundo.

Em seguida, no oitavo artigo, Thamyres Silverio Figueiredo, Grace de Goes e Gabriel Geovany da Silva Cesar discorrem acerca da “ANÁLISE DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DIREITO OU MERCADORIAc” destacando que a consolidação do capitalismo contribuiu para o fomento de uma lógica de acúmulo de capital, competitividade e individualidade, pontuando aumento massivo da privatização sanitária no Brasil, no intuito de se pretende compreender se atualmente a saúde deve ser considerada como uma mercadoria ou um direito.

No nono artigo, Marcelo Chuere Nunes, Vandré Cabral Bezerra e Amélia Cohn apresentam “A SAÚDE COMO BEM PÚBLICO OU COMO MERCADORIA SUBMETIDA A TROCAS MERCANTIS ENTRE INDIVÍDUOS: PERSPECTIVAS EM FACE DA LEI FEDERAL 14.313 DE 21 DE MARÇO DE 2022", buscando analisar o direito à saúde a partir da nova Lei Federal nº 14.313/2022, discutindo as perspectivas da saúde como um bem público ou como uma mercadoria submetida a trocas mercantis entre indivíduos, atentos à possibilidade dessa alteração legislativa excluir da Anvisa a última palavra sobre os medicamentos utilizados pelo SUS, a última instância sobre o tema estaria com a Conitec.

O décimo artigo, de autoria de Patrícia Maria Barreto Bellot de Souza apresenta “CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E EVOLUÇÃO”, analisando a relevância do SUS e contribuições para organização da assistência à saúde pública no Brasil e busca diretrizes do Ministério da Saúde e órgãos afins e Manuais de Direito Sanitário, destacando que apesar dos desafios cotidianos o SUS ainda é referência em saúde pública internacional.

Fabiane Borges Saraiva apresenta o décimo primeiro artigo intitulado “SAÚDE: DESAFIOS E DESDOBRAMENTOS DO CONCEITO E SEUS REFLEXOS SOCIAIS E JURÍDICOS”

traçando um panorama dos desafios e dos desdobramentos sociais e jurídicos do ato de conceituar o termo saúde como substrato material para normatização do direito fundamental. Busca demonstrar que a elaboração do conceito de saúde deve ser objeto de profunda reflexão e ter em conta diversos aspectos, como o impacto em outros direitos fundamentais e garantias constitucionais.

No décimo segundo artigo, Rogério Raymundo Guimarães Filho, Rafael Siegel Barcellos e Francisco Quintanilha Veras Neto trazem um estudo sobre "AÇÕES COLETIVAS COMO MEIO DE EFETIVIDADE AO DIREITO SOCIAL À SAÚDE", em que ponderam, por vezes, a adoção de ações coletivas com o escopo de se efetivar Políticas Públicas, mostra-se mais adequado aos intentos constitucionais, visto que possibilita melhor adequação dos recursos financeiros ao orçamento público. Discutem acerca da possibilidade do uso das ações coletivas para concretização de Políticas Públicas e apresentam as vantagens do uso da Tutela Coletiva em um cenário de escassez de recursos e dificuldade de gestão do orçamento público.

José Barroso Filho e Rafael Seixas Santos, no décimo terceiro artigo, tratam das "PERCEPÇÕES DO DIREITO À SAÚDE COMO CONDIÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA", rememorando as linhas de desenvolvimento do SUS para apontar a dinâmica contemporânea do direito à saúde e, na sequência, avalia as dimensões da cidadania na agenda do poder público para a saúde a par das articulações do SUS.

No décimo quarto artigo, Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra apresentam "O DIREITO À SAÚDE E A MOBILIDADE HUMANA GLOBAL: MIGRAÇÕES E A (IM) PROBABILIDADE DA FRATERNIDADE NA COMUNIDADE INTERNACIONAL", buscando refletir sobre a mobilidade humana global e o direito à saúde dos migrantes e analisam a ideia de comunidade internacional incorporada pela perspectiva da fraternidade e o projeto político fundamentado pelo Direito Fraterno, através do qual há possibilidade de observação da sociedade e seus fenômenos em operacionalização e questionam a dimensão da cidadania e da soberania vinculada ao Estado-Nação, resgatando o reconhecimento da história civilizacional, construída em comunhão de pactos de hospitalidade entre conhecidos e desconhecidos.

Magno Federici Gomes e Mariana Lima Gonçalves, no décimo quinto artigo, dissertam sobre "ANÁLISE DO JULGAMENTO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO PARA FINS DE PESQUISA À LUZ DO PENSAMENTO DE JÜRGEN HABERMAS", utilizando como marco teórico as ideias defendidas por Jürgen Habermas no livro "O Futuro da Natureza Humana" sobre a

necessidade de conciliar o avanço biotecnológico e a proteção da espécie humana. Analisam a ADI sob um viés da eugenia pela interpretação habermasiana.

Os autores Marcelo Toffano, Lislene Ledier Aylon e Larissa Trevizolli de Oliveira, no artigo décimo sexto, intitulado "A ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL SOB À ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES", tratam do tema, tendo como fundamento os direitos humanos das mulheres. Defendem ser extremamente necessária a criação de políticas públicas que tragam informação e conhecimentos para as mulheres, além de condições mais favoráveis para que as mulheres exerçam seus direitos no planejamento familiar.

