



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

MIRTHYS MICHELLE BARBOSA DE MELO

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO:
Desafios e Perspectivas**

**RECIFE
2023**

MIRTHYS MICHELLE BARBOSA DE MELO

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO:
Desafios e Perspectivas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Campus Recife, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Monteiro Costa

RECIFE
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Melo, Mirthys Michelle Barbosa de .

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO
HUMANO: Desafios e Perspectivas / Mirthys Michelle Barbosa de Melo. -
Recife, 2023.

41 p. : il.

Orientador(a): Ana Monteiro Costa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Econômicas -
Bacharelado, 2023.

1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Desenvolvimento Humano.
4. Mercantilização da Saúde. 5. Capitalismo na Saúde. I. Costa, Ana Monteiro .
(Orientação). II. Título.

330 CDD (22.ed.)

MIRTHYS MICHELLE BARBOSA DE MELO

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO:
Desafios e Perspectivas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE,
Campus Recife, como requisito parcial para ob-
tenção do grau de Bacharel em Ciências Econômi-

Aprovado em: 25 de setembro de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Monteiro Costa, UFPE

Profa. Dra. Maria Fernanda Freire Gatto Padilha, UFPE

Dedico ao meu lindo e amado filho Cabral (in memoriam). Meu companheiro, meu eterno parceiro, o sorriso que alegrava os meus dias. Se foi de forma precoce e inesperada aos 10 meses de idade, mas me ensinou o verdadeiro sentido de amar, a leveza de uma amizade sincera e o valor de cada minuto vivido. Sigo na esperança de que um dia nos encontraremos novamente.

Com amor e eterna saudade, Mamãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força para perseverar.

Aos meus Pais por todo amor dedicado.

Ao meu filho Cabral, que mesmo do plano espiritual sigo sentindo o seu amor e alegria.

Ao meu namorado Cassio, por toda paciência, lealdade, parceria e amor.

Aos meus avós Antônio (in memoriam) e Francisca (in memoriam) que me acolheram em sua casa durante os primeiros anos acadêmicos. Gratidão eterna.

Ao meu tio Marcos, por todas as vezes que (ao voltar da Universidade) ficou me esperando tarde da noite no ponto de ônibus para que eu chegasse em casa em segurança.

As minhas tias Ester e Marta, pela amizade, carinho e cuidado.

A minha Orientadora Profa. Dra. Ana Monteiro Costa, que me acolheu e me guiou na construção desse trabalho. Agradeço pelas aulas maravilhosas de HPE-3, pela compreensão, pela dedicação em sempre oferecer o melhor, pelo incentivo para me fazer seguir desenvolvendo outros projetos. Tive o privilégio de conhecer e dialogar com a pessoa generosa e especial que você é. Obrigada por sua excelente orientação.

A Profa. Dra. Maria Fernanda Gatto, por aceitar fazer parte da banca examinadora desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas, pelos primeiros incentivos na carreira acadêmica e por sua presença em minha vida.

Aos meus Professores, pelo apoio, pelos conselhos e por todo trabalho dedicado.

Aos colegas da turma, pela troca de conhecimento, pelas risadas e horas de estudos juntos.

E a todos que direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado durante essa jornada.

Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
De árvores alheias.

(...)

Vê de longe a vida.
Nunca a interrogues.
Ela nada pode
Dizer-te. A resposta
Está além dos deuses

Fernando Pessoa

RESUMO

A garantia de acesso universal aos serviços de saúde é um dos principais indicadores do compromisso de uma sociedade com o processo de desenvolvimento econômico. Nesse sentido, investir em saúde é investir no desenvolvimento humano. Este trabalho tem como objetivo analisar a importância da saúde como mecanismo de desenvolvimento humano, tendo em vista o acesso à saúde no âmbito da saúde pública e privada. A metodologia utilizada se deu sob a forma de uma revisão teórica, sob a perspectiva de uma análise crítica reflexiva acerca da importância da saúde para o desenvolvimento humano, com enfoque na área de saúde pública. Conclui-se que o SUS (Sistema Único de Saúde) é uma política pública ainda em construção e em vias de aperfeiçoamento. E embora a proposta de financiamento solidário entre as três esferas do governo tenha proporcionado melhorias, o subfinanciamento e a privatização dos serviços de saúde mercantilizam o sistema, transformando o que deveria ser de caráter universal e integral para os interesses de quem possui o capital, evidenciando as desigualdades sociais. Dessa forma, conclui-se que defender e proteger o SUS é a melhor forma de garantir o acesso de todos e ressignificar o conceito de cidadania.

Palavras-chave: Saúde Pública. SUS. Desenvolvimento Humano. Mercantilização da saúde. Capitalismo na saúde.

ABSTRACT

Guaranteeing universal access to healthcare services is one of the main indicators of the social commitment to the process of economic development. In that regard, investing in the healthcare system is investing in human development. This work aims to analyze the importance of healthcare as a mechanism for human development, observing the access to healthcare within the scope of public and private systems. The methodology used in this work presents a theoretical review, from the perspective of a reflexive critical analysis of the importance of health for human development, focusing on the sphere of public health. The conclusion is that the SUS (Brazil's Public Healthcare System) is a public policy still under construction in an ongoing process of enhancement. Although the proposition of partnered financing between the three spheres of government has provided some advance, the underfunding and privatization of healthcare services commodify the system, changing what should be of a universal and integral nature into a service in the interests of those who own the capital, highlighting social inequalities. Therefore, this work concludes that defending and protecting the SUS is the best option to guarantee equal access for all and give new meaning to the idea of citizenship.

Key-words: Public health. SUS. Human development. Healthcare commodification. Capitalism in the healthcare system.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	10
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral.....	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	15
2.1.1 Serviços Públicos.....	15
2.1.2 O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?	17
2.1.3 O novo regime fiscal EC 95/2016 e seus impactos sobre a saúde.....	21
2.2 SERVIÇO PRIVADO DE SAÚDE: A Saúde Suplementar	24
2.3 O SUBFINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	27
2.3.1 A Mercantilização da saúde como mecanismo de produção capitalista e a Privatização dos serviços públicos.....	29
2.3.2 Como poderiam ser ampliados os recursos para o SUS?	34
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUÇÃO

Investir na saúde é investir no desenvolvimento humano. A saúde é vista como um elemento fundamental para o desenvolvimento humano, pois abrange uma ampla variedade de fatores que afetam a qualidade de vida das pessoas, desde o acesso a serviços médicos adequados até a promoção de um ambiente saudável e seguro. No contexto apresentado, a discussão sobre a importância da saúde para o desenvolvimento humano é considerada crucial, destacando-se não apenas a necessidade de serviços públicos e privados de qualidade, mas também aborda a distribuição de recursos, o desafio do subfinanciamento e a ameaça da privatização do Sistema Único de Saúde no Brasil (Santos, 2013).

