

**XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO
CONPEDI BUENOS AIRES –
ARGENTINA**

**DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO
SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E
TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E
ECONÔMICA III**

LUIZ ERNANI BONESSO DE ARAUJO

RODRIGO RÓGER SALDANHA

FABIO FERNANDES NEVES BENFATTI

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal 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

Desenvolvimento Econômico Sustentável, Globalização e Transformações na Ordem social e Econômica III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Luiz Ernani Bonesso de Araujo; Rodrigo Róger Saldanha; Fabio Fernandes Neves Benfatti. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-757-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Derecho, Democracia, Desarrollo y Integración

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Desenvolvimento Econômico. 3. Globalização. XII Encontro Internacional do CONPEDI Buenos Aires – Argentina (2: 2023 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA

DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA III

Apresentação

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos os artigos apresentados no Grupo de Trabalho DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA III, que teve seus trabalhos no XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI, ARGENTINA – BUENOS AIRES nos dias 12, 13 e 14 de outubro de 2023, com o tema: DIREITO, DEMOCRACIA, DESENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO.

No artigo MECANISMOS LEGAIS DE SUPORTE DA INOVAÇÃO DISRUPTIVA: EXEMPLOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESENVOLVIMENTO NA AMÉRICA LATINA, os autores Cildo Giolo Junior , Fabio Fernandes Neves Benfatti , José Sérgio Saraiva, destacaram os mecanismos legais existentes nos países da América Latina para verificar a possibilidade de crescimento baseado em inovação disruptiva. Utilizou-se o método dedutivo, partindo de um arcabouço teórico sobre ondas longas e inovação disruptiva, com base nos trabalhos seminais de Schumpeter e Christensen, para investigar sua aplicação ao contexto latino-americano. Através de pesquisa bibliográfica e análise documental de indicadores de inovação, constatou-se que, apesar de algum progresso nas áreas de Pesquisa, Desenvolvimento e Tecnologia, barreiras sistêmicas seguem limitando a difusão ampla de inovações disruptivas na região. Ao mesmo tempo, a pesquisa encontrou bons exemplos de mecanismos legais para apoiar a inovação em países como Chile, Colômbia, México e Brasil. O desafio é escalar e integrar essas experiências bem-sucedidas, consolidando sistemas nacionais robustos de inovação. Abre-se também uma janela de oportunidade diante de tecnologias potencialmente disruptivas como inteligência artificial e biotecnologia. Contudo, para aproveitar essa chance, são necessárias políticas públicas proativas e abrangentes para construir capacitações em recursos humanos e infraestrutura, eliminar assimetrias tecnológicas históricas, fomentar ambientes empreendedores e disseminar as novas tecnologias. Portanto, embora obstáculos significativos persistam, o potencial para a América Latina finalmente protagonizar um novo ciclo longo de

prosperidade econômica movido por inovação disruptiva é factível, desde que apoiado por estratégias coordenadas de longo prazo para alavancar saltos em capacitações produtivas, competitividade e inclusão social.

No artigo A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS VOLTADAS AOS RESÍDUOS SÓLIDOS DO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO, os autores Isadora Raddatz Tonetto , Jerônimo Siqueira Tybusch , Amanda Costabeber Guerino, apresentaram uma discussão sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos no serviço de alimentação, através da implantação de Políticas Públicas Municipais como impulsionador do desenvolvimento sustentável nos municípios do Brasil, a partir da Lei 12.305/2010. Tendo como problemática de pesquisa verificar: quais os limites e possibilidades de se alcançar o desenvolvimento sustentável nos municípios do Brasil, a partir da implementação de políticas públicas municipais voltadas ao gerenciamento dos resíduos sólidos no serviço de alimentação? A metodologia escolhida para viabilizar este estudo obedece ao quadrinômio: teoria de base, abordagem sistêmico-complexa, o procedimento escolhido será a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental e técnica se dará pela elaboração de resumos dos autores e fichamentos da doutrina essencial ao estudo. Tendo como conclusão que somente com a criação de políticas públicas municipais de gerenciamento de resíduos do serviço de alimentação, as empresas do segmento poderão se tornar sustentáveis impactando a realidade local, consequentemente a sustentabilidade multidimensional.

No artigo A PROTEÇÃO AMBIENTAL E O LIVRE COMÉRCIO: UMA ANÁLISE JURÍDICA DO ARTIGO XX GATT/OMC E DO REGULAMENTO (EU) 2023/1115, os autores Caroline Lima Ferraz , Rhêmora Ferreira da Silva Urzêda , Luís Felipe Perdigão De Castro, destacaram que a partir de conferências multilaterais sobre meio ambiente, a Organização Mundial do Comércio (OMC) intensificou sua participação nos debates sobre o comércio limpo e desenvolvimento sustentável. O presente trabalho tem como objetivo discutir com base em pesquisa bibliográfica especializada, as principais regras do artigo XX do Tratado da OMC além de apresentar alguns aspectos relevantes sobre o novo regulamento (UE) 2023/1115 do Parlamento Europeu. Comércio e meio ambiente possuem naturezas e interesses diversos, contudo, o artigo XX do Tratado da OMC se mostra como um mecanismo de convergência de aplicabilidade, permitindo que os Estados, excepcionalmente, criem barreiras comerciais a produtos que coloquem em risco a proteção e conservação dos recursos naturais esgotáveis. As reflexões apontam que o referido dispositivo é importante para um contexto e esforço global de normas e padrões ambientais, mas que devem ser (re) pensados para além de um entrave ao livre comércio. Percebe-se avanços nas discussões entre os atores sociais envolvidos no cumprimento dos termos do regulamento (EU) 2023

/1115, intensificando a percepção das barreiras jurídicas para a implementação de práticas econômicas sustentáveis na ordem econômica internacional.

No artigo A "INTERNET DAS COISAS" E AS MEGATENDÊNCIAS NO DESCOMPASSO SOCIOECONÔMICO BRASILEIRO, os autores Ainna Vilares Ramos, apresentaram que a rápida transformação trazida pela IA exige uma abordagem estruturada para maximizar seus benefícios e minimizar os riscos. No âmbito educacional, a falta de regulamentação pode levar a tentativas de contornar as obrigações curriculares por meio da IA, prejudicando a formação do pensamento crítico e a aquisição legítima de conhecimento. Da mesma forma, no mercado de trabalho, a automação impulsionada pela IA pode intensificar o desemprego e aprofundar desigualdades. A regulamentação se torna um alicerce essencial para garantir a implementação ética da IA equilibrando suas vantagens com preocupações legítimas. Para a realização do estudo foi necessária a utilização do método científico dialético, com o propósito de fomentar um debate teórico embasado no pensamento crítico. Com foco qualitativo, o propósito foi analisar as vastas informações disponíveis sobre os impactos da inovação. Para tal, a pesquisa empregou uma abordagem de revisão bibliográfica e documental, alicerçada em fundamentos sociológicos, análise da Inteligência Artificial, influência da inovação no mercado de trabalho e aprofundamento das desigualdades sociais. Embora a regulamentação deva estimular a inovação, é necessário encontrar um equilíbrio entre flexibilidade e proteção contra abusos. Essa harmonia é fundamental para um futuro onde a IA contribua para o desenvolvimento humano e econômico, ao invés de ampliar disparidades. Para enfrentar esses desafios, investimentos em políticas públicas e educacionais devem ser direcionados para formar profissionais preparados e preparar estudantes para um cenário de IA. A regulamentação também deve permitir a flexibilidade para a inovação, ao mesmo tempo em que protege contra abusos e usos inadequados.

No artigo DIREITO DE REPARAR: COMO HARMONIZAR AS RELAÇÕES DE FORNECEDORES E CONSUMIDORES DE BENS E PRODUTOS DE ALTA TECNOLOGIA?, os autores André Luis Mota Novakoski , Samyra Haydêe Dal Farra Napolini., destacaram a análise da dinâmica de distribuição de produtos eletrônicos e com tecnologia embarcada no contexto da Sociedade da Informação e a dificuldade que tem sido enfrentada por usuários e consumidores em um ambiente de obsolescência programada e de progressiva restrição tanto técnica, quanto econômica à possibilidade de reparo de itens defeituosos. Exame de decisões judiciais que analisaram, direta ou lateralmente, o problema do direito de reparo de produtos tecnológicos.