No décimo sétimo artigo, Adriana Bandeira Cerqueira Zollinger e Jacira Pereira Dantas tratam da "AUTONOMIA DOS ADOLESCENTES NO ÂMBITO DAS RELAÇÕES EM SAÚDE: A LEGITIMIDADE DOS LIMITES DECISÓRIOS DO PODER FAMILIAR À LUZ DA PERSPECTIVA DA TEORIA DO MENOR MADURO", analisam os limites decisórios do poder familiar no ordenamento jurídico, a situação dos filhos menores, representados por seus responsáveis, construindo sua biografia sob orientação, para atingirem liberdade de autodeterminação e pesquisam sobre o poder decisório nas relações de saúde para pacientes adolescentes, que por sua vulnerabilidade, não tem autonomia plena para decidir, preservando sua dignidade e integridade quando das suas escolhas e tomada de decisão.

Claudine Freire Rodembusch, Henrique Alexander e Grazzi Keske no décimo oitavo artigo intitulado "DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS DOS DOENTES MENTAIS: ALERTA SOBRE RETROCESSOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA", tratam dos direitos humanos fundamentais dos doentes mentais que foram assegurados, no ordenamento pátrio, pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, ao completar 20 anos, está ameaçada por movimento estatal-governamental, que passa a ser definido pelas expressões "contrarreforma" e de "revogaço", caracterizada por retrocesso em conquistas dos programas instituídos de saúde mental e sua assistência, que passam a ser desconstruídos.

Júlia Sousa Silva no décimo nono artigo aponta "O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM AUTISMO: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AOS TRATAMENTOS PERTINENTES DIANTE DA CONFORMAÇÃO ATUAL DO CID 11", buscando averiguar de que forma o CID 11 impacta na comunidade autista, ao reunir todos em um espectro. Conclui que a CID 11 impacta beneficamente a população com autismo, pois é ferramenta que permite o acesso às terapêuticas pertinentes.

No vigésimo artigo Jacira Pereira Dantas e Ana Thereza Meireles Araújo expõem sobre “O ESTADO ATUAL DA LEGISLAÇÃO CONCERNENTE À EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA DAS PREVISÕES NORMATIVAS EM FACE DA VULNERABILIDADE DO DOENTE”, discutindo acerca da incorporação das inovações terapêuticas em paralelo à uma análise jurídica aprofundada. Investigam o estado atual da legislação brasileira, no que tange ao acesso à saúde de pacientes com câncer, tendo como pressuposto a condição de vulnerabilidade pré-existente, e, por vezes, alargada pela instauração da doença.

Por fim, no vigésimo primeiro artigo, Alexandre Junio de Oliveira Machado e Gustavo Jabbur Machado ponderam sobre “O ESTATUTO DA PESSOA COM CÂNCER COMO FORMA DE DISCRIMINAÇÃO LÍCITA NA BUSCA DA IGUALDADE MATERIAL”, buscando analisar as alterações promovidas pela Lei 14.238/21 conhecida como Estatuto da Pessoa com Câncer à luz de conceitos como igualdade material e discriminação lícita, de inegável relevância e necessária observância. Argumentam que a nova lei, se corretamente aplicada, consiste em ferramenta que representa avanço não apenas na materialização do direito à saúde bem como é perfeitamente harmônico com o princípio da igualdade.

Indubitavelmente, a saúde configura o corolário do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.

Os temas discutidos neste GT são de grande valia não só para a academia, mas para a sociedade como um todo. A contribuição do pesquisador ultrapassa as paredes da sala de aula e atinge a comunidade, em busca de uma saúde digna e de melhores condições de vida ou sobrevida, sejam para os doentes mentais, o autista, o paciente com câncer, com dificuldade de mobilidade, com doenças raras e outras enfermidades, aquele que necessita de medicamentos e procedimentos médicos, de internação, de respiradores...

Em nota do autor em uma de suas obras, pontuou Gladston Mamede:

“Encontrou a lâmpada mágica? O que pedir? Vai pedir muito dinheiro? E se você for absolutamente infeliz, apesar de ter uma fortuna insuperável? Quer todo o dinheiro do mundo? E o que valerá seu dinheiro se ninguém mais tiver dinheiro? Gostará mesmo de ser um abastado num mundo de miseráveis? Vai pedir homens ou mulheres? E você não os(as) amar e nem por eles(elas) for amado(a)? O pior, meu amigo, é que você tem a lâmpada mágica e nunca percebeu. Basta lustrá-la bem, deixá-la brilhar, para resolver os problemas... Peça SAÚDE !" (MAMEDE, Gladston. Direito Empresarial Brasileiro. Falências e Recuperação de Empresas, São Paulo: Atlas, 2020)

Honradas em coordenar este segundo GT de Direito à Saúde, agradecemos a participação de todos os expositores, na expectativa de nos encontrarmos presencialmente no próximo evento do Conpedi.

Janaína Machado Sturza - UNIJUI

Michelle Asato Junqueira - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão - COGESMIG

ANÁLISE DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DIREITO OU MERCADORIA?

ANALYSIS OF HEALTH PRIVATIZATION IN BRAZIL: LAW OR MERCHANDISE?