A garantia de acesso universal aos serviços de saúde é um dos principais indicadores do compromisso de uma sociedade com o processo de desenvolvimento econômico. Indivíduos saudáveis têm maior probabilidade de concluir sua educação, participar ativamente da força de trabalho e adaptar-se às mudanças tecnológicas, o que é vital em economias em constante evolução. Além disso, a relação entre saúde e desenvolvimento humano é intrínseca à redução da pobreza e desigualdade. Os sistemas de saúde, tanto públicos quanto privados, desempenham um papel crucial na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, permitindo aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde. Ao longo deste trabalho, serão exploradas as complementaridades entre esses sistemas.

A alocação de recursos na área da saúde é um desafio complexo e moralmente exigente. A ética na distribuição de recursos levanta questões fundamentais sobre como equilibrar o atendimento às necessidades individuais com a responsabilidade coletiva de manter um sistema de saúde sustentável. A discussão sobre a justiça na distribuição de recursos tem como base o “Teto de Gastos” implementado através da Emenda Constitucional Nº 95/2016, e que tem sido bastante desafiador dadas as demandas crescentes no sistema de saúde.

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo, e sua capacidade de fornecer serviços de qualidade está diretamente ligada à disponibilidade de recursos financeiros. O subfinanciamento crônico tem sido um dos maiores obstáculos enfrentados pelo SUS, o governo tem uma grande responsabilidade no que diz respeito ao uso responsável dos recursos investidos em saúde, pois tal destinação precisa ser bem aplicada a fim de se obter resultados positivos nos indicadores de saúde para medir o impacto das políticas e programas públicos (Nero, Ipea, 2018). Neste trabalho, serão exploradas as causas e consequências desse subfinanciamento e como isso pode impactar os serviços de saúde.

A privatização do SUS é uma questão controversa que levanta preocupações sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde. A privatização pode agravar as desigualdades sociais e econômicas, incorrendo em risco de acesso para os menos favorecidos financeiramente e priorizando quem dispõe de recursos financeiros. Ao longo do trabalho serão apresentadas implicações éticas, econômicas e sociais dessa tendência na tentativa de mostrar que o sistema de saúde (de caráter público) deve permanecer como uma base do sistema de saúde brasileiro.

A metodologia utilizada se deu sob a forma de uma revisão teórica, sob a perspectiva de uma análise crítica reflexiva, acerca da importância da saúde para o desenvolvimento humano, com enfoque na área de saúde pública. Foram utilizadas pesquisas acadêmicas coletadas nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), biblioteca Virtual da Fiocruz, biblioteca virtual da FGV, biblioteca virtual do IPEA e IBGE, biblioteca virtual do Senado Federal e ReseachGate. Os trabalhos científicos foram analisados e serviram de referência para a o desenvolvimento e discussão do tema proposto.

Este trabalho está dividido em 3 capítulos, além desta introdução. O segundo capítulo traz uma reflexão conceitual sobre os serviços públicos e privados no Brasil, a importância da criação do sistema Único de Saúde, o subfinanciamento do SUS, a mercantilização da saúde, privatização dos Serviços Públicos de saúde e como os recursos do SUS podem ser ampliados. O terceiro capítulo trará as conclusões e considerações finais do trabalho e sugestões para possíveis trabalhos futuros relacionados com o tema, a fim de contribuir para o desenvolvimento da ciência econômica e suas aplicações para a comunidade acadêmica.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O acesso à saúde embora formalmente seja um direito de todos e garantido pela constituição federal, muitas vezes na prática é determinado “por quem pode pagar”. Propõe-se nessa pesquisa trazer uma abordagem sobre as condições básicas de saúde no Brasil, promovidas tanto pelo SUS, quanto pela rede de saúde suplementar. Fatores como renda, localização geográfica, infraestrutura insuficiente, barreiras culturais e linguísticas, escassez de profissionais qualificados, são algumas dificuldades enfrentadas pela promoção de saúde no Brasil, especialmente em regiões mais afastadas das capitais. Profissionais de saúde escolhem trabalhar em locais mais centrais, porque em regiões mais afastadas existe uma certa dificuldade de locomoção e longas distância e esses fatores estimulam a rotatividade desses profissionais, fazendo com que regiões mais carentes sofram com a falta de médicos e atendimento especializado.

Esses profissionais são facilmente atraídos para trabalhar em locais mais centrais e com menos risco (Nascimento e Costa, 2009).

Sob a perspectiva de que políticas públicas, iniciativas e programas públicos são essenciais para o desenvolvimento dos cidadãos, melhores níveis de saúde estão relacionados à uma população mais saudável, com condições de obter mais oportunidades de desenvolvimento no âmbito socioeconômico (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

Nas unidades de saúde pública, os atendimentos são realizados em qualquer nível ou complexidade, porém uma das maiores dificuldades é conseguir sanar a alta demanda (nos casos de grandes hospitais, por exemplo) que atendem o público advindo de qualquer região do Estado onde se localiza. Apesar dos esforços do governo em promover eficiência dos serviços públicos de saúde, o fornecimento do serviço ainda está em construção e é insuficiente para atender à crescente demanda. Esse problema ocorre muitas vezes devido à falta de financiamento adequado, falta de equipe, profissionais qualificados, dentre outros.

De acordo com uma pesquisa realizada pela Conta-Satélite de saúde do IBGE (2022), em 2010, os gastos com saúde correspondiam a 8,0% do PIB. A participação das famílias e das instituições sem fins lucrativos a serviços das famílias correspondia a 4,4%, enquanto a participação do governo era de 3,6%. Em 2019, esse percentual aumentou para 9,6% do PIB, dos quais as despesas de consumo do governo correspondem a 3,8% do PIB e 5,8% do PIB são de despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias. Embora possa parecer que o governo está destinando mais recursos a saúde, essa afirmação não é verdadeira, uma vez que a população brasileira está envelhecendo e devido ao congelamento de gastos desde 2017, esse percentual não está acompanhando as demandas da população.

Conforme afirma a analista da pesquisa Tassia Holguin (IBGE, 2022), em entrevista à Agência de notícias - IBGE¹, “pelo fato de os gastos do governo serem regidos por leis de controle orçamentário, essa participação do governo tende a ficar estável com o passar dos anos, caso não haja mudanças nas regras de financiamento do SUS, enquanto a das famílias cresce, entre outros motivos, pelo envelhecimento da população e o avanço da tecnologia”.