No artigo ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA DO PRINCÍPIO DA NÃO VINCULAÇÃO E ANÁLISE DO ORÇAMENTO IMPOSITIVO BRASILEIRO, os autores Carolina Esteves Silva , Raphael Vieira da Fonseca Rocha , Lucas Baffi Ferreira Pinto, pontuaram que a Constituição de 1988, gênese do Estado Democrático de Direito, prevê regramentos básicos acerca das Finanças Públicas. Ao passo que o texto constitucional inseriu um escopo de artigos sobre o manejo da tributação e do orçamento no Título VI, igualmente pressupôs princípios constitucionais de aplicação financeira, tais como o Princípio da Não Vinculação, consagrado no inciso IV, do art. 167. Outrossim, somente as premissas constitucionais não foram suficientes para preencher as lacunas hermenêuticas no Direito Orçamentário. Por sua vez, as interpretações e correntes divergentes acerca da execução das leis orçamentárias, bem como no que se refere ao Princípio da Não Vinculação, trazem à baila uma necessidade de delimitar a extensão e alcance principiológicos da vinculação orçamentária. a aplicabilidade da exceção do Princípio da Não Vinculação do Orçamento Público em saúde, de modo que esta excepcionalidade respingue nos conceitos jurídicos e gerais do orçamento brasileiro, enquanto instrumento normativo dotado de execução formal e natureza autorizativa.

No artigo A DEMOCRACIA ECONÔMICA DO ARTIGO 170 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL: ANALISANDO A EFICÁCIA MATERIAL DA ORDEM ECONÔMICA, os autores Marilda Tregues De Souza Sabbatine, justificaram que a Ordem Econômica do Brasil, prevista no constituição, apresenta uma questão social e tem como promover a inclusão com base no princípio da Dignidade da Pessoa Humana. ante a relevância da discussão da economia nos tempos atuais, se ela é democrática o suficiente para atingir todas as esferas sociais, visando garantir a dignidade de toda pessoa humana. Á guisa da conclusão, verificou-se que a democracia da ordem econômica do artigo 170 CF, é, formal, entregando menos do que promete. A constituição foi promulgada em um momento histórico cujo pós-militarismo ainda era experimentado socialmente, o que retumbou em grande preocupação com a democracia. Por fim, embora ainda em voga a Ordem Democrática Constitucional; manter, apenas previsão da democratização não é suficiente, sendo necessária, sobretudo a possibilidade de aplicação imediata e eficaz, para que ela seja, de fato, consolidada, o que foi sinalizado pela possível adoção da democracia deliberativa, permitindo aos cidadãos participação ativa nas decisões do Estado.

CRÉDITO RURAL, SUSTENTABILIDADE E TECNOLOGIA COMO MEIOS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL NO CAMPO. Alex Sandro Alves , Eduardo Augusto do Rosário Contani , Marcelo Barros Mendes. Análise do crédito agrário e a sua importância para aplicação da tecnologia no desenvolvimento econômico-social rural. Adotou-se o procedimento bibliográfico, método dedutivo e abordagem qualitativa.

Verificou-se a necessidade de se enfatizar os princípios da sustentabilidade e da função social, como objeto de preservação e conservação do meio ambiente e do bem-estar da família camponesa.

No artigo CONSTITUIÇÃO ECONÔMICA E POLÍTICA URBANA: O PAPEL DAS OPERAÇÕES URBANAS CONSORCIADAS NA ORDEM ECONÔMICA BRASILEIRA DE 1988, os autores Natan Pinheiro de Araújo Filho , Giovani Clark , Samuel Pontes Do Nascimento, apresentam que as Operações Urbanas Consorciadas são um dos instrumentos da política urbana regulamentados pela Lei nº 10.257/2001 e visam transformações urbanísticas estruturais, melhorias sociais e valorização ambiental na área de sua aplicação. Para realização das finalidades previstas para o instrumento, a Lei autoriza a formalização de parcerias entre o poder público local e o setor privado. No entanto, estudos apontam que em áreas onde essas operações foram implementadas constatou-se impactos socioeconômicos negativos, como marginalização, gentrificação e exclusão socioespacial da população mais vulnerável, contradizendo os propósitos originais do instrumento. Isso levanta questionamentos sobre sua natureza e sobre o seu alinhamento com a Ordem Econômica Constitucional de 1988, suscitando debate se ele constitui uma ferramenta das políticas econômicas neoliberais em prol do capital. Buscou-se identificar neste trabalho a relação entre as Operações Urbanas Consorciadas e a Ordem Econômica Constitucional brasileira de 1988, bem como sua pertinência aos comandos constitucionais vigentes, à luz da ideologia constitucionalmente adotada e no contexto do pluralismo produtivo.

No artigo ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA DE BEM IMÓVEL E ATOS EM MEIO ELETRÔNICO COMO EFETIVAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, os autores Fernanda Lemos Zanatta , Fabio Fernandes Neves Benfatti , Raquel da Silva Neves Benfatti, destacaram que utilização da alienação fiduciária de bem imóvel como garantia de obrigação pecuniária, examina o procedimento de execução extrajudicial em caso de inadimplemento, bem como os atos que podem ser praticados em meio eletrônico. O pacto adjeto de alienação fiduciária e a constituição da propriedade fiduciária mediante o seu registro na matrícula do imóvel, segrega patrimônio para garantir o cumprimento da obrigação principal, constituindo patrimônio de afetação para quitação da dívida, facilitando a concessão de crédito imobiliário e alcançando finalidades econômica e social. O objetivo geral é demonstrar a alienação fiduciária de bem imóvel como garantia viável para obrigações pecuniárias, as vantagens na sua utilização e a importância da alienação fiduciária para o desenvolvimento e crescimento da economia. Como objetivo específico pretende-se examinar o procedimento extrajudicial de execução na hipótese de inadimplemento da obrigação principal, investigando os atos que podem ser praticados em meio eletrônico. Como resultado, além da identificação dos atos eletrônicos que podem ser associados,

conclui-se que a alienação fiduciária agrega valor para a busca de um desenvolvimento baseado na formação do crescimento econômico, fomentando a economia. A metodologia utilizada é a dedutiva, partindo de premissas gerais para específicas. Para tanto, será estudada a alienação fiduciária de bem imóvel com análise acerca dos atos que podem ser praticados em meio eletrônico.

No artigo ENVIRONMENTAL, SOCIAL AND CORPORATE GOVERNANCE (ESG): A AUTOMAÇÃO ALGORÍTMICA NA ANÁLISE CORPORATIVA E OS IMPACTOS JURÍDICOS NO BRASIL, os autores Yuri Nathan da Costa Lannes , Luan Berci , Júlia Mesquita Ferreira, justificaram que a automação algorítmica se apresenta na análise corporativa de Environmental Social and Corporate Governance e quais são os possíveis impactos no âmbito jurídico e nas políticas públicas no Brasil. Objetiva-se com o trabalho fazer uma compreender a dinâmica de funcionamento da automação algorítmica e as possibilidades e desafios que ela apresenta no desenvolvimento do ESG. A transparência e a confiabilidade dos dados, não pode ser comprometida ao longo do uso das técnicas de machine learning, deep learning e web scraping. Assim, o Direito por ser uma ciência social aplicada, precisa adaptar-se frente à evolução tecnológica e adequar-se aos novos desafios, para que desse modo, alcance um desenvolvimento sustentável, amparado em princípios éticos.

No artigo A EDUCAÇÃO DIGITAL DOS HIPERVULNERÁVEIS COMO FORMA DE EVITAR GOLPES E FRAUDES NAS RELAÇÕES DE CONSUMO, o autor Rogerio da Silva, apresenta sobre a necessidade de implantar políticas de educação para o consumo voltadas à inserção digital, buscando capacitar os hipervulneráveis para a compreensão e a utilização das modernas tecnologias da informação e comunicação. Trata das espécies de vulnerabilidade, avança na compreensão dos hipervulneráveis, apresenta dados da pesquisa da Febraban e conclui para o necessário esforço de unir poder público, sociedade civil e órgãos de defesa do consumidor. Somente o esforço conjunto e permanente, através de políticas públicas destinadas à população com 60 anos ou mais, será capaz de evitar a exclusão desse público do mercado de consumo e do convívio social.

No artigo A ÉTICA DA RESPONSABILIDADE COMO REMÉDIO PARA A DOR ESG DO GREENWASHING EMPRESARIAL, os autores Daniela Regina Pellin , Rafael Fritsch De Souza, destacam que a análise sobre a existência de maturidade organizacional para incorporação das práticas de ESG (Environmental, Social and Governance), ou se estamos apenas seguindo uma tendência do estágio evolutivo das práticas de responsabilidade social empresarial constituídas a partir da década de 50 do século passado. Como objeto de pesquisa, tem como problemática, nesta fase de sua narrativa, o greenwashing empresarial.