Thamyres Silverio Figueiredo
Grace de Goes
Gabriel Geovany da Silva Cesar

Resumo

A consolidação do capitalismo contribuiu para o fomento de uma lógica de acúmulo de capital, competitividade e individualidade. O sistema influencia diretamente setores, como a saúde, garantindo que as políticas de governo, que deveriam atuar conforme pregado pela CF /1988, sejam direcionadas à iniciativa privada, ao invés de fomentadas através do SUS, assim como para que determinados serviços sejam somente ofertados por planos de saúde. O que se observa, portanto, é um aumento massivo da privatização sanitária no Brasil e o que se pretende compreender é se, hoje, a saúde deve ser considerada como uma mercadoria ou um direito.

Palavras-chave: Capitalismo, Saúde, Sus, Iniciativa privada, Direito

Abstract/Resumen/Résumé

The consolidation of capitalism has contributed to the promotion of a logic of capital accumulation, competitiveness and individuality. The system directly influences sectors, such as health, ensuring that government policies, which should act as preached by the CF/1988, are directed to the private sector, rather than promoted through the SUS, as well as ensuring that certain services are only offered by health plans. What is observed, therefore, is a massive increase in health privatization in Brazil and what is intended to be understood is whether, today, health should be considered as a commodity or a right.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Capitalism, Health, Sus, Private initiative, Right

1. INTRODUÇÃO

Em um mundo pautado pela ordem capitalista, observa-se que questões como competitividade, a necessidade de um aumento na produtividade e a acumulação de capital nas mãos de poucos ganham destaque, o que consequentemente promove um maior índice de marginalização na população, que se vê, em grande parte, privada de seus direitos fundamentais, a exemplo do acesso à saúde.

Será necessário, em primeira instância, compreender a íntima relação entre saúde e capitalismo, para que se consiga obter uma perspectiva das influências do sistema capitalista em uma das temáticas essenciais à existência humana. Dessa forma, busca-se analisar, de maneira mais aprofundada e por meio de pesquisas bibliográficas, se, sob o cenário de uma sociedade capitalista previamente apresentado, a saúde torna-se um direito ou uma mercadoria, na qual os trabalhadores devem lutar para conquistar.

Em seguida, será momento de depreender tal fato de maneira mais restrita, adentrando na realidade brasileira, principalmente a partir da promulgação da Constituição de 1988, a qual fortaleceu a garantia a direitos fundamentais no país. Entretanto, mesmo com a garantia constitucional, cabe a reflexão se o direito à saúde realmente tem sido concretizado de maneira universal e como tem sido a influência da crescente atuação da iniciativa privada no âmbito da referida área no Brasil.

Para isso, será analisado o texto "Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social", de Araújo (2014),[1] que, aliado à explanação da relação entre política econômica e saúde, bem como ao histórico de gestão de saúde no Brasil, contribuirão para trazer o embasamento teórico necessário para o que se busca compreender no presente artigo: no Brasil, a saúde é um direito ou uma mercadoria?

2. SAÚDE E CAPITALISMO

Internacionalmente, o Brasil assinou, em 1992, o Pacto Internacional sobre Direitos

[1]Isabelle Maria Mendes de Araújo é sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva (UFPE) e Doutora em Saúde Coletiva (UFRN).

Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, além do Protocolo de São Salvador, em 1999. Ambos os documentos versam sobre garantias que devem ser ofertadas aos indivíduos para que possam viver uma vida com dignidade e com respeito ao seu direito humano.

> "No tocante ao direito à saúde, o art. 12 do pacto estabelece que os Estados "reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental", e o art. 10 do protocolo determina que "toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social" (VIEIRA, 2020).

Nesse viés, foi promulgada a Constituição Federal, em 1988, que tornou o acesso à saúde uma garantia constitucional e uma forma de direito à vida. Neste momento, é importante mencionar que essa garantia reflete marcos de lutas e resistências ao longo da consolidação da sociedade capitalista, bem como na pacificação de confrontos no âmbito dos interesses da burguesia (KOETZ, 2016).

> "De acordo com Schulze (2019a, p. 29), o Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como: i) o princípio da dignidade humana; ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a "um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários"; iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e iv) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. Trata-se de um direito de satisfação progressiva que não é absoluto, ou seja, não comporta como dever do Estado a garantia de acesso pelos indivíduos a toda e qualquer prestação de saúde existente" (VIEIRA *apud* SCHULZE, 2020).

Em consonância, a formação dos Estados Nacionais nasceu da necessidade de se amenizar e controlar os conflitos entre as classes – burguesia e classe trabalhadora – e, neste âmbito, tem-se um Estado tendencioso à classe de maior poderio econômico, ou seja, dominante, e responsável por torná-la também uma classe dominante politicamente, contribuindo para que se tenha uma ampliação dos mecanismos de repressão e aumento da exploração da classe dominada (ENGELS *apud* KOETZ, 2016).

Assim, o Estado possui um caráter alheio à realidade ao servir como um apoio para a implementação e concretização dos interesses da classe dominante. A burguesia, portanto, utiliza-se de ferramentas que constroem a impressão de que as políticas praticadas são direcionadas ao bem comum social, quando, na realidade, trata-se de uma universalidade aparente, que contribui para a manutenção da burguesia enquanto classe dominante (MONTAÑO; DURIGUETTO *apud* KOETZ, 2016).