No Brasil, o quadro de profissionais de saúde está dentro da média mundial por habitante, entretanto, ainda enfrentamos um problema de concentração espacial desses profissionais. A lei nº 12.871/2013, instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual alguns de seus objetivos são:

¹ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/>. Acesso em 01 de set de 2023.

Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer as características culturais e tradicionais de cada território atendido e com elas interagir (...) (Brasil, 2013, Cap. I, Art. 1º, Inc. I e II).

O Programa Mais Médicos é de grande relevância para a população brasileira, uma vez que demonstra o compromisso de levar médicos para áreas onde há escassez profissional, com iniciativas e fortalecimento da Atenção Primária à saúde, que por sua vez, a alta demanda nesse setor é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo SUS.

A formação e alocação de médicos e outros profissionais de saúde tem sido um grande desafio para o SUS. Os municípios disputam os profissionais e embora a faixa salarial seja atrativa, é um desafio manter esses profissionais atuando nos estabelecimentos clínicos públicos, uma vez que o fator segurança e distância acabam inibindo a sua permanência. Nesse sentido, Mendes e Bittar (2014) ressaltam:

Os problemas de contratação e disputa entre municípios indicam a necessidade de desenvolvimento de novas propostas de recursos humanos, que envolvam contratação, capacitação e supervisão de pessoal com mecanismos de abrangência regional ou estadual, como por meio de fundações estatais ou consórcios municipais, evitando-se a precarização dos contratos de trabalho dos médicos e demais funcionários e também aumentando a segurança dos profissionais com salários compatíveis (Mendes; Bittar, 2014, p. 38).

A reestruturação do modelo de contratação de pessoal pode ser um estímulo para atrair mais profissionais de saúde, se desconfigurando da lógica da competitividade e privilegiando salários compatíveis, bons resultados, segurança e qualidade no atendimento. De acordo com um estudo realizado pelo IBGE (2017, p.24), indicadores relacionados à participação da saúde na economia mostram que, em 2015, “9,1% do PIB (R\$ 546 bilhões) foram gastos no consumo de bens e serviços na área da saúde, dos quais, 3,9% do PIB (R\$ 231 bilhões) corresponderam a despesas de consumo do governo e 5,2% do PIB (R\$ 315 bilhões), a despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias”.

Conforme consta no Art. 195 da Constituição Federal, o qual estabelece que “o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Nesse contexto, Freitas (2015) destaca que:

Enquanto o SUS conta com recursos do orçamento nas três esferas de governo para financiar os serviços de saúde, uma larga margem percentual do setor privado depende dos convênios firmados com as operadoras (empresas de seguro-saúde) e com o próprio governo (atendendo como conveniado ao SUS) (Freitas, 2015, p.799).

Em um amplo estudo sobre Viabilidade Econômica e Eficiência no Sistema de Saúde, Freitas (2002, p.799) identificou que “aproximadamente 95% do faturamento das empresas do setor suplementar (hospitais, laboratórios, etc.) é proveniente dos convênios com as operadoras; os 5% restantes são atendimentos de particulares (consultas e procedimentos médicos pagos diretamente pelo paciente)”. Entretanto, na atualidade um fator preocupante em relação ao orçamento destinado à saúde é o Teto de Gastos², promulgado através da emenda constitucional 95/2016. Quando a economia entra em declínio, as necessidades de saúde da população não deixam de existir, logo, o Teto de Gastos precisa ter um mínimo compatível para atender as necessidades da população. Na prática, o Teto de Gastos vai manter congelados os recursos destinados à saúde até 2036, isso implica que o montante destinado pelo governo federal à saúde não permitirá ultrapassar o valor investido no ano anterior acrescido da inflação.

Dessa forma, vale destacar os seguintes questionamentos: Quais possíveis consequências, em termos comparativos, quanto ao acesso público ou privado nos serviços de saúde para a população de baixa renda no Brasil?

Quais as questões éticas e econômicas por trás da escolha entre incentivo às redes privadas de saúde e a ampliação dos recursos para o sistema único de saúde?

Este estudo pretende trazer uma reflexão sobre essas questões, a partir da análise da literatura econômica e social voltadas a saúde pública e dados divulgados nos órgãos de pesquisa aplicada, de modo que se possa confirmar os argumentos em uma base sólida sobre os desafios da saúde pública no Brasil.

² Em agosto/2023 o Congresso Nacional aprovou o Regime Fiscal Sustentável, conhecido como Novo Arcabouço Fiscal (Lei Complementar nº 200/2023) que é um mecanismo de controle do endividamento focado no equilíbrio entre arrecadação e despesas, o qual substitui o Teto de Gastos, atualmente em vigor (cujas medidas permite a variação de acordo com a inflação, sem crescimento real).

O novo Arcabouço Fiscal tem por objetivo condicionar o governo ao cumprimento de metas de resultado primário, visando a diminuição do endividamento e criação de condições para a redução de juros e garantia de crescimento econômico e entrará em vigor a partir de 2024.

A proposta apresentada pelo Ministro da Fazenda Fernando Haddad prevê um compromisso de superávit primário em bandas (-0,25% a +0,25%) pretendendo zerar o déficit primário em 2024 e alcançar o superávit primário a partir de 2025. O novo Regime estabelece que a despesa pode crescer, em termos reais, na proporção de 70% da variação real da receita observando o intervalo de 0,6% a 2,5% a.a.

Os pisos da saúde e da educação, até então corrigidos pelo IPCA, voltam a ser corrigidos de acordo com as regras do texto permanente da CF, i.e., acompanhando a evolução da receita corrente líquida.

1.2 JUSTIFICATIVA

Diante de uma conjuntura de profundas transformações globais com a crise sanitária que o mundo passou recentemente com a Pandemia da Covid-19, tornou-se perceptível a importância de um sistema de saúde funcional e universal e o quanto a saúde é fundamental para o desenvolvimento humano. Dessa maneira, se entende que a saúde pública não se limita apenas aos serviços providos por médicos e enfermeiros, mas pela promoção do bem-estar físico, mental e social. Em outras palavras, a saúde pública não se limita apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças, mas também inclui ações de prevenção, promoção da saúde e melhorias na qualidade de vida (Santos, 2013).

Com isso, fica evidente a importância em buscar informações para compreender a maneira como o sistema capitalista enxerga na saúde uma oportunidade de lucro, mediante as necessidades de saúde da população, a exploração da rede privada e a transformação da saúde em produto e consumo. A Constituição Federal, por meio do Decreto 7.508, Art. 12, diz que “ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região”. Dessa forma, a pesquisa se justifica mediante a necessidade de refletir sobre a maneira como a saúde é vista e tratada no Brasil de modo que os efeitos gerados podem impactar diretamente no desenvolvimento humano.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a importância da saúde como mecanismo de desenvolvimento humano sob a perspectiva de uma análise teórica, com enfoque na saúde pública, tendo em vista as dificuldades de acesso à saúde tanto no sistema público quanto privado.