Para isso, o problema pode ser identificado a partir da seguinte pergunta: como contribuir com a maturidade empresarial em ESG? A hipótese reside na ética da responsabilidade empresarial como fio condutor desse sistema jurídico e de gestão. A cultura organizacional brasileira da oportunidade foi construída ao longo da história do país e resiste à ética da responsabilidade, impedindo a implementação adequada da cultura da ESG nas organizações empresariais nacionais.

No artigo ANÁLISE ECONÔMICA DA REGULAMENTAÇÃO DOS ATIVOS VIRTUAIS PELA LEI N. 14.478/22, os autores Rodrigo Cavalcanti , Diego Alves Bezerra, apresentam o aumento das transações financeiras com ativos virtuais levanta a questão da intervenção do Estado na economia para regular e fiscalizar a prestação desses serviços. A Lei n. 14.478 /2022 reconhece a necessidade de regulamentação desse mercado e atribui ao Banco Central do Brasil a competência para autorizar o funcionamento das instituições envolvidas, além de criar tipos penais relacionados às transações com ativos virtuais e aumentar as penas para a lavagem de capitais nesse contexto. A norma também estabelece um cadastro nacional de pessoas expostas para reforçar a fiscalização dessas atividades criminosas. No entanto, ao remeter ao Poder Executivo a responsabilidade de emitir um ato regulatório para definir tais procedimentos, a legislação acaba sendo parcialmente ineficaz em alcançar plenamente seu propósito de regulamentar de forma abrangente e eficiente o mercado de ativos virtuais. Diante de tal cenário é que, ao final do presente trabalho, chega-se à conclusão de que se torna crucial que o Poder Executivo atue prontamente para preencher as lacunas existentes no ordenamento jurídico a respeito da regulamentação dos ativos virtuais no Brasil. Contudo, tal regulamentação só será realmente eficaz se for sólida e apta a assegurar o equilíbrio do mercado e a proteção dos interesses públicos.

No artigo A INDICAÇÃO GEOGRÁFICA COMO FERRAMENTA ACESSÍVEL AO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL DO MERCOSUL, a autora Veronica Lagassi desta que o mercado comum do Sul (MERCOSUL) foi criado em 1991 por intermédio do Tratado de Assunção, tendo como principal objetivo promover o desenvolvimento econômico em relação aos países que compõem à América do Sul, muito embora até hoje a maioria desses países não faça parte como país membro. O presente trabalho direcionou sua pesquisa para analisar dados e verificar o que deve ser realizado no período pós Pandemia da Covid-19 para que este bloco econômico siga o seu curso ao desenvolvimento econômico sustentável. Verificou-se que o ponto em comum entre os países que compõem tal bloco é o setor da agricultura e por conseguinte, o comércio de alimentos é o elo comum e que precisa ser impulsionamento por ser um dos segmentos que mais sofrem barreiras para ingresso em outros países, principalmente na União Europeia. Portanto, o que se propõe aqui é buscar caminhos para o rompimento dessas barreiras comerciais ante ao

auxílio de mecanismos há tempos conhecido, porém a certo modo relegado por esses países. Um desses mecanismos é, sem dúvida alguma, as indicações geográficas, mas há urgência para que se tomem medidas para a uniformização de sua regulamentação. Este é o escopo do presente trabalho, apresentar as indicações geográficas como elemento imprescindível ao alcance do desenvolvimento econômico sustentável.

No artigo O MODELO DE FINANCIAMENTO PRIVADO DA SAÚDE NO BRASIL: TEMOS SAÚDE SUPLEMENTAR? o autor Bruno Miguel Drude, informa que no sistema normativo brasileiro, a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde recebe o nomen iuris “saúde suplementar”. Nem a legislação e nem a regulamentação estabelecem um conceito objetivo ou definição do que é saúde suplementar. Firme, no entanto, que saúde suplementar identifica um modelo de financiamento privado da saúde, no contexto de um determinado sistema de saúde. Isso faz com que a saúde suplementar possua um conteúdo conceitual mais ou menos uniforme nos sistemas de saúde que possuem financiamento híbrido (público e privado). A partir da média conceitual verificada, o presente artigo constata que não seria possível denominar o modelo de financiamento privado brasileiro pelo nomen iuris “saúde suplementar”, passando a questionar a sinceridade do sistema normativo e suas consequências. Demonstrando-se a inadequação conceitual do instituto investigado no âmbito do sistema normativo pátrio, a partir de pesquisa bibliográfica, através da qual desenvolve-se comparação de diversos modelos encontrados em sistemas de saúde ocidentais.

No artigo O JARDIM E A PRACA: O CAOS E O ENTRELACE DOS PODERES NA BUSCA PELO DESENVOLVIMENTO ECONOMICO SUSTENTAVEL E SUBSTANCIAL, os autores Wellington Henrique Rocha de Lima , Jussara Suzi Assis Borges Nasser Ferreira, desenvolvem que as relações entre o direito público e o direito privado, suas diferenças e suas semelhanças, e principalmente os seus entrelaces através dos tempos. Compreende-se o desenvolvimento econômico como instrumento para a busca do desenvolvimento sustentável e substancial. Evidencia a necessidade de fortalecimento dos laços entre os ramos, as esferas e sobretudo os recursos públicos e privados para garantia da sustentabilidade econômica e substancial. A busca no avanço das práticas de gestão pública tem como escopo precípua respaldar o interesse público, que direta ou indiretamente, fomenta o desenvolvimento do país. Sendo assim é necessário compreender como o Direito Administrativo auxilia nesse desenvolvimento, que hoje, deve ser pautado na sustentabilidade e nos direitos humanos. Observando critérios técnicos e éticos dos empreendimentos, o Direito Administrativo proporciona o enlace da coisa pública com a iniciativa privada. Nesse diapasão, por meio de uma exploração bibliográfica, buscou-se

corroborar com a de que o Direito Administrativo, enquanto expoente do ramo do Direito Público pode impulsionar, como um catalisador, o desenvolvimento sustentável e a liberdade substancial da iniciativa privada.

No artigo A PROTEÇÃO JURÍDICA DO MÍNIMO EXISTENCIAL DO CONSUMIDOR EM SITUAÇÃO DE SUPERENDIVIDAMENTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA LEI N.º 14.181/21 E DO DECRETO N.º 11.150/22, da autora Isadora Silveira Boeri, destaca que a garantia de condições mínimas para uma vida digna é um direito garantido constitucionalmente e o superendividamento, na medida em que a pessoa compromete demasiadamente sua renda no adimplemento de dívidas, expõe a risco essa proteção. Essa situação tem atingido cada vez mais pessoas e, nesse contexto, foi sancionada a Lei n.º 14.181/2021, a qual atualizou o Código de Defesa do Consumidor na matéria de crédito e superendividamento. O presente trabalho versa sobre a garantia do mínimo existencial do consumidor em situação de superendividamento, com o objetivo de verificar a proteção jurídica a partir da Lei n.º 14.181/2021 e o Decreto n.º 11.150/22.

No artigo DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E AS PERSPECTIVAS NA AMAZÔNIA, dos autores Verena Feitosa Bitar Vasconcelos , André Fernandes De Pontes, percebe-se que os avanços tecnológicos têm penetração cada vez maior na estrutura da sociedade contemporânea. Para além da simples introdução de instrumentos e técnicas na sociedade, as transformações tecnológicas denotam mudanças nas bases de ordem econômica, política, social e cultural. Nesse sentido, há uma espécie de reconfiguração nas relações sociais vividas pelos sujeitos na contemporaneidade a partir do redimensionamento de algumas categorias, como: o trabalho, o tempo, o espaço, a memória, a história, a comunicação, a linguagem. Conclui – se que demonstra - se aqui a desconsideração de conexões extrarregionais que influem na determinação do potencial endógeno de inovação dos territórios; além disso, trajetórias tecnológicas e padrões de reprodução de agentes relevantes não foram devidamente aquilatados na construção das estratégias. Essas incongruências fragilizam, sobremaneira, o dimensionamento, a abrangência, a extensão e as reorientações de arranjos institucionais necessárias para incorporar ciência, tecnologia e inovação a dinâmicas produtivas capazes de conformar um novo modelo de desenvolvimento na Amazônia brasileira.

Dr. Fabio Fernandes Neves Benfatti.

Dr. Luiz Ernani Bonesso de Araujo.

Dr. Rodrigo Róger Saldanha.