Afirma-se, portanto, que no sistema capitalista, as formas de gerenciamento são direcionadas a partir dos interesses da burguesia, assim como as conquistas da classe trabalhadora serão limitadas a estes. Entretanto, a luta da classe trabalhadora não pode, e não deve ser desconsiderada, visto que proporcionou melhorias às condições de vida desta população e atuam como um tensionamento à estrutura padrão do sistema. Dentre as possíveis conquistas da classe trabalhadora, tem-se o acesso à saúde, pautado por paradoxos de atuação do Estado e da iniciativa privada, uma vez que, de um lado, trata-se de um direito dos trabalhadores e, de outro, uma ferramenta lucrativa para a indústria/mercado e governo (KOETZ, 2016).

3. PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A partir dos estudos de Araújo (2014) será possível compreender as formas com que o desenvolvimento econômico no Brasil fora conduzido, sob as rédeas do sistema capitalista, de modo a limitar o direito à saúde, que deveria, na realidade, ser universal – como será analisado mais à frente.

Atualmente, em uma perspectiva heterodoxa, o desenvolvimento econômico brasileiro é chamado de “neodesenvolvimentismo” ou “novo desenvolvimentismo”, que possui o objetivo principal de elaborar um projeto nacional de crescimento econômico aliado a melhores

condições distributivas no país. Para isso, portanto, será necessária uma maior intervenção estatal na economia e nas políticas de governo, a exemplo das questões sociais. Importante mencionar ainda que, tradicionalmente, neodesenvolvimentismo tem suas raízes de pensamento econômico vinculadas à Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), sendo voltada para o desenvolvimento industrial e fomento da autodeterminação dos povos e das nações latinas (ARAUJO, 2014).

De outro lado, em um campo ortodoxo, o "novo desenvolvimentismo" pode ser considerado como uma mescla entre o discurso populista e o neoliberal, bem como uma estratégia de desenvolvimento nacional. Trata-se de uma forma pela qual o Brasil poderia projetar seus mercados para o sistema internacional e competir com países ricos. Dessa forma, pode-se entender o conceito enquanto um instrumento de desenvolvimento que aborda as questões sociais, mas que contribuem para aprofundar as raízes de exploração do trabalho no Brasil (ARAUJO, 2014).

"(...) a saúde pode ser entendida como um produto das condições objetivas da existência humana, dependente das condições de vida e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do seu trabalho" (PAIM *apud* ARAUJO, 2014). É sob essa perspectiva que se introduz o campo da saúde no Brasil, destacando a essencialidade em se compreender as condições de vida e de trabalho da população, a fim de intervir de maneira a promover melhorias nas estruturas econômicas e jurídico-políticas.

Importante mencionar que, em 1988, foi promulgada a Constituição de 1988, seguida das leis 8.080/1990 e 8.142/1990, de 1990 (ROSADO; FREITAS, 2020),[23] as quais garantem que a saúde é um direito de todos, assim como um dever primário do Estado. Além disso, o referido documento foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde pública, responsável pelo atendimento de 190 milhões de pessoas, as quais 80% são exclusivamente dependentes de seus serviços, o que reforça a necessidade de manutenção do organismo para atender essa população (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, s/d).

---

[2] Lei 8.080/1990. *"Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências"* (PLANALTO, s/d).
[3] Lei 8.142/1990. *"Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências"* (PLANALTO, s/d).

> “A ampliação da oferta resultou no aumento do acesso a serviços de saúde. Entre 1998 e 2013, o percentual de pessoas que se consultaram com um médico nos últimos doze meses passou de 54,7% para 72,2% (Viacava et al., 2018). No tocante à mortalidade por doenças transmissíveis, houve significativo declínio entre 1980 e 2015, com redução de 12% para 4% da participação dos óbitos por essas doenças em relação aos óbitos totais neste período (VIEIRA *apud* Teixeira et al., 2020). Além disso, a taxa padronizada de internação por causas sensíveis à atenção básica teve redução de 45% entre 2001 e 2016, passando de 120 para 66 internações por 10 mil habitantes” (VIEIRA *apud* Pinto e Giovanella, 2020).

Ao proporcionar um modelo de saúde formulado a partir do princípio da universalidade, torna-se nítida a percepção de que o SUS representa uma relevante conquista para a população. Dessa forma, compreende-se que o acesso à saúde deveria ser facilitado, sem a determinação de uma contribuição social ou que esteja vinculado à um contrato de trabalho (ROSADO; FREITAS, 2020).

> “Segundo Paim (2018), esses progressos foram obtidos em razão da existência de vetores positivos que sustentam o SUS: i) sua inspiração em valores como igualdade, democracia e emancipação; ii) compromisso das entidades que integram o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária com a defesa do direito universal à saúde; iii) formação de profissionais de saúde por meio de uma rede de instituições de ensino e pesquisa que confere sustentabilidade institucional ao sistema; iv) descentralização de atribuições e de recursos, com ampliação da oferta e do acesso às ações e aos serviços de saúde; v) engenharia político-institucional que possibilitou a elaboração de regramentos, dando sustentabilidade institucional e materialidade, em termos de estabelecimentos de saúde, equipes, equipamentos e tecnologias disponibilizadas; vi) avanços em diversos programas e

sistemas de informação; e vii) reconhecimento formal do direito à saúde no país" (PAIM *apud* VIEIRA, 2020).