1.3.2 Objetivos Específicos

Serão utilizadas as seguintes etapas de pesquisa:

- Compreender se as formulações de políticas públicas possibilitam aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde;
- Compreender se as redes de saúde suplementar (com foco no atendimento básico, ambulatorial e diagnóstico) são um apoio positivo na medicina preventiva;
- Analisar se a privatização e/ou o incentivo via fomento público do setor privado é uma solução para a melhoria na gestão dos serviços de saúde no Brasil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

2.1.1 Serviços Públicos

O conceito de público remete a ideia daquilo que é comum, i.e. do interesse geral ou do pertencimento coletivo; na saúde remete ao princípio da universalização (Filho, 2012).

Os serviços públicos de saúde representam um componente fundamental do arcabouço socioeconômico de um país. Em uma perspectiva macroeconômica, a saúde da população é um dos pilares que sustentam a capacidade produtiva da nação, influenciando diretamente o seu desenvolvimento humano e conseqüentemente o seu progresso econômico.

De acordo com Duguit (1927, p. 51 *apud* Mendauar 1992, p. 103), define-se Serviço Público como:

Toda atividade cuja realização deve ser garantida, regulada e supervisionada pelos governantes, porque a realização dessa atividade é indispensável à efetivação e ao desenvolvimento da interdependência social e não pode se realizar a não ser com o respaldo da autoridade governamental. O serviço público é o fundamento e o limite do poder governamental [...] (Duguit, 1927, p. 51 *apud* Mendauar, 1992, p.103).

A Constituição Federal de 1988 (Art. 196), assegurou a temática da gratuidade e a obrigação do Estado em garantir o acesso universal e igualitário, assim as garantias constitucionais visam combater as desigualdades sociais, ou seja, qualquer cidadão que necessite de um serviço de saúde, poderá obter sem qualquer barreira de acessibilidade. De acordo com Medauar (1992):

O serviço público não tem como objetivo principal o lucro e até pode suportar períodos de déficit, mas a promoção do bem comum e a garantia de igualdade no acesso não deve ser usada para encobrir a falta de direcionamento do serviço, a administração ineficiente e o mau aproveitamento dos recursos (Mendauar, 1992, p.111).

Nessa perspectiva, os serviços públicos são de vital importância para garantir o acesso universal a direitos essenciais como saúde, segurança, educação, assistência social, moradia, dentre outros, de modo que sejam capazes de corrigir as injustiças inerentes a um sistema capitalista, onde o acesso a certos serviços é muitas vezes determinado pelo poder aquisitivo.

A questão da saúde no Brasil ganhou maior visibilidade após o “movimento da Reforma Sanitária” ocorrido na década de 1970. Esse movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura e foi caracterizado por uma imensa mobilização social, acadêmica e política em busca de uma reformulação profunda do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de garantir o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde para todos os cidadãos. O ápice do Movimento Sanitário ocorreu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, através do engajamento de autores, ativistas e profissionais comprometidos com a transformação do sistema de saúde, dentre eles o médico sanitário Sergio Arouca que defendia a ideia de que “Saúde é democracia”, o movimento culminou na formulação das bases para o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição de 1988 (Cadernos de Saúde, 2015).

De acordo com Victalino (2004, p.16) no Brasil “os serviços de saúde sob a responsabilidade do setor público (abrangendo as esferas municipal, estadual e federal) têm se evidenciado por entraves na provisão de cuidados, resultando, conseqüentemente, na carência da capacidade de solução dos desafios relacionados à saúde”. A partir do governo de Getúlio Vargas foram criadas algumas autarquias federais que deram uma atenção maior às questões de saúde. Essa medida conseguiu diminuir em algum grau as desigualdades sociais em saúde e a partir de então a oferta de serviços de saúde e o próprio nível de saúde da população aparecem como preocupações cada vez mais crescentes entre os formuladores de políticas públicas, uma vez que as políticas econômicas e sociais por sua relevância tem grandes impactos nas condições de saúde da população.

O processo de implementação de serviços públicos de saúde no Brasil despertou um fenômeno chamado *universalização excludente*. O qual, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, levou a exclusão de trabalhadores mais bem remunerados, levando-os a utilizar serviços de saúde no setor privado, ao passo que trabalhadores informais ou que não pertenciam a nenhum setor de produção passassem a integrar o sistema de saúde público. Conforme descrito por Correia (2000):

A seguridade social se configurou, na prática, na perspectiva de uma universalização excludente funcional neste modelo de produção, oferecendo serviços de saúde públicos, gratuitos e de baixa qualidade aos trabalhadores do setor informal e/ou mal remunerados e às camadas à margem do setor produtivo. E excluiu de tais serviços os trabalhadores mais bem remunerados pelo grande capital, obrigando-os a utilizar os serviços privados de saúde e previdência (Correia, 2000, p. 33).

Esse fato passou a ser conhecido como mercantilização da saúde, que se refere ao processo pelo qual os serviços de saúde e a assistência médica são tratados e gerenciados como “bens de consumo”, em vez de serem vistos como direitos fundamentais ou serviços públicos essenciais. Esse fenômeno ocorre quando os princípios do mercado e da busca pelo lucro são aplicados de forma excessiva e predominante na prestação de serviços de saúde. Dessa forma, "universalização excludente" parece ser uma expressão contraditória, sugerindo a ideia de que, embora algo seja promovido como universal, na prática, ele exclui certos grupos ou indivíduos, não alcançando o objetivo de igualdade ou inclusão genuína.

O processo de mercantilização da saúde no Brasil envolveu uma série de mudanças políticas, econômicas e sociais que transformaram o sistema de saúde brasileiro em um ambiente onde o lucro e a privatização são desafios para a universalidade e integralidade do sistema de saúde. Esse tema será abordado de forma mais abrangente na Seção 2.3.1 que trata da privatização do sistema público de saúde.