O MODELO DE FINANCIAMENTO PRIVADO DA SAÚDE NO BRASIL: TEMOS SAÚDE SUPLEMENTAR?

THE PRIVATE HEALTH FINANCING MODEL IN BRAZIL: DO WE HAVE SUPPLEMENTARY HEALTH?

Bruno Miguel Drude

Resumo

No sistema normativo brasileiro, a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde recebe o nomen iuris “saúde suplementar”. Nem a legislação e nem a regulamentação estabelecem um conceito objetivo ou definição do que é saúde suplementar. Firme, no entanto, que saúde suplementar identifica um modelo de financiamento privado da saúde, no contexto de um determinado sistema de saúde. Isso faz com que a saúde suplementar possua um conteúdo conceitual mais ou menos uniforme nos sistemas de saúde que possuem financiamento híbrido (público e privado). A partir da média conceitual verificada, o presente artigo constata que não seria possível denominar o modelo de financiamento privado brasileiro pelo nomen iuris “saúde suplementar”, passando a questionar a sinceridade do sistema normativo e suas consequências. Metodologicamente, a presente abordagem é descritiva, apesar de possuir algo de exploratória, frente ao quase inexistente questionamento dos aspectos investigados no âmbito da doutrina brasileira. Para o desenvolvimento, será utilizado o método dialético, demonstrando-se a inadequação conceitual do instituto investigado no âmbito do sistema normativo pátrio, a partir de pesquisa bibliográfica, através da qual desenvolve-se comparação de diversos modelos encontrados em sistemas de saúde ocidentais.

Palavras-chave: Sistemas de saúde, Modelos de financiamento privado da saúde, Saúde suplementar, Saúde substitutiva, Saúde complementar

Abstract/Resumen/Résumé

In the Brazilian regulatory system, the economic activity of healthcare plans and health insurance is called “supplementary health”. Neither the legislation nor the regulations establish an objective concept or definition of what supplementary health is. There is no controversy, however, that supplementary health identifies a private health financing model, in the context of a given health system. This means that supplementary health has a more or less uniform conceptual content in health systems that have hybrid financing (public and private). Based on the conceptual average verified, this article finds that it would not be possible to call the Brazilian private financing model by the nomen iuris “supplementary health”, starting to question the sincerity of the normative system and its consequences. Methodologically, this approach is descriptive, despite having something exploratory, given the almost non-existent questioning of the aspects investigated within the scope of Brazilian

doctrine. For the development, the dialectical method will be used, demonstrating the conceptual inadequacy of the investigated institute in the scope of the national normative system, from bibliographical research, through which a comparison of several models found in western health systems is developed.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health systems, Private health financing models, Supplementary health, Substitutive health, Complementary health

INTRODUÇÃO

Não encontramos a expressão saúde complementar na Constituição. Há somente referência à saúde, prevendo que esta pode ser explorada livremente pela iniciativa privada. Também não há qualquer tipo de tratamento que estabeleça distinção entre a saúde propriamente dita e sistemas privados de financiamento da saúde, ou seja, aos seguros ou planos de saúde, prevendo-se, tão somente, o financiamento público da saúde, através de um sistema único, universal e integral.

Frente ao silêncio constitucional sobre o modelo de financiamento privado da saúde, o tratamento tardio somente veio a ser estabelecido em 1998, através de lei ordinária. Na oportunidade, o legislador introduziu normas gerais, e também várias regras específicas, para atividade econômica que compreende a comercialização dos planos de saúde e seguros saúde, reportando-se ao setor pelo *nomen iuris* “saúde complementar”.

Curiosamente, nem mesmo a ementa da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) faz referência à saúde complementar, aludindo às duas espécies contratuais utilizadas no mercado. A expressão saúde complementar aparece somente a partir do artigo 6º, do texto original e, após alteração da MP nº 2.177-44 (BRASIL, 2001), passa a constar já no § 1º, do artigo 1º. Contudo, não é estabelecida uma definição.

Nem a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), nem outras fontes legislativas fazem referência a outros modelos de financiamento da saúde privada que compreendam a atividade dos planos de saúde e seguros saúde, sempre aludindo ao setor a partir da expressão saúde complementar ou apenas aludindo às duas espécies contratuais utilizadas no setor (planos de saúde e seguros saúde).

Nesse contexto, o presente artigo investiga se as notas conceituais médias do que seria identificado como saúde complementar nas experiências internacionais de diversos sistemas ocidentais estão em sintonia com o conteúdo conferido a esse instituto pela legislação brasileira.

Importante anotar, para efeitos metodológicos, que, ao longo do texto, tratarei a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde como inseridas na saúde privada, pois ela é um modelo de financiamento da saúde privada.

A preocupação do presente estudo é refletir sobre o modelo de saúde privada existente no Brasil, a partir do seu financiamento, e não a partir da proporção de prestadores públicos e privados existentes. Como será abordado ao longo do desenvolvimento, este último critério não é hábil para diagnosticar adequadamente nem mesmo o alcance da saúde pública, sendo,

portanto, inadequado também para estabelecer o modelo de financiamento privado existente em cada sistema de saúde.

Como nota preliminar, necessário compreender que existem muitos outros países nos quais há modelos de financiamento privado da saúde, através de planos de saúde e seguros saúde. Assim, o objetivo primário do presente artigo é demonstrar, a partir das notas conceituais médias conferidas à saúde suplementar em diversas experiências internacionais, que o modelo de “saúde suplementar” brasileiro não coincide com o arquétipo do que é identificado como saúde suplementar nos variados paradigmas colhidos para amostragem.

O objetivo secundário é propor reflexão sobre a existência de algum tipo de premeditação subterrânea no que se refere ao descolamento entre o *nomen iuris* adotado na legislação e o verdadeiro modelo por ela mesma imposto. Isso, considerando que tal insinceridade normativa parece identificar fator gerador de desinformação e induzimento ao erro- da sociedade cível e até de setores especializados -, quanto à pretensa existência de uma saúde pública universal e aos aspectos econômicos indelévels do mutualismo.

Dessa forma, das duas uma, ou assumimos que nossa “saúde suplementar”, na verdade, possui natureza distinta, análoga ao modelo denominado saúde privada substitutiva, ou, como é de costume por aqui, continuamos a tratar o nosso modelo por nome impróprio, no caso, saúde suplementar, uma saúde suplementar que só tem aqui, uma saúde suplementar jabuticaba.

Essa última opção, no entanto, parece implicar consequências negativas. Por isso, o presente artigo justifica-se como meio de desnudar o verdadeiro arquétipo do financiamento privado da saúde no Brasil, de modo que o debate sobre seu tratamento legal seja desenvolvido a partir de premissas dialeticamente sinceras, apesar do próprio sistema já possuir preocupante nível de ambiguidade, estimulando a formação de um senso comum demagógico.

Essa saúde suplementar peculiar, como será demonstrado, reúne um conjunto de atributos estranhos, que a torna diferente de qualquer modelo de financiamento privado da saúde que se tenha conhecimento, ao menos quando cotejado com o respectivo sistema de saúde eleito constitucionalmente no Brasil. Na verdade, nossa saúde suplementar reúne, compulsoriamente, as características de dois modelos existentes, acrescentando ainda algumas outras excentricidades atípicas nas experiências internacionais. O que temos ao final é um sistema ambíguo e de tendência insincera, conforme será revelado ao longo do presente artigo.

Apesar do artigo ser essencialmente descritivo, é possível considerá-lo, em alguma medida, exploratório, pois, no âmbito do Direito, não foi possível localizar trabalhos refutando a existência de uma “saúde suplementar” no sistema normativo pátrio e/ou questionando a sinceridade legislativa do tratamento conferido ao setor. Para o desenvolvimento, utilizou-se o

método dialético, selecionando-se através de pesquisa bibliográfica o conteúdo conceitual médico do modelo de saúde suplementar, passando a compará-lo com o verificado no sistema normativo pátrio.

1 SISTEMAS DE SAÚDE

A primeira classificação que vale nota, é relativa aos modelos de sistema de saúde adotados na média das experiências internacionais ocidentais, quanto ao critério de financiamento dos serviços de saúde. A partir dessa perspectiva, existiriam basicamente três modelos ou tipos, quais sejam: i) modelo universalista ou de dominância estatal; ii) modelo de sistema de seguro social obrigatório ou seguro saúde obrigatório; iii) modelo de seguros privados ou de dominância de mercado.