Em ato contínuo, é possível depreender ainda que o princípio da universalidade diverge diretamente da competitividade e individualidade pregadas pelo modelo capitalista, marcado pela mercantilização de diversas áreas da vida social. O SUS torna-se, portanto, um inimigo e uma ameaça ao funcionamento do sistema. Cabe ressaltar ainda que um dos principais objetivos do capitalismo é a exploração do trabalho para a garantia do acúmulo de capital, demonstrando mais um comportamento que se choca aos princípios do sistema de saúde universal.

Ademais, o que se nota é a alta lucratividade que o campo da saúde pode promover, atraindo empresas nacionais e estrangeiras para maiores investimentos. Isto porque, ao se falar de saúde, entra-se em um assunto delicado, visto que a população, em geral, faria o que fosse necessário para ter acesso à saúde de qualidade, com equipamentos de alta tecnologia e maiores chances de progresso no quadro clínico, tanto para si, quanto para familiares.

Além disso, os moldes do SUS, que promovem uma maior participação social, divergem também com as raízes da estrutura clientelista e patrimonialista com as quais a sociedade brasileira foi criada (ROSADO; FREITAS, 2020). Em decorrência de tais fatores, desde o início dos debates para formulação do que seria o SUS, passando pelo processo de elaboração da Constituição, até chegar em sua criação, o sistema tem enfrentado obstáculos para que se torne de fato efetivo, assertivo e totalmente público.

Para compreender tais fatos, é necessário elucidar um breve histórico sobre o sistema. Em uma fase pré-SUS, observa-se um *boom* de expansão do setor privado por meio do incentivo do Poder Público, demarcando o processo de privatização da saúde. Neste momento, o financiamento da questão sanitária passou a ser financiado pela Previdência Social, determinando que somente os trabalhadores contribuintes tivessem acesso à serviços de saúde, o que correspondia a 20% (BRAGA E PAULA *apud* ARAUJO, 2014).

Sob essa perspectiva, ganham força também, a partir de 1970, a venda de planos privados de saúde e um maior apoio na oferta privada por estabelecimentos de saúde por parte do planejamento governamental. Aliado a isso, no cenário de abertura econômica, no mandado do então presidente Geisel, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social,

responsável por conceder linhas de crédito a instituições do cunho social, tais quais hospitais públicos e privados (BAHIA *apud* ARAUJO, 2014).

Paralelamente à abertura econômica, permanece a dinâmica de políticas de discriminação, favorecendo o acesso à saúde para aqueles que tivessem condição de contratar planos de saúde, por exemplo. Em 1987, estima-se que apenas 15% da população brasileira tinha acesso a tais planos (ARAUJO, 2014). Em 1988, é criado, portanto, o SUS, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde, garantindo maior inclusão da população e, principalmente, de fortalecer o setor estatal. Mesmo que tenha se notado um fortalecimento do setor estatal, continuou-se uma intensa atuação de instituições privadas, uma vez que não tinham seus lucros ou normas para atuação controladas.

Além disso, algumas especialidades, caracterizadas como mais complexas e que se utilizam de equipamentos mais caros, como a quimioterapia ou cirurgias cardíacas, são abrigadas por hospitais privados. Nesse sentido, há uma manutenção do perfil privado para alguns aspectos no escopo da saúde, não garantindo a inclusão em sua totalidade.

Reforça-se, neste momento, o incentivo governamental à expansão do setor privado na saúde, em especial, em decorrência dos gastos públicos com prestadores privados para assistência à saúde; às desonerações fiscais a prestadores privados; e, *"pela duplicidade de uso de serviços do SUS por segurados de planos e seguros de saúde"* (ARAUJO, 2014).

Somado a isso, importante mencionar que uma parcela significativa dos recursos públicos é direcionada para o setor privado, para que sejam adquiridos equipamentos, serviços, infraestrutura e até mesmo remuneração de mão de obra, o que corrobora para fortificar o caráter mercantil da saúde no Brasil e promover maiores lucros à iniciativa privada. Sob esse âmbito, analisa-se uma dinâmica em ascensão no Brasil, pautada pela desvinculação do capital público para que seja direcionado a conglomerados do mercado privado e financeiro. Assim, há a intensificação do caráter privatista de determinados segmentos, a exemplo da saúde, e o consequente desmantelamento do direito universal e igualitário à saúde pública, pregado na CF/1988 e demais leis já mencionadas anteriormente.

Para justificar o apoio à tal expansão, o governo utilizava-se de um discurso de universalidade do direito à saúde. Entretanto, a partir da "venda de saúde" pelos planos privados, o que se observa é a saúde enquanto um bem de consumo, promovido apenas àqueles que a podem adquirir.

Em 1997, foram criadas as Organizações Sociais (OSs), um instrumento para validação e implementação das políticas públicas. Porém, as OSs atuaram enquanto um "pano público" para a atuação da iniciativa privada, uma vez que esta passa a terceirizar seus hospitais, prédios, móveis, equipamentos e trabalhadores para o escopo privado. A referida dinâmica fomenta a privatização de serviços de saúde e sociais no Brasil, o que pode ser caracterizado, em muitas circunstâncias, como inconstitucional, visto que o Estado tem como prioridade a garantir o acesso à uma saúde de qualidade à sua população (ARAUJO, 2014).