2.1.2. O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

Pode-se entender que O SUS (Sistema Único de Saúde) é uma Política de Estado³, criado após motivadas lutas sociais, tornou-se um mecanismo de combate às desigualdades sociais em saúde e melhorias no desenvolvimento humano, uma vez que permite ter uma força de trabalho mais saudável o que impacta diretamente na produtividade da população. Também pode ser visto como um exemplo de provisão pública de bens e serviços, especificamente na área de saúde, pois envolve a alocação de recursos financeiros do governo, arrecadados por meio de impostos e outras fontes de financiamento, para financiar a oferta de serviços de saúde, como

³ Política de Estado são políticas cujo objetivo é estruturar e estabelecer os aspectos da sociedade e se perpetuam por gerações de governos, por exemplo, a Constituição Federal. Ao passo que, políticas de governos, estão mais direcionadas à imagem do parlamentar em si e com a mudança de poder, por meio de novas eleições, por exemplo, tendem a descontinuar políticas ligadas ao governo anterior.
Disponível em: <https://exame.com/colunistas/instituto-millennium/millennium-explica-as-politicas-de-estado-e-de-governo/> Acesso em 20 de set de 2023.

consultas médicas, cirurgias, exames laboratoriais, medicamentos, vacinas e atendimento hospitalar.

Foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, porém só em 1990 foi regulamentado o funcionamento através da Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa Lei detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até os dias atuais.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde no Brasil era caracterizada por um modelo fragmentado e desigual. Conforme descrito pelo Ministério da Saúde, no caderno de Sistema Público de Saúde Brasileiro (2002, p.11), temos:

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque nas regiões interiores do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como carente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia, ocorria na condição de um favor, ou um ato de caridade (Ministério da Saúde, 2002, p.11).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, os trabalhadores formais de carteira assinada militares e funcionários públicos, o atendimento era realizado através do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), cuja definição de responsabilidade era “prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários”(Souza, 2002, p.11).

Mesmo após 34 anos de instituição do SUS, é nítido reconhecer os avanços no acesso da população às ações em saúde. O SUS foi projetado para ser um sistema descentralizado, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios. De acordo com Mendes e Bittar (2014), além da descentralização, o SUS está pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira que a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (diretrizes do SUS), busquem organizar o atendimento de forma equitativa, dando acesso e embora enfrente desafios experimentados como a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, garantir o acesso a um tratamento de alta complexidade e equilibrar o financiamento do sistema.

Com base na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), constatou-se que 112,5 milhões de brasileiros estão inscritos no Programa Saúde da Família, o que corresponde a 56,2% da população. Em comparação com os resultados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/IBGE), realizada em 2008, o programa alcançou 96,5 milhões de pessoas. Essa comparação revela um aumento de aproximadamente 16 milhões de pessoas atendidas pelo Saúde da Família, em um período de cinco anos.

Os serviços públicos são custeados através do recolhimento de impostos e, dessa forma, destinam-se a atender a todos os cidadãos independentemente de sua condição financeira, cultural ou do meio social em que vive. A provisão desses serviços visa garantir que até aqueles cidadãos menos favorecidos tenham acesso a oportunidades e cuidados necessários para o seu desenvolvimento social, econômico e pessoal. Essa perspectiva busca reduzir as desigualdades e promover uma sociedade mais justa e inclusiva, de modo que todos possam desfrutar de condições mais dignas de se viver.

A relação entre o uso coerente desses recursos e as necessidades da comunidade trazem um desafio para o poder público, de modo que, um aumento desses recursos não garante maior eficiência se não houver uma coordenação de esforços por parte da gestão. Conforme observado por Dussault (1992, p. 9), “um maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços”.

De acordo com o CONASENS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) em sua cartilha Alocação de Recursos e o Direito à Saúde (2021, Vol. 1, p.11), aborda que “O princípio da eficiência pode ser realizado em decisões sobre alocação de recursos em saúde por meio da adoção da análise de custo efetividade (...) como os recursos são escassos, em saúde isso significa que é preciso produzir o melhor cuidado possível para o maior número de pessoas, dentro das condições que se tem”. Em outras palavras, o direito à saúde não é absoluto. Ele é um princípio a ser realizado dentro dos limites impostos pela realidade de um sistema de saúde com recursos escassos. Conforme descrito por Dussault (1992):

A procura da melhoria do nível de saúde remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis para produzir serviços de saúde. O desafio, em qualquer país, consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (excesso de médicos, falta de enfermeiros), organizacionais (falta de serviços básicos, abundância de serviços hospitalares) (Dussault, 1992, p.9).

Uma preocupação central dos formuladores de políticas públicas é garantir que todos os indivíduos tenham acesso igualitário a serviços de qualidade, independentemente de sua renda ou status social. Portanto, os defensores dessa perspectiva argumentam que o Estado desempenha um papel crucial na oferta de serviços públicos para evitar a exclusão e as disparidades. Ao promover serviços públicos de qualidade, uma sociedade busca construir uma base sólida para o progresso coletivo, onde os direitos humanos são respeitados e a igualdade é fomentada.

Dito de outra maneira, os recursos disponíveis estão condicionados a decisão governamental e à capacidade financeira do governo, de forma que os serviços públicos são mais propensos à influência política. Pois trata-se também de decisões éticas e políticas, principalmente em virtude de sua relevância quanto ao desenvolvimento socioeconômico dos agentes individuais. Portanto, o que cabe a cada indivíduo não pode ser determinado sem considerar o impacto sobre outros usuários. Essa afirmativa remete a noção do princípio da equidade, o qual segundo Matta (2007, p. 69) “o princípio da equidade, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior”. Isso significa dizer que, o princípio da equidade identifica e reconhece a pluralidade e a diversidade da condição humana, bem como as suas necessidades e potencialidades.

Se tratando do fator ética, a população idosa tem enfrentado desafios no sentido de obter maior apoio por parte do poder público. O envelhecimento da população brasileira é uma resposta à mudança de alguns indicadores da saúde, como o aumento da expectativa de vida e a queda nos índices de fecundidade e mortalidade (Caderno de Atenção Básica, 2006). Como previsto, tem despertado preocupações para os gestores de saúde no sentido de aumento dos custos, uma vez que, número de abandonos de idosos por parte da família em ambientes hospitalares tem aumentado, causando um fenômeno chamado de “institucionalização hospitalar de idosos”, que é referente a internação para cuidados paliativos que se estende por mais de 6 meses, de modo que o hospital se configura como moradia do idoso (Romero, *et al.*, Ipea, 2018).