É difícil de identificar algum país que possua um sistema puro. Ao analisar as características do sistema de cada país, a partir dos critérios que orientam a classificação acima, verifica-se a predominância, em maior ou menor grau, de determinadas características, estabelecendo-se a classificação a partir dos critérios que predominam em cada sistema.

No modelo universalista, ou de dominância estatal, a saúde é garantida de forma universal, em condições de igualdade para todas as pessoas ou, ao menos, para todos os cidadãos do país, havendo cobertura integral ou bastante ampla para doenças e problemas de saúde, através de financiamento integral ou majoritariamente estatal, suportado pela arrecadação de tributos, sendo possível que uma parte menor desse financiamento seja suportado por recursos privados. É possível citar o sistema britânico, como exemplo de financiamento suportado em impostos.

Vale considerar que o sistema financiado através de contribuição social, cujos recursos não são destinados exclusivamente para financiar a saúde, também se enquadram na classificação de sistema universalista. É o caso da França que, inclusive, transfere para o usuário uma parte menor do financiamento dos atendimentos (Ferreira e Mendes, 2018).

Apesar de haver o senso comum de que, nesse modelo, os prestadores seriam integralmente ou majoritariamente públicos, verifica-se que a forma de vínculo do estado com os médicos e estabelecimentos de saúde não representa um aspecto essencial para caracterização do sistema como modelo universalista, ou de dominância estatal, já que os sistemas que garantem saúde universal, cobertura geral, através de financiamento público, certamente não poderiam ser enquadrados em outros modelos, somente porque os médicos não são servidores públicos e os estabelecimentos de saúde não pertencem ao poder público.

O fato de o poder público contratar e remunerar particulares para atender a população não descaracteriza o sistema de dominância estatal. A característica distintiva essencial para classificar o sistema de saúde é a fonte de financiamento dos serviços. Por exemplo, no sistema canadense (média dos sistemas do Canadá), os médicos e os estabelecimentos são privados, mas o financiamento é público (CONILL, 2009), ressalvadas excepcionais coberturas. Não se tem conhecimento de alguém que conceba o sistema canadense como sendo de dominância de mercado, só porque os prestadores são privados, especialmente considerando que a regulamentação estatal canadense veda a realização de cobrança diretamente aos pacientes, ressalvadas exceções previstas legislação.

Importante anotar, outrossim, que o financiamento público parcial dos atendimentos também não descaracteriza um sistema universalista. Um sistema público pode deixar de financiar integralmente alguns tipos de tratamentos e procedimentos, assim como pode financiar parcialmente os atendimentos, sem deixar de ser universalista. Compreenda-se. Em diversos casos, inclusive, as cobranças parciais não possuem o objetivo fiscal, mas funcionam como instrumento de moderação da utilização.

Em diversas experiências internacionais ocidentais, verifica-se que alguns sistemas financiam economicamente a maior proporção dos atendimentos realizados pelos pacientes. No sistema português, são cobradas taxas módicas apenas no caso de alguns tipos de atendimentos, ou seja, há financiamento parcial, apesar de proporcionalmente majoritário, dos atendimentos. No sistema francês, a cobertura financeira é majoritariamente pública, mas realizada por reembolso parciais¹, de modo que os pacientes pagam diretamente aos médicos e estabelecimentos, obtendo reembolso parcial da maior parte da despesa junto à assistência social.

Além disso, por exemplo, na quase totalidade de sistemas de saúde cujo financiamento é público ou majoritariamente público, alguns procedimentos não possuem cobertura, ou seja, não são suportados financeiramente por recursos públicos, nem mesmo parcialmente. Essas exclusões são fixadas com a finalidade de proporcionar sustentabilidade econômica aos sistemas e por critérios relacionados às evidências de eficácia de determinados tratamentos e procedimentos.

No sistema de seguro social obrigatório, a diferença em relação ao modelo anterior está na fonte do financiamento. Ao invés de ser suportado por recursos originados em tributos

¹ Os percentuais de reembolso variam conforme uma diversidade de critérios. Com a finalidade de moderação do sistema, por exemplo, são realizados reembolsos proporcionalmente menores quando o paciente buscar médico especialista sem o encaminhamento do médico de família responsável pelo seu acompanhamento.

não vinculados e contribuições para seguridade social, é financiado, integralmente ou majoritariamente, por recursos obtidos a partir de receitas arrecadas a título de seguro obrigatório cujas receitas são utilizadas exclusivamente no financiamento da saúde. Valendo pontuar, ainda, que a gestão dos recursos do seguro obrigatório não é necessariamente realizada pelo estado, podendo ser desenvolvida por instituições privadas ostensivamente reguladas e com características específicas estabelecidas pela legislação de cada país. É o caso do seguro obrigatório alemão, cujos recursos são geridos por entidades sem fins lucrativos reguladas (CARMO, BORBACH E PINOTTI, 2005).

Por fim, no modelo de Seguros Privados, ou de dominância de mercado, a saúde é integralmente ou majoritariamente financiada através de recursos privados, administrados, no mais das vezes, por seguradoras ou operadoras de planos de saúde. Os profissionais são particulares, ou majoritariamente particulares, e a extensão da cobertura assistencial pode variar de acordo com a regulamentação do mercado em cada país e os respectivos contratos. É o Caso dos Estados Unidos da América, no qual a saúde é majoritariamente financiada por recursos privados.

2 MODELOS DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO PRIVADOS DE SAÚDE

Feitas as devidas observações sobre os sistemas de saúde, vale verificar como a saúde privada é tratada em cada um deles. Nesse sentido, pode-se afirmar que, no âmbito de estados ocidentais que garantem legalmente saúde pública, financiada por tributos ou por seguro obrigatório, a participação do financiamento privado da saúde pode assumir três feições (GERSCHMAN, 2008), quais sejam: i) substitutiva; ii) complementar; e iii) suplementar.

A saúde privada substitutiva identifica situação excepcional, na qual não há garantia efetiva de saúde universal, excluindo o direito de determinados sujeitos à saúde pública, por imposição estatal ou por opção do cidadão. É o caso da Alemanha, no qual cidadãos com renda superior ao valor fixado legalmente (€ 66.600, em 2023), que optem pela contratação de seguro privado, ficam excluídos do sistema de seguro obrigatório.

Sempre importante anotar que o critério adotado no presente artigo, para determinar o que é saúde pública e o que é saúde privada, é a fonte dos recursos que financiam os serviços e não ao regime jurídico, público ou privado, dos prestadores. Desse forma, por saúde pública, concebe-se aquela que é financiada por recursos originados no recolhimento de tributos ou na arrecadação de contribuição para seguro obrigatório.

Já a saúde privada complementar possui o objetivo de garantir, aos seus beneficiários, tratamentos e procedimentos que: i) não são cobertos pelo sistema público de saúde; ou ii) apesar de cobertos, possuem garantia financeira parcial. Tais diferenças identificam opções organizacionais geralmente relacionada à moderação da utilização, sustentabilidade econômica dos sistemas e de análise do custo-benefício de determinados tratamentos, considerando seus impactos coletivos e evidências de eficácia.

O primeiro formato de saúde complementar é verificado no sistema canadense (média dos sistemas do Canadá), no qual alguns tratamentos, a depender do estado, não são cobertos por recursos públicos, mas podem ser cobertos através de seguro privado. Já o segundo formato de saúde complementar é verificado na França, onde a saúde pública garante o financiamento parcial do atendimento, ou seja, o paciente deve pagar pelo atendimento e, posteriormente recebe reembolso parcial da seguridade social. Assim, os seguros privados são contratados para cobrirem financeiramente a parcela não reembolsada pelo sistema público.

Finalmente, a saúde privada suplementar é concebida, na média dos sistemas, como aquela que: i) oferta parte das coberturas já garantidas no sistema público, porém em médicos ou estabelecimentos particulares, com maior facilidade de acesso; ou ii) as mesmas coberturas da saúde pública, em médicos e estabelecimentos particulares. É relativamente normal que os seguros assumam características de saúde complementar e suplementar a um só tempo, proporcionando tanto coberturas já garantidas pela saúde pública, quanto coberturas não garantidas por esta.

Exemplo do primeiro formato de saúde suplementar é o português, no qual os seguros saúde dão acesso a parte das coberturas já garantidas pelo sistema público, porém em médicos e estabelecimentos particulares, proporcionando maior facilidade de acesso a alguns serviços aos segurados, do que teriam no sistema público. O segundo formato é autorizado no sistema inglês, no qual, entretanto, predominam seguros que não possuem coberturas tão extensas quanto àquelas ofertadas publicamente.