A saúde enquanto um direito, no geral, tende a ser vaticina para fins de justificativas eleitorais ou como pauta de discurso político, ao passo que, na realidade, a saúde é um campo de disputa permanente por parte da iniciativa privada e que conta com uma demanda garantida pelo Estado, seja sob a forma de subsídios diretos e indiretos, seja pela capacidade de compra direta por parte do segmento mais rico da população (*"out of pocket")*. Isto porque, a partir do alargamento de setores da economia para o mercado privado, governantes são beneficiados com apoio da classe dominante - a burguesia – e, em grande parte das vezes, são beneficiários do acúmulo/lucro do capital obtido.

Conforme mencionado anteriormente, atualmente tem se observado uma dinâmica na qual os recursos públicos são direcionados para a iniciativa privada, o que contribui para o fomento da mercantilização da saúde. Sob esse viés, desde 2016, ano em que Michel Temer assumiu a presidência, nota-se um processo de desestruturação e desmonte do SUS, viabilizado a partir do golpe parlamentar orquestrado para destituir Dilma Rousseff.

Como instrumentos econômicos utilizados para efetivação do processo, tem-se a austeridade fiscal, relacionada aos cortes destinados à iniciativa pública, bem como ao enxugamento de investimentos na esfera das políticas sociais, caracterizado enquanto uma evolutiva neoliberal. O direcionamento da verba para o setor privado, fora justificado, portanto, como uma forma de equilibrar novamente as contas do governo.

Assim, o período pós-golpe parlamentar foi qualificado por um movimento de celeridade do ajuste fiscal, somado a um agravamento das péssimas condições de vida e de trabalho, em um cenário de superacumulação de capital e intensa recessão econômica, intensificando a desigualdade social, a pobreza e a miséria.

O ajuste fiscal foi formulado com base no congelamento dos gastos públicos por 20 anos, englobando pautas como Saúde, Previdência, Assistência e Educação. Dessa maneira, é

possível compreender as motivações para o agravamento das condições de vida da população brasileira, visto que houve um aumento do desemprego, da pobreza e do desmantelamento de políticas públicas sociais. Tal fato contribui, portanto, para o fomento das desigualdades socioeconômicas e da concentração de renda no país.

O processo de desmonte da saúde pública brasileira é denominada por muitos de "Contrarreforma", processo que continuou a ser estimulado e reforçado pelo presidente Jair Bolsonaro, sucessor de Michel Temer. O atual presidente, pautando-se de um discurso conservador, desde o período inicial de seu governo, busca promover mudanças estruturais e organizacionais na administração do Estado, alargando a possibilidade para penetração do efeito de privatização, precarização e focalização das políticas de corte social, principalmente no que tange à redução de recursos públicos destinados às políticas sociais (ROSADO; FREITAS, 2020).

Necessário reforçar ainda que a saúde é um dos campos mais visados em decorrência das projeções altamente positivas de acúmulo de capital, atraindo, dessa forma, agentes do capital financeiro. Além disso, organismos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional, responsável pela regulação e cooperação monetária, afirmam que o sistema de saúde universal não é capaz de comportar a população como um todo, já que acabaria por sobrecarregar a política econômica dos países (SOUSA *apud* ROSADO; FREITAS, 2020).

Nesse sentido, o direito à saúde, no plano real, não é universal, como postulado na Constituição Federal de 1988, mas sim restrito e sob domínio das poucas empresas privadas detentoras de tal poder. Compreende-se, portanto, a saúde enquanto uma mercadoria no Brasil e o povo brasileiro atua enquanto um coadjuvante que necessita lutar para conquistá-la enquanto um bem público, assim como outros direitos essenciais para a garantia de uma vida digna a todos os cidadãos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, buscou-se compreender a íntima relação entre o sistema capitalista e a saúde. Nesse sentido, observou-se que o Estado surge enquanto um instrumento da mobilização de interesses da burguesia, alheios às necessidades da classe trabalhadora. Entretanto, cabe ao Estado também garantir alguns fundamentos básicos em relação à saúde, a exemplo do princípio

da dignidade, ou seja, prover condições para que os indivíduos possam viver com dignidade, constituindo a questão sanitária como uma delas.

A partir disso, nota-se, com a ascensão de Pactos de Direitos Humanos, uma maior relevância das questões sociais, capitaneadas, principalmente, pelas Nações Unidas. Sob esse viés, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal brasileira, documento que selava a garantia de direitos fundamentais à população e reflete intensas lutas ao longo de toda a história do capitalismo para que fossem contemplados.

Entretanto, conforme mencionado, as políticas estatais são, em sua maioria, pautadas pelos interesses de uma burguesia detentora de poderes e é, por meio deste cenário, que se demonstram as divergências em relação à saúde. Neste momento, cabe retomar a pergunta inicial apresentada neste artigo. Com base no que fora visto em tópicos anteriores, a privatização da saúde é uma tendência global, visto que se trata de uma área altamente lucrativa e que chama a atenção de grandes conglomerados do mercado financeiro, garantindo à saúde um caráter cada vez mais mercantil. Além disso, no âmbito doméstico e como pode ser observado no Brasil, por muitas vezes é considerada uma moeda de troca para que o governo concretize os interesses da burguesia em troca de apoio eleitoral e fortalecimento de poder contra a oposição.