Uma vez que o objetivo do pensamento neoliberal é a redução de custos visando o aumento da receita, para mitigar esse aumento de custos de saúde com a população idosa, foi criado um programa de saúde chamado Serviço de Atenção Domiciliar, com o objetivo de reintegrar o idoso no ambiente familiar e promoção da humanização da saúde (Romero, *et al.*, Ipea, 2018). Mas se tratando da rede de saúde privada, se torna caro e em muitas situações o plano de saúde não cobre, pois necessita-se de cuidados constantes e um acompanhamento adequado por parte de um profissional de saúde. Ao passo que, na rede pública, equipes de saúde da

família realizam visitas regulares para o acompanhamento do estado de saúde dos idosos, entretanto, os cuidados paliativos para a família também custam caro, e muitas vezes sobrecarregam a mulheres (que assim como na maioria dos lares brasileiros, acabam se tornando as cuidadoras). Dessa forma, “a resistência de muitos familiares em levar o seu parente de volta para casa, não se trata de negligência, mas sim da falta de suporte social e governamental às famílias” (Romero *et al.*, 2018, p. 272).

Contudo, pode-se alegar que a criação de necessidades para serviços de assistência domiciliar de baixa complexidade (que não atendem aos critérios clínicos específicos pelo sistema de saúde público ou privado) estão diretamente relacionados com o fator ético do sistema de saúde (que visa a redução dos custos) e ocorre devido ao Estado brasileiro não estar efetivamente implementando programas que visem cuidados especiais para a população idosa, apesar de ter uma política nacional de atenção à saúde dos idosos (Lorenzo, 2013).

2.1.3 O novo regime fiscal EC 95/2016 e seus impactos sobre a saúde

Analisando o disposto na formulação da Emenda Constitucional nº 95/2016 que trata do novo regime fiscal de gastos públicos, as regras desse novo regime não permitem um investimento em uma área sem que haja cortes em outras, ainda que a economia apresente crescimento. Isso porque nos exercícios posteriores a 2017, o limite dos gastos corresponderá ao limite imediato do exercício anterior corrigido pela inflação. Diante dessa nova realidade fiscal, Mariano (2017) destaca:

As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que, poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira. Fixado o teto uma única vez, isso vinculará todos os fenômenos administrativos que ocorrerem nas várias unidades, órgãos e pessoas administrativas acima citadas, pelos próximos 20 (vinte) anos, o que, obviamente, impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico, e sobretudo em razão dos objetivos e fundamentos constitucionais (Mariano, 2017, p.261).

O artigo 212 da Constituição estabelece que “a União aplicará, anualmente, nunca menos de 18%, e os estados, o Distrito Federal e os municípios, 25%, no mínimo, da receita resul-

tante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino". Logo, o sistema de saúde, por estar incluso nas diretrizes do Teto de Gastos sofrerá impactos consideráveis, pois segundo Mariano (2017, p. 262) “2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados”. Esses recursos deixariam de ser utilizados para financiar bens e serviços de saúde e poderiam ser deslocados para outras finalidades como, por exemplo, o pagamento de despesas financeiras. Um ponto importante levantado por Vieira e Benevides (2016) traz a seguinte abordagem:

(...) ao instituir um Teto de Gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação, e com o já esperado aumento das despesas com benefícios previdenciários, o espaço para a ampliação do orçamento da saúde ficaria mais reduzido, pois isso implicaria o comprometimento das demais despesas, inclusive das despesas com outras políticas sociais (Vieira e Benevides, 2016, p. 8).

Quando as despesas com o SUS era vinculada ao crescimento do PIB, houve um período de certa estabilidade do financiamento federal destinado à saúde. Entretanto, com as regras estabelecidas por essa Emenda, nota-se que, quanto melhor for o desempenho da economia, maior será a perda para a saúde em relação à regra de vinculação vigente.

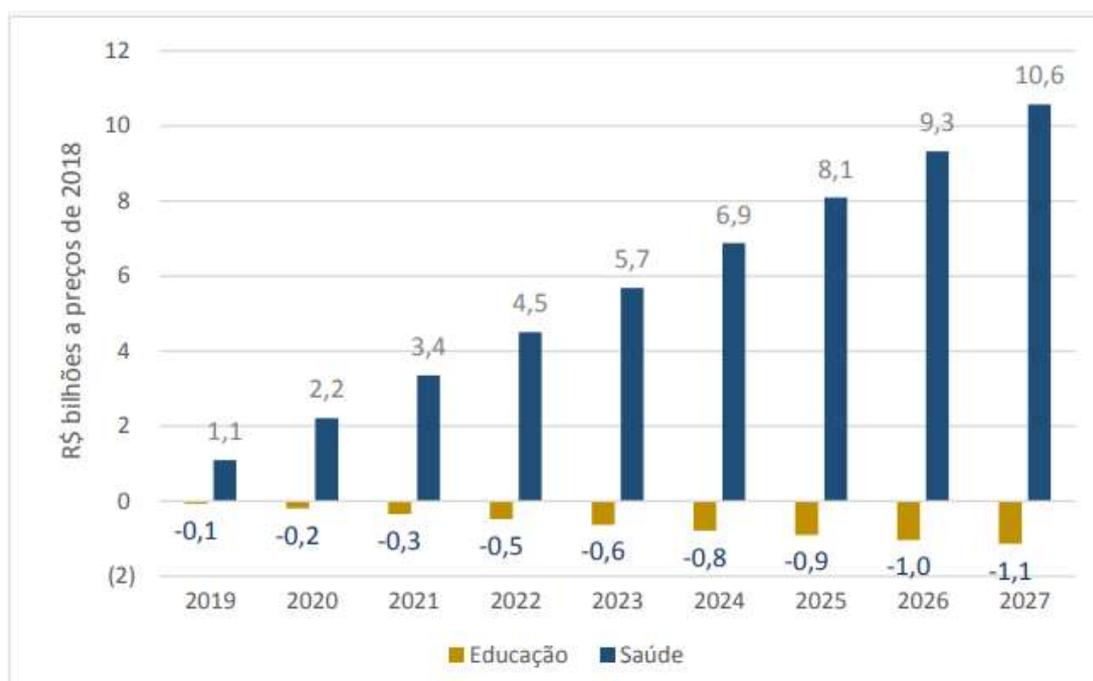
Um estudo realizado em 2016 pelo Instituto de Pesquisas Avançadas (IPEA), afirma que com a desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contexto de crescimento econômico, o SUS perderá cerca de R\$ 743 bilhões (até 2036) com o novo regime fiscal. De acordo com uma matéria publicada em 2020 no site do Conselho Nacional de Saúde, desde a aprovação da EC 95/2016, o orçamento para a saúde tem diminuído cada vez mais, ao passo que a estimativa de crescimento da população de idosos só aumenta. A tendência é que haja uma redução progressiva na renda per capita da saúde, uma vez que a população brasileira está crescendo, “o valor investido por pessoa, que chegou a R\$ 595 em 2014, passou a ser de R\$ 555, em 2020”, diz o vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) em comentário à matéria⁴. Ainda segundo a matéria, “somente em 2019, a perda de

⁴ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em 01 de set de 2023.

investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde”.