Recorde-se que existem países nos quais o sistema de saúde é de dominância de mercado, não havendo oferta de saúde pública ou oferta somente para específicos grupos sociais, como é o caso dos Estados Unidos da América. Por isso, a saúde privada é a única disponível para a grande maioria da população. No caso desses países, atente-se que a saúde privada não é nem mesmo substitutiva, pois não substitui a saúde pública, sendo a única opção para a grande maioria da população, ressalvados determinados grupos de pessoas carentes e idosos, que possuem acesso à saúde através de programas estatais com coberturas limitadas.

Outro aspecto relevante que possui variação nos sistemas de saúde é a sua composição quanto aos prestadores, ou seja, a proporção da participação de prestadores públicos e privados nos respectivos modelos.

Assim, existem sistemas de saúde: i) que são formados integralmente ou majoritariamente por prestadores particulares; ii) que são formados por quantidade de prestadores públicos e privados em proporções equivalentes; e iii) que são formados majoritariamente por prestadores públicos.

Importante atentar, no entanto, que a predominância de prestadores particulares não desagua necessariamente em modelo de dominância de mercado. Conforme anotado anteriormente, é perfeitamente possível que um sistema universalista garanta os atendimentos de saúde através de prestadores privados, financiados através de recursos públicos. O mesmo pode ocorrer em sistema de seguro obrigatório.

Assim, existem sistemas que, apesar de serem formados integralmente ou majoritariamente por prestadores privados, são financiados majoritariamente através de recursos públicos, como é o caso do sistema canadense.

Da mesma forma, o fato de um sistema ser composto por prestadores públicos e privados em quantitativos equivalentes, não implica necessariamente na conclusão de que o seu financiamento segue proporções equivalentes de financiamento público ou privado. O sistema Alemão é composto por prestadores públicos em proporção pouco menor do que a de prestadores privados, mas a maior parte da população possui os atendimentos garantidos através de financiamento do seguro obrigatório, enquanto uma parcela da população menor (pouco mais de 10%) possui os atendimentos garantidos através de financiamento de seguros privados, de forma direta ou indireta.

No caso de sistema formados majoritariamente por prestadores públicos, de fato, não se tem conhecimento de alguma experiência em que há financiamento privado em proporções significativas.

Nesse quadro, é relevante, outrossim, anotar que o fato de uma pessoa obter atendimento em prestador público, não significa que está coberto necessariamente pela saúde pública, sendo possível que tais serviços sejam prestados através de financiamento privado. Podem ser mencionados dois contextos: i) hospitais e outros estabelecimentos de saúde pertencentes ao estado, que prestam alguns serviços de forma particular, ou seja, alguns serviços não são garantidos através de financiamento público, sendo arcados pelos próprios usuários, com ou sem direito de reembolso de seguro, ou por planos de saúde; e ii) o atendimento em

estabelecimento públicos é financiado através de recursos privados, quando usuários pertencentes a determinados grupos buscam atendimento em estabelecimentos públicos.

Exemplo do primeiro caso é a oferta de determinados serviços por hospitais pertencente ao estado na Inglaterra², como leitos particulares não acessados pelos cidadãos cobertos somente pela saúde pública. É dizer que, apesar dos hospitais serem de propriedade do estado e prestarem serviços de saúde financiados por recursos públicos, possuem algumas atividades acessadas exclusivamente em caráter particular.

Exemplo do segundo caso é o sistema de saúde privado substitutivo na Alemanha, em que cidadãos contratantes de seguros privados ficam excluídos da saúde pública, ou seja, deixam de ter o direito que os seus atendimentos de saúde sejam financiados por recursos “públicos” (do seguro obrigatório), passando a ser financiados exclusivamente pelos recursos privados dos próprios usuários e/ou do seguro contratado por estes. Isso não impede que os contratantes de seguros privados utilizem estabelecimentos públicos, desde que o pagamento pelos serviços seja realizado, é dizer, desde que o financiamento do atendimento seja privado. O mesmo acontece em relação a estrangeiros, quando utilizam estabelecimento públicos.

Outro ponto que merece reforço é o de que os planos de saúde e seguros podem ter coberturas mais extensas ou menos extensas, conforme o modelo adotado e a regulamentação de cada país. Ínsito a isso, infere-se que a natureza do negócio jurídico utilizado também pode variar, assumindo estrutura de seguro, de plano de saúde ou apresentando elementos próprios desses dois negócios.

Isso implica, logicamente, algumas formas de financiamento dos serviços de saúde diferentes, que, no mais das vezes, equivalem às percebidas pelo homem médio na experiência brasileira, quais sejam: i) cobertura financeira direta, na qual as seguradoras ou operadoras, pagam diretamente ao prestador, inexistindo, portanto, desembolso financeiro do beneficiário, ressalvada previsão contratual de coparticipação e no caso de planos pós pagos; e ii) cobertura financeira indireta, na qual os usuários pagam aos prestadores e recebem posteriormente reembolso/indenização das seguradoras ou operadoras. Acrescente-se uma terceira forma, cuja existência não é normalmente assimilada pela média da sociedade, qual seja: iii) cobertura financeira privada para serviços privados e/ou públicos obtidos em estruturas públicas ou em estruturas privadas integradas ao sistema público.

A partir das médias conceituais mundiais, relativamente aos modelos de financiamento privado da saúde, vale questionar qual é o verdadeiro arquétipo da saúde privada no Brasil,

² Muitos hospitais passaram a assumir a natureza do que, no Brasil, seriam pessoas jurídicas de direito privado da administração indireta.

mais especificamente, dos planos de saúde e seguros saúde, cuja atividade é legalmente denominada de “saúde suplementar”.

Os planos de saúde e seguros saúde realmente poderiam ser concebidos como saúde suplementar, frente ao tratamento legal conferido? Em caso negativo, qual seria a real natureza do modelo de financiamento privado da saúde no sistema pátrio?

3 A FEIÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Constituição não possui qualquer referência à Saúde Suplementar, mas tão somente prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, em seu artigo 199 (BRASIL, 1988), ou seja, não identifica um serviço de titularidade da União, dos estados, municípios ou do Distrito Federal, em outras palavras, a saúde não é uma atividade originalmente estatizada, que veio sendo concedida aos particulares no curso do tempo. Apesar do estado possuir o dever de garanti-la, a saúde identifica atividade econômica que, originalmente, pode ser explorada pela iniciativa privada.

Importante anotar que a expressão “complementar” aparece no § 1º, do artigo 199, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), porém, reportando-se à possibilidade de que prestadores da iniciativa privada possam ser contratados para prestar serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, ou seja, suportados por recursos públicos. A expressão não possui qualquer relação com aquilo que se concebe como saúde complementar em outras experiências internacionais.

Apesar da saúde poder ser explorada pela iniciativa privada, o artigo 197 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece genericamente que o poder público regulará, fiscalizará e controlará os agentes privados que aturem no setor, sem realizar distinção entre os serviços de saúde propriamente ditos e a atividades dos planos de saúde e seguros saúde.

Nesse contexto, em que pese existirem preceitos constitucionais que incidem sobre a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde, confirma-se ausência de um arquétipo constitucional do financiamento privado da saúde.

Assim, cumpre buscar um conceito transcendente à legislação pátria, que expresse uma média mundial, a fim de permitir a reflexão sobre a adequação e sinceridade do regramento infraconstitucional sobre o tema, seja para fundamentar eventuais apontamentos de contrariedade a preceitos constitucionais, ou mesmo para criticar a opção política realizada pelo Poder Legislativo e pelo Poder Executivo, assim como os entendimentos firmados pelo Poder Judiciário sobre o tema.

Como visto anteriormente, no que se refere à participação do financiamento privado dos serviços de saúde existentes em diversos sistemas, possível identificar três classificações, quais sejam, saúde substitutiva, saúde complementar e saúde suplementar. Esses modelos podem ser combinados, conforme a regulamentação de cada país.

Nesse contexto, é possível afirmar, desde já, que, a partir da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1988) e de suas alterações, a “saúde suplementar” no Brasil nunca foi tratada efetivamente e/ou exclusivamente como suplementar. Na verdade, o tratamento legal conferido aos planos de saúde e seguros saúde sempre impôs, em maior ou menor grau, conforme o passar do tempo, que estes assumissem compulsoriamente funcionalidades próprias de dois modelos de financiamento privado da saúde, quais sejam, o substitutivo e o complementar.

Antes de depurar os fundamentos que levam à conclusão prematura suso consignada, importa realizar anotação relacionada ao sistema e à ideologia que lhe deu origem, bem como implicou alterações ao longo do tempo.