É sob essa lógica que Araújo analisa os processos de apropriação privada da saúde, ao revelar as razões do crescimento das empresas privadas na área, assim como as incoerências das relações público-privadas construídas até os dias atuais. Em se tratando do Brasil, apresenta ainda como as políticas no período pré-SUS, sob o cenário de governos neoliberais da década de 1990, impactaram o sistema de seguridade social e o direito à saúde para as classes populares. A partir da criação SUS, explora como este ajudou a democratizar o acesso à saúde e explica os motivos pelos quais o Brasil ainda está distante de apresentar uma rede de cuidados verdadeiramente equânime e integral para sua população.

Inicialmente, discute-se a dimensão estrutural e histórica do país, ao expor como os discursos que enfatizavam a importância do "crescimento econômico com desenvolvimento social" foram utilizados para uma "manutenção da exploração do trabalho pelo capital", assim como tal fato afetou o setor da saúde de maneira prática e em seu aspecto de direito social. Em sequência, destaca a incoerência de o Brasil ser uma das maiores economias do mundo, mas continuamente manter inúmeras restrições nos gastos para o sistema de seguridade social e,

consequentemente, afetar a saúde da parcela mais vulnerável.

Ao tratar do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro e a questão social, relaciona as correntes teóricas econômicas – heterodoxa e ortodoxa - que moldaram as últimas décadas da política nacional e da América Latina e demonstra como estas levaram a um desenvolvimento desigual das populações, visto que os aspectos sociais são tratados de modo secundário ou utilizadas para neutralizar opositores e pacificar tensões sociais, seja no período neodesenvolvimentista, seja no período neoliberal.

É preciso destacar os trechos em que a autora apresenta o embate entre manutenção da ordem econômica capitalista e a coesão social.

> "Em última instância, trata-se de luta para manutenção da ordem econômica e da coesão social, e não de transformações estruturais visando a superação do modo de produção capitalista, eternizado e naturalizado como o sistema social capitalístico possível. (...) tomar a "questão social" concretamente é apreendê-la como problemática configuradora de uma totalidade processual específica, é remetê-la à relação capital/trabalho - o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem capitalista. A política social deve, pois, necessariamente constituir-se em políticas sociais: recortadas como problemáticas particulares e, assim, enfrentadas" (ARAUJO, 2014).

Reforça-se, para além disto, que o processo de implementação do SUS ainda está em andamento e, como é possível compreender neste artigo, sempre necessitará da luta na esfera política para barrar os interesses econômicos privatistas que limitam o amplo acesso da população à ampla gama de serviços oferecidos. Até porque existe na atual conjuntura um amplo apoio do próprio Executivo e do Legislativo ao desenvolvimento de iniciativas privadas, fazendo com que o processo sequencial de implementação do SUS seja cada vez mais tensionado enquanto a proposta de um sistema público orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Ademais, é destacada a melhora no sistema de saúde brasileiro após a criação do SUS,

bem como os serviços públicos de saúde eram atrelados à seguridade, em que pese a demonstração de como o capital e a iniciativa privada permaneceram enraizados e em crescimento neste setor, demonstrando a apropriação da privatização em parcelas significativas de serviços essenciais ofertados à população. Assim, a autora ressalta a ação do Estado por meio de políticas econômicas que fortalecem política e economicamente aqueles que empregam e contribuem para a marginalização e dificuldades entre os trabalhadores e cidadãos em geral. Nesse sentido, os planos de saúde nascem enquanto um instrumento de negociação do contrato de salário, o que fomenta o seu caráter cada vez mais relacionado à uma mercadoria.

> "Em tempos de estagnação econômica, redução do número de postos de trabalho, decréscimo dos valores diretos dos salários; o valor dos planos é ressignificado. Como integrantes da cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, os planos de saúde tornaram-se moeda de troca salarial, fortalecendo a segmentação (público x privado) do sistema de saúde brasileiro que se pretendia superar com a criação do SUS" (BAHIA *apud* ARAUJO, 2014).

Além do exposto, importante reforçar que assim como o SUS fora uma ameaça aos ideais neoliberais, o capitalismo pode ser analisado, e sobretudo na atual realidade, enquanto um oponente à concessão de direitos fundamentais dos povos, visto a sua necessidade de garantir lucros exacerbados que se concentram nas mãos de poucos, bem como ser um sistema em que esses “poucos” tornam-se cada vez mais ambiciosos e competitivos, voltados à ampliação de seus ganhos.

> "Vivemos, portanto, numa sociedade em que os direitos inalienáveis dos indivíduos submetidos à propriedade privada e à taxa de lucro se sobrepõe a toda outra concepção concebível de direitos inalienáveis. (...) fica latente os limites que o modo de produção capitalista encerra de qualquer possibilidade de desenvolvimento, seja destinado ao humano em detrimento à acumulação do capital, seja na saúde, seja na educação. As tragédias da fome, do desemprego, conflitos ambientais e urbanos confirmam todos os dias o seu esgotamento como indutor de uma sociabilidade sequer sustentável” (ARAUJO, 2014).