O gráfico abaixo, mostra que no cenário da saúde há uma pressão por expansão das despesas em 2027, da ordem de 10,6 bilhões, decorrente da evolução demográfica (com o aumento do número de idosos e redução do número de jovens na população). Ao passo que a pressão por gastos em educação diminuí, visto que o tamanho da população jovem tem caído. Se comparar as despesas com saúde e educação, as despesas públicas alcançariam em 2027 aproximadamente 9,4 bilhões (a preços de 2018) em demanda adicional por despesas públicas.

Gráfico 1: Impacto demográfico sobre despesas selecionadas de saúde e educação



Fonte e Elaboração: (STN/ME) / Relatório de Riscos Fiscais da União (2019, p. 75).

Dado que o Brasil figura entre as nações mais desiguais do mundo, é nítido um impacto adverso decorrente da redução do financiamento público sobre a população mais pobre, a qual possui menos meios para buscar, mesmo que por meio do sistema judicial, o acesso aos cuidados de saúde e à oferta de produtos e serviços de saúde (Vieira, 2016).

Além disso, com a redução dos recursos, as localidades mais afastadas geograficamente e desprovidas de infraestrutura adequada ficarão comprometidas, uma vez que, ficará difícil

ampliar a oferta de serviços nessas áreas, dado que os recursos existentes serão destinados prioritariamente à manutenção dos serviços existentes. Logo, a redução do financiamento do SUS afetará mais intensamente os grupos sociais mais vulneráveis.

Dessa forma, no âmbito econômico, “a saúde e a educação são os dois pilares do capital humano, sendo que a boa saúde⁵ da população é insumo fundamental para a redução da pobreza, o crescimento e o desenvolvimento econômico⁶ de longo prazo” World Health Organization (2001, p.21, *apud* Viera, 2016, p.15).

Portanto, ao se tratar dos serviços públicos, as organizações têm obrigação de prestar o serviço à população, independentemente da natureza ou complexidade do caso, o que não acontece no setor privado. No setor público não existe a possibilidade de selecionar os clientes, diferentemente do setor privado. Dessa forma, a multidimensionalidade dos fatos corrobora para que as organizações públicas busquem ser flexíveis e capazes de adaptar-se às exigências mutáveis.

2.2 SERVIÇO PRIVADO DE SAÚDE: A Saúde Suplementar

Os serviços privados de saúde no Brasil emergiram como resposta a mudanças socioeconômicas, políticas e regulatórias. Até metade do século XX, o sistema de saúde no Brasil era predominantemente público tendo o Estado como principal provedor de serviços de saúde. Entretanto, ao longo do tempo, mudanças socioeconômicas e políticas levaram ao início e crescimento dos serviços privados de saúde no país. A constituição Federal no seu Art. 199, traz o seguinte conceito sobre os serviços de saúde privado:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, estabelecendo a possibilidade de participação complementar das entidades de saúde privadas no Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988, Seç. II, Art. 199, § 1º).

Nessa perspectiva, define-se serviços privados como aqueles oferecidos por empresas e organizações com fins lucrativos. A expansão dos serviços privados de saúde no Brasil pode ser compreendida através de uma mudança no cenário de oferta e demanda. O sistema privado

⁵ Boa saúde da população é o estado de saúde em nível populacional medido através de indicadores como: expectativa de vida e mortalidade infantil (World Health Organization, 2001, p. 114).

⁶ Desenvolvimento econômico é um aumento amplo e sustentado das condições materiais de uma sociedade que pode ser medido pela renda per capita, moradia, consumo, entre outros (World Health Organization, 2001, p. 114).

mobiliza interesses diversos, dentre eles a acumulação de capital e recursos financeiro. O surgimento da rede privada de saúde se deu como uma forma de ampliar a demanda para segmentos antes inexistentes ou muito carentes e não cobertos pela rede pública.

De certa maneira, havia um grande descontentamento com os serviços públicos (por uma parcela da população) e a necessidade de que um atendimento mais ágil e de qualidade fosse oferecido. Medici (1992), aborda que inicialmente, o setor privado de saúde no Brasil foi se configurando mediante a criação de instituições filantrópicas, religiosas, profissionais e sindicais. Com o tempo, esse setor se expandiu e surgiu um espaço promissor para o desenvolvimento de empresas médicas. O surgimento dessas empresas foi impulsionado pela insatisfação de famílias de maior poder aquisitivo com os sistemas públicos de saúde que buscavam atendimento médico mais rápido, de melhor qualidade e com maior conforto e comodidade. As empresas médicas surgiram para atender a essa demanda por um atendimento de saúde mais personalizado e confortável, desde que as pessoas pudessem pagar por isso. Além disso, as firmas também passaram a oferecer planos de saúde privados para seus funcionários. Isso se tornou mais comum à medida que os sistemas públicos de saúde se tornavam insuficientes para atender às necessidades das firmas.

Por volta da década de 50, a rede hospitalar privada funcionava através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e municípios, sendo estes conhecidos como Santas Casas da Misericórdia. Após o golpe militar de 1964, foi criado o INPS, que segundo Medici (1992, p. 82), “representou a extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que contribuísem para a Previdência”. Essa medida criou uma forte demanda por serviços médicos, superando a capacidade de atendimento até então disponíveis nos hospitais e ambulatórios dos IAPS, dessa forma foi necessário expandir os contratos, convênios e credenciamentos com a rede privada.

De acordo com Medici (1992, p. 85), os serviços privados de saúde no Brasil, podem ser classificados de quatro maneiras: “(1) o segmento privado contratado pelo setor público (parceria entre o governo e a rede de hospitais particulares, por exemplo); (2) o segmento médico-assistencial das empresas (e categorias profissionais); (3) o segmento médico-assistencial das famílias e (4) o segmento beneficente e filantrópico”. Ainda segundo o autor:

É nos segmentos médico-assistenciais das empresas e das famílias que se concentra a parcela mais dinâmica do setor privado em saúde no Brasil, o qual se diversifica em quatro formas básicas de atuação: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro-saúde (Medici, 1992, p.85).

A despeito da necessidade de conhecimento e de regulação do sistema privado de saúde é somente nos anos noventa que os aspectos jurídicos e legais são colocados na pauta de discussão da agenda pública, tendo em vista as demandas da população usuária, exigindo a regulação do Estado (Victalino, 2004).