Politicamente e socialmente, sempre foram defendidas duas ideias, que acabaram prevalecendo na prática e/ou na legislação, ainda que em momentos diferentes e com intensidades diversas. A primeira é legalmente explícita, portanto, jurídica, determinando que as operadoras de planos de saúde devem ser as responsáveis pelos custos assistenciais de seus beneficiários, relativamente às coberturas garantidas legalmente e contratualmente, ainda que os serviços sejam obtidos no SUS. A segunda ideia foi implícita até 2022, pregada por setores da sociedade a partir de princípios constitucionais genéricos, vindo a se tornar explícita com o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), determinando que a “saúde suplementar” deve garantir cobertura assistencial com extensão ilimitada, em parâmetros que, formalmente, no quadro atual, acabaram por superar a extensão da cobertura garantida formalmente no SUS.

Essas duas características, na atualidade, absorvidas integralmente pela legislação, revelam que, na verdade, nunca houve a pretensão de que os planos de saúde fossem supletivos à saúde pública, mas sim substitutivos e, considerando o conjunto normativo posterior à Lei nº 14.454/22 (BRASIL, 2022), em alguns casos, a saúde privada assume concomitantemente características de substitutiva e complementar. Assim, se era possível considerar que existiam traços característicos do que se concebe como saúde suplementar, estes desapareceram completamente.

Além da legislação impor que os planos de saúde e seguros saúde assumam concomitantemente algumas características nucleares da saúde privada substitutiva e da complementar, restam eliminados determinados níveis de autonomia privada que são

verificados nesses modelos nas experiências internacionais, assim como, naturalmente, são preservados alguns em maior nível.

Ainda antes da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), já era possível afirmar, por exemplo que a “saúde suplementar” no Brasil distinguia-se do conceito médio de saúde suplementar verificada na experiência internacional ocidental, quanto à autonomia para fixar a amplitude da cobertura.

A exigência de amplitude vinculada à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde da OMS gerou a consequente vedação da comercialização de planos de saúde com coberturas parciais, ou seja, excluiu-se a autonomia das vontades quanto à amplitude da cobertura contratual, impondo-se uma extensão mínima legal, ressalvados, quanto aos meios de atendimento das doenças e problemas de saúde, poucas reduções de amplitude em relação aos tratamentos e procedimentos, em vista da compatibilidade ou incompatibilidade com as respectivas segmentações contratadas, na forma da Lei nº 9.656 (BRASIL, 1998) e da regulamentação (hospitalar, ambulatorial, obstetrícia, odontológica e combinações destas).

Importa atentar, contudo, que, mesmo no âmbito das segmentações exclusivamente hospitalar ou exclusivamente ambulatorial, impõe-se a garantia de coberturas compatíveis com o respectivo ambiente de atendimento para todas as patologias previstas na classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Dessa forma, a cobertura é quase integral, para os que contratam planos referência e, mesmo para os que optam por planos com segmentação exclusivamente hospitalar ou exclusivamente ambulatorial, a cobertura parcial, nesses casos, está restrita à obstetrícia, odontologia e aos procedimentos e tratamentos próprios do ambiente não contratado, desde que não identifiquem quadros de emergência ou urgência.

Ainda assim, não é de mais pontuar que, segundo estatísticas do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IEES, 2023), no primeiro trimestre de 2023, 79,39% dos planos médico-hospitalares eram da segmentação hospitalar, com obstetrícia e ambulatório, 5,29% eram plano referência, 4,85% eram hospitalares, com obstetrícia, ambulatório e odontologia e 5,65% eram hospitalares, sem obstetrícia e com ambulatório. Assim, apenas 4,82% dos planos contratados não possuíam acesso à totalidade de procedimentos e tratamentos realizados nos ambientes hospitalar e ambulatorial, valendo pontuar que o percentual de beneficiários sem acesso à cobertura obstetrícia é desprezível, considerando a proporção de mulheres inférteis e de pessoas fisiologicamente do sexo masculino, que contratam individualmente planos de saúde.

Dessa forma, verifica-se que a legislação alcançou, na prática, cobertura médico-hospitalar integral para a quase totalidade dos usuários de planos de saúde e seguros saúde.

Em acréscimo a isso, dentro das respectivas segmentações, já havia, implicitamente, extensão de coberturas que superava àquela formalmente oferecida pelo SUS, considerando o entendimento jurisprudencial, até então majoritário, no sentido de que o Rol da ANS era meramente exemplificativo, havendo obrigação de garantir tratamentos e procedimentos não previstos, quando fossem demandados pelos beneficiários. O que era implícito, mas aplicado pragmaticamente, tornou-se explícito, com o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022).

Dessa forma, na atualidade, formalmente, a “saúde suplementar” no Brasil, além de não permitir, como já não permitia, fixação de extensão de cobertura para procedimentos e tratamentos inferior aos garantidos pelo SUS, passou a estabelecer um quadro no qual, formalmente e pragmaticamente, impor-se-á, com a vindoura regulamentação da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), extensão de coberturas para tratamentos e procedimentos nem mesmo garantidos formalmente no sistema público, ressalvados aqueles tratamentos e procedimentos incompatíveis com a segmentação contratada.

Anterior a quadro verificado em relação à extensão da cobertura, verifica-se que houve consolidação jurisprudencial a respeito da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS. Dessa forma, não resta mais debate quanto ao dever das operadoras de planos de saúde pagarem pelos custos assistenciais incorridos por seus beneficiários junto aos estabelecimentos integrados ao Sistema Único de Saúde, que tenham sido, num primeiro momento, suportados por recursos públicos.

Valendo pontuar que, no caso do ressarcimento ao SUS, somente há o dever de “ressarcir”, das operadoras, relativamente às coberturas que sejam garantidas contratualmente e legalmente em cada caso. É dizer que os beneficiários continuam a ter atendimentos não cobertos pelo plano de saúde financiados por recursos públicos, porém, restritos aos incompatíveis com a segmentação contratada.

Nesse contexto, apesar do sistema de saúde brasileiro ser pretensamente universal, na verdade, existem duas classes de cidadãos, no que se refere ao acesso à saúde pública. É importante anotar que acesso à saúde pública deve ser compreendido como aquilo que é efetivamente financiado por recursos públicos. A mera assunção provisória dos custos pelo erário público não pode ser concebida como garantia de saúde pública.

Pois bem. Quais são essas duas classes de cidadãos, no que se refere ao acesso à saúde pública? Aqueles que terão os seus atendimentos de saúde no sistema público financiados por recursos públicos e aqueles que terão seus atendimentos no sistema público financiados por

recursos privados, das operadoras de planos de saúde, ainda que através de “ressarcimento” posteriormente exigido. É o mesmo que dizer: i) os beneficiários de planos de saúde, são excluídos da saúde pública, relativamente às coberturas garantidas pelo produto contratado; e ii) os não contratantes de planos de saúde, que continuam tendo acesso à saúde pública de forma integral.

Dessa forma, a partir da perspectiva econômica do financiamento da saúde, verifica-se que, aqueles que contratam planos de saúde médico-hospitalar passam a ter as despesas dos atendimentos de saúde suportadas de forma privada, relativamente aos atendimentos cobertos legalmente e contratualmente pelo plano de saúde, não possuindo mais efetivo acesso gratuito e nem subsidiado à saúde, pois este será financiado indiretamente, através das mensalidades pagas à operadora.

Segundo dados do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, em julho de 2023, o número de contratantes de planos médicos chegou a cinquenta milhões e setecentos mil (IESS, 2023). Dessa forma, se considerarmos que houve pouca alteração na composição percentual das segmentações contratadas entre o primeiro e o terceiro trimestre de 2023, tomando-se o percentual de 4,82% de planos de saúde com segmentações que reduzem a amplitude da cobertura, conclui-se que existem quarenta e oito milhões, duzentos e cinquenta e seis mil e duzentos e sessenta brasileiros excluídos integralmente do sistema público de saúde, ou seja, esses cidadãos ou estrangeiros residentes não possuem direito de obter atendimentos na rede do SUS financiados por recursos públicos. Esse número corresponde a 23,8% da população brasileira, tomando a última estatística do Censo de 2022 (IBGE, 2022). Ainda, se forem considerados todos os contratantes de planos médicos, é possível afirmar que 25% da população está excluída da saúde pública, em relação a quase totalidade de coberturas.