Nesse sentido, em um sistema no qual as consequências trazem diversas mazelas à população, como fome, pobreza, miséria e marginalização, é necessário que atores em terceira instância sejam agentes de mudança. Sob esse âmbito, a própria opinião pública é um excelente instrumento de luta contra os interesses de uma burguesia bem estruturada, mas que pode ser confrontada por questionamentos portadores de outra lógica, a lógica dos direitos universais e fundamentais dos indivíduos.

O SUS deve ser fortalecido por todos aqueles que o utilizam e por aqueles que tem consciência de sua imensa relevância. O SUS é um dos poucos sistemas de saúde do mundo pautados pelo princípio de universalidade e que são administrados pela gestão pública - mesmo que como fora apresentado, não em sua totalidade -, o que reforça ainda mais a sua importância frente à realidade em que vive o povo brasileiro.

Cabe mencionar que se o SUS desempenha papel fundamental durante períodos de "normalidade sanitária" e em crises de saúde pública, a exemplo do vivenciado em 2020 e 2021, com a pandemia do coronavírus, este revela-se essencial para a sociedade brasileira. A porta de entrada dos infectados pelo vírus foi eficiente – os estabelecimentos públicos de saúde – bem como o tratamento de casos graves. Ademais, dada a experiência exitosa e histórica, conhecida mundialmente sobre campanhas de cobertura vacinal da população, por meio do Programa Nacional de Imunizações, apesar da falta de liderança e definição de uma estratégia clara de vacinação, o SUS, sobretudo nos níveis estaduais e municipais, foi responsável por elaborar medidas eficazes de vacinação da população, só prejudicada pela ausência de apoio federal neste processo.

Apesar disso, a desigualdade estrutural que permeia a sociedade brasileira e a sua formação impacta diretamente para que as políticas públicas e estratégicas sejam divergentes entre as regiões do Brasil. De acordo com a Fiocruz (2022), em uma pesquisa comparativa de resultados de ações de enfrentamento da COVID-19, observa-se a existência de dois Brasis: um do Norte e outro do Sul.

Ao comparar os dados de mortalidade e cobertura vacinal dos estados do Pará, Maranhão, São Paulo e Rio Grande do Sul, tem-se que as unidades federativas pertencentes à região nordeste e norte apresentam altos índices de mortalidade e uma alta defasagem na cobertura vacinal. Tal fato reflete a desigual formação estrutural brasileira e o atual

desmantelamento e precarização de políticas públicas sociais e sanitárias, nos quais há uma clara hierarquização regional em que determinados territórios são priorizados em prol de outros, reforçando o fato de as regiões citadas anteriormente serem historicamente conhecidas por altos níveis de pobreza, baixo IDH e desigualdade social.

Diante disso, é possível compreender que as políticas públicas são influenciadas indiscutivelmente pela dinâmica econômica, e não pelas necessidades e direitos da população. Os melhores equipamentos, infraestrutura e serviços de saúde são prioritariamente direcionados para regiões com maior potencial de atividade econômica, urbanização e atração de riqueza, a exemplo de São Paulo e o Rio Grande do Sul. Nesse sentido, nota-se uma maior dificuldade de acesso inclusive de serviços mínimos de saúde - como testagem, atendimento e medicação - nas regiões mais ao Norte do Brasil, justificando os índices desiguais para o enfrentamento da COVID-19 supramencionados - e que a lógica desigual de enfrentamento poderia ser estendida para quaisquer outros problemas sanitários.

Neste ponto, portanto, é nítida a mercantilização da saúde no Brasil, não somente em âmbito de centralização da iniciativa privada - por meio dos planos de saúde -, mas também na operação estratégica do governo, que prioriza o investimento sanitário em regiões social e economicamente mais desenvolvidas, reforçando a intensificação de miséria, pobreza e redução do IDH nas demais regiões, quando, na realidade, deveria adotar medidas de investimento sanitário universal e de equidade, que atendesse de fato toda a população.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Isabelle Maria M. d. **Direito à Saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social.** Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/16994>. Serv. Soc. Rev. Londrina, v. 16, n.12, p. 62-79, Jan./Jun. 2014.

FIOCRUZ. **Boletim Observatório COVID-19.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-se06-07-red.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FNS. **Vacinação, pesquisa e transferência: iniciativas da Saúde fortalecem o SUS no combate à covid-19.** Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/vacinacao-pesquisa-e-transferencia-iniciativas-da-saude-fortalecem-o-sus-no-combate-a-covid-19/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

KOETZ, Mariana T. **O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA: PRIVATIZAÇÃO VERSUS PARTICIPAÇÃO SOCIAL.** UFRGS, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157427/001016905.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caminhos do Direito da Saúde no Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PLANALTO. **LEI 8.080/1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PLANALTO. **LEI 8.142/1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.html>. Acesso em: 01 abr. 2022.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. **As contradições do direito à saúde no capitalismo:: apontamentos da realidade brasileira.** SER Social, *[S. l.]*, v. 22, n. 47, p. 368–388, 2020. DOI: 10.26512/sersocial.v22i47.25428. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428. Acesso em: 01 abr. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUS.** Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUS é referência mundial em atendimento público à saúde.** Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7181-sus-e-referencia-mundial-em-atendimento-publico-a-saude>. Acesso em: 01 abr. 2022.

VIEIRA, Fabiola S. **DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA.** Disponível em: <

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf>. Acesso em 01 abr. 2022.