CONCLUSÃO

A partir dessas e de outras peculiaridades verificadas em nosso sistema, vale aferir quais são as características dos modelos de financiamento privado da saúde, para identificar qual seria o modelo brasileiro. Sempre pontuando que tal análise é realizada, a partir de comparação proporcional, no sentido de que considera-se o enquadramento em uma ou em outra classificação, presente uma ou outra característica, daquilo que coincidir em maior proporção. Como dito, por exemplo, nem todos os sistemas públicos garantem a totalidade de coberturas, mas eles continuam a ser considerados públicos, porque garantem a maior parte das coberturas necessárias, suportando majoritariamente o financiamento destas.

Vale começar pelo que se concebe como saúde suplementar, na média das experiências internacionais, a fim de refutar, desde logo, a denominação conferida pela legislação pátria à atividade dos planos de saúde e seguros saúde.

Como visto anteriormente, a saúde suplementar pressupõe que o beneficiário possa escolher entre a saúde pública e a privada, sendo certo que, elegendo o atendimento no âmbito da saúde pública, somente lhe será exigido pagamento que já seria cobrado normalmente, ainda que o beneficiário não fosse contratante de plano ou seguro saúde. De igual forma, utilizando o serviço público e sendo contratante de plano ou seguro saúde, não há qualquer dever da operadora ou seguradora pagar ou ressarcir o poder público pelo atendimento realizado.

Além disso, como visto, no modelo de saúde suplementar admite-se que a extensão da cobertura possa ser inferior àquela ofertada na saúde pública, sendo fixada conforme a autonomia das vontades.

A partir do cenário normativo atual, verifica-se que a “saúde suplementar” no Brasil não possui nenhuma das características daquilo que se concebe como saúde suplementar na média internacional ocidental.

Verifica-se que os contratantes de planos de saúde no Brasil não possuem a alternativa de escolher entre o financiamento privado ou o financiamento público de seus atendimentos de saúde, relativamente às coberturas garantidas pelo plano de saúde, pontuando-se que, considerando o quadro atual, a quase totalidade de produtos possuem extensão de cobertura igual ou superior àquela formalmente garantida no SUS. Dessa forma, tem-se que a quase totalidade de contratantes de planos de saúde não possuem mais qualquer acesso ao financiamento público dos atendimentos de saúde, ainda que estes sejam realizados em prestadores do SUS.

Dessa forma, afirme-se, peremptoriamente, que, apesar do sistema normativo pátrio utilizar o a expressão “saúde suplementar” para se referir às operadoras de planos de saúde e seguradoras especializadas em saúde, não é possível considerar que exista realmente saúde suplementar no Brasil, a partir da média do que é concebido como saúde suplementar nas experiências internacionais ocidentais.

Na verdade, como visto, considerando que os contratantes de planos de saúde acabam perdendo o direito a ter seus atendimentos de saúde financiados por recursos públicos na grande maioria dos casos, verifica-se que a legislação pátria, apesar de não utilizar o adequado *nomen iuris*, instituiu um sistema de financiamento privado substitutivo.

Além disso, como dito, especialmente após o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), restou fixado um quadro legislativo, ainda pendente de regulamentação infralegal, que

consolida a obrigação das operadoras e seguradoras especializadas em saúde garantires coberturas nem mesmo ofertadas formalmente no SUS. É dizer que impõe-se extensão de cobertura superior àquela garantida no âmbito da saúde pública. Tal quadro, identifica uma das funcionalidades do que se concebe como saúde privada complementar.

Dessa forma, confirma-se que, conceitualmente, não há saúde suplementar no Brasil. A partir do tratamento legal verificado, contata-se que a natureza do modelo consolidado no sistema normativo pátrio é essencialmente substitutivo, possuindo também feição complementar, ao menos formalmente.

Logicamente, a legislação pátria não está vinculada, na maioria dos casos, aos conceitos internacionais relativos às atividades econômicas. Dessa forma, não se está afirmando que há alguma ilegalidade ou inconstitucionalidade, pelo simples fato do sistema pátrio adotar definição estranha à média conceitual internacional.

Nada obstante, a legislação pátria, assim como o poder público, parece tratar o financiamento privado da saúde com pouca sinceridade, pois não proporciona a devida consciência, na sociedade. Aliás, os efeitos do sugestionamento propagado pela própria legislação, e potencializado por instituições públicas, parece ultrapassar o senso comum e alcançar até mesmo especialistas.

Como exemplo dos efeitos desse sugestionamento, basta desenvolver uma comparação, a partir da própria experiência individual, entre a ideia sobre a suposta autonomia das operadoras de planos de saúde para fixar suas obrigações, impondo contratos de adesão, e a realidade legal objetiva demonstrada acima, que demonstra a quase inexistência de autonomia para fixação de obrigações assistenciais.

Nessa perspectiva, o sugestionamento gerado pela legislação, e potencializado por instituições públicas, acaba por gerar uma espécie de amplificação das crenças. A partir da experiência pessoal de cada indivíduo, vale outro teste, qual seja, aferir se a maior parte da sociedade acredita que determinadas características da nossa “saúde suplementar” seriam comuns ao que se concebe como saúde suplementar em países considerados desenvolvidos. A partir do senso comum, verificar-se-á, que o sistema de crenças originado na própria legislação cria uma percepção de que a “saúde suplementar” brasileira sofreria de algum tipo de permissividade, voltada a beneficiar os agentes econômicos do setor, o que certamente não deve acontecer, segundo o senso comum, em outros países desenvolvidos.

Isso pode ser aferido a partir de simples raciocínio indutivo, desenvolvido a partir do que racionalmente depreende-se na experiência, a partir dos respectivos círculos sociais das classes econômicas consumidores de planos de saúde e seguros saúde.

Inferese, ao final de tudo, que não se trata apenas de mero voluntarismo legislativo quanto ao *nomen iuris*, havendo históricos tratamentos que parece disfarçar o real modelo de financiamento privado imposto e, certamente, a falta de consciência da sociedade quanto às efetivas repercussões do modelo efetivamente existente acaba gerando crenças que bloqueiam o debate sobre questões reais, a partir de julgamentos morais construídos sobre um quadro induzido de erro geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 06/08/2023.

BRASIL. **Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm Acesso em: 06/08/2023.

BRASIL. Medida Provisória Nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1 Acesso em: 23/08/2023.

BRASIL. Lei Nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14454.htm#art2 Acesso em: 06/08/2023

CÂMARA PORTUGUESA. **Sistema de saúde pública e privada em Portugal: qual escolher**. Disponível em: <https://www.camaraportuguesa.com.br/sistema-de-saude-publica-e-privada-em-portugal-qual-escolher-nacionalidade-portuguesa-assessoria/> Acesso em: 06/08/2023

CARMO, Edgar do. BOMBACH, Luciene. PINOTTI, Sara. Welfare State: as reformas no Sistema de Saúde no Reino Unido e na Alemanha. In: **Leituras de Economia Política**. v.8, n. 1(11). São Paulo. Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas: dezembro/2005. p. 1-251.

CONILL, Eleonor Minho. Os pontos positivos do sistema público de saúde canadense. In: **Revista Ser Médico**. CREMESP. Ed. 49. Outubro/novembro/dezembro/2009. p. 13. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=445>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. **Country overview**. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany#:~:text=The%20self%2Demployed%20and%20employees,are%20covered%20through%20special%20schemes.> Acesso em: 06/08/2023.

FEATHER. **Job-hunters and employed persons**. Disponível em: <https://feather-insurance.com/blog/feather-insurance-com-blog-german-health-insurance-for-international-people/> Acesso em: 06/08/2023

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. MENDES, Aquilas Nogueira. **Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico**. SCIELO. Jul/2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gqRP3bHs8F9YMHYScz4TtFR/#>

GERSCHMAN, Silvia. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil**. SCIELO: 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LBgHZN7jVspJFgcSmJPVGXb/?lang=pt#>

IBGE. **Panorama Censo 2022**, População. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/> Acesso em: 06/08/2023

IESS. **Beneficiários de planos médico-hospitalares**. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/dados/bmh> Acesso em: 06/08.2023.

IESS. **Planos médicos: 50,7 milhões de beneficiários no País, número recorde**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/planos-medicos-507-milhoes-de-beneficiarios-no-pais-numero-recorde> Acesso em: 06/08/2023.

MJCONSULTORES. **5 fatos sobre o sistema de saúde do Canadá que você deveria saber**. Disponível em: <https://mjconsultoria.com.br/fatos-sobre-sistema-saude-canada-que-voce-deveria-saber/> acesso em: 06/08/2023

NUNES, Alexandre Moraes. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. In: **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 9, n.3, ano 2020, p. 499–516.