A relação entre o público e o privado está presente na grande quantidade de agentes e na diversificação dos interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a saúde. A Saúde Suplementar desempenha um papel de extrema relevância na entrega de serviços de assistência no Brasil e de certa maneira não é possível migrar para o Sistema Único de Saúde (SUS) todo o universo de atendimento oferecida pelo setor privado, uma vez que, há um alto volume de atendimentos. Entretanto, é perceptível que existe um limite para a capacidade de atendimentos no sistema privado, mediante a natureza de sua complexidade. Vieira e Benevides (2016) argumenta:

A solução proposta recentemente para diminuir a demanda no SUS, qual seja, de ofertar planos privados de saúde, baratos e de baixa cobertura assistencial, tampouco resolveria a questão do acesso integral a bens e serviços de saúde, uma vez que o SUS continuaria a ser demandado para serviços mais onerosos, ou seja, os de média e alta complexidade e o acesso a medicamentos, a exemplo do que já ocorre para a parcela da população que tem acesso a planos privados com cobertura regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na hipótese de os planos ofertarem menor cobertura assistencial, esperar-se-ia aumento da demanda no SUS para esses serviços e medicamentos (Vieira e Benevides, 2016, p.16).

Pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil teve sua origem em meio a complicações resultantes de interesses influenciados pela exploração capitalista na área da saúde, em que o "êxito" do setor privado está vinculado ao "insucesso" do setor público e vice-versa. A história tem evidenciado que os cuidados de saúde, quando predominantemente voltados para o setor privado, têm profundas implicações na saúde das comunidades brasileiras, uma vez que promovem a exclusão do direito à assistência, são restritos e estão disponíveis apenas para aqueles que podem pagar por tais serviços.

Desta forma, a análise da questão requer uma ponderação sobre a grave crise na qual o Sistema de Saúde do Brasil está imerso, o qual não tem sido capaz de promover a saúde em termos de universalidade e garantir a disponibilidade de forma generalizada, equitativa e imparcial à população do Brasil.

2.3 O SUBFINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Os recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente são provenientes de tributos e impostos arrecadados e compartilhados entre os três níveis de governo: União, Estados e Municípios. Dessa forma, o termo gratuito conceitua que os usuários do sistema público de saúde não precisam desembolsar qualquer recurso de forma direta, pois indiretamente os custos já foram pagos através da arrecadação tributária coletiva.

Matta (2007, p. 67) destaca que: “o financiamento da saúde se dá por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos que devem ser administrados para atender aos princípios do SUS e às demandas de saúde da população brasileira”. Portanto, todo cidadão seja brasileiro ou estrangeiro poderá usufruir do direito à saúde conforme previsto na Constituição.

Por volta da década de 80, os recursos destinados à saúde eram oriundos do orçamento fiscal e da previdência social. De forma que, os recursos da previdência eram destinados a quem participava do mercado de trabalho formal, e os recursos do orçamento fiscal destinavam-se a ações de saúde pública do tipo vacinação e controle de doenças transmissíveis, e a uma pequena assistência médica à população que não fazia parte do grupo que contribuía para a previdência, sendo esse último grupo assistindo em grande parte por entidades filantrópicas (Piola, 2013). Porém ao longo dos anos, novos reajustes foram sendo deliberados e em 1993 a desvinculação das contribuições previdenciárias do financiamento da saúde agravava ainda mais a incerteza e a instabilidade no financiamento do setor da saúde (Piola, 2013).

Embora seja importante manter esse equilíbrio entre receitas e despesas e o cuidado em sempre alcançar as diretrizes e princípios do SUS, existe uma permanente pressão sobre o SUS devido as dificuldades gerenciais sobre as demandas e as necessidades da população no sentido de infraestrutura inadequada ou falta desta, escassez de medicamentos, equipamentos quebrados ou obsoletos, quantitativo de profissionais insuficientes, e outros (Junior e Costa, 2011).

Esses fatores abriram margem para um fenômeno chamado *subfinanciamento do SUS*. Que pode ser caracterizado como “alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios fundamentais como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistema de saúde público semelhante ao brasileiro” (Funcia, 2019, p. 4406).

No Brasil, observou-se que nos últimos anos especialmente no campo da saúde, tem havido um foco significativo na implementação de políticas e regulamentações com o objetivo de transferir a gestão de bens e serviços públicos para entidades privadas sem fins lucrativos e

isso tem conduzido a estratégias de reestruturação na prestação de serviços à população na área da saúde (Junior, 2011), uma vez que as dificuldades em relação ao financiamento do SUS se manifesta desde a sua criação em 1988. Como mencionado anteriormente, a Emenda Constitucional 95/2016 apenas evidenciou ainda mais as dificuldades que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universalista em nosso país, tornando ainda mais evidente as pressões sobre o subfinanciamento do SUS. Conforme apontamentos de Piola (2013), o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado é maior que o público, razão pela qual o SUS ainda está distante de ser, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral.

O problema do subfinanciamento do SUS tem respaldo no pensamento neoliberal introduzido no Brasil com o discurso de necessidade de modernização do país, o qual consiste na ideia de Estado minimamente intervencionista. Entretanto, sabe-se que é papel do Estado estabelecer e fortalecer as estruturas compartilhadas que sustentam o funcionamento da sociedade, servindo como base para o desenvolvimento da comunidade, dos mercados e da economia em geral, pois o Estado exerce sua influência ao adotar princípios que orientam a escolha entre soluções públicas ou privadas para os desafios enfrentados pela sociedade (Reis, 2011).

Nesse sentido, quando direcionado para a saúde, o pensamento neoliberal associado ao discurso de necessidade modernização do país, abriu espaço para a introdução cada vez mais frequente de capital privado, transferindo assim parte das responsabilidades do Estado para com a sua população e permitindo que quem possui o Capital dite as regras do jogo (Rizzotto, 2009).

Os impactos sobre a saúde ficam ainda mais evidentes quando se observa um crescente incentivo financeiro público direcionados para o sistema de saúde privado, por meio da permissão da entrada de capital estrangeiro (assegurado pela Lei no 13.097/2015) a qual permite a exploração de ações e serviços de saúde no país e impactos promovidos pela reforma fiscal, cuja formulação atinge diretamente as políticas sociais, em particular a redução de recursos da saúde pública (Mendes, 2015). Além disso, isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, a desoneração tributária a alguns medicamentos e a redução do imposto de renda de pessoa física ou jurídica, aplicada a despesas com planos de saúde e similares como incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada são outros fatores característicos do subfinanciamento do SUS (Caderno de Saúde, 2015).

Efeitos negativos que agravam ainda mais a situação de subfinanciamento do SUS foram evidenciados com aprovação da Emenda Constitucional nº 86/2015 quando esta determina que uma parcela obrigatória das despesas do governo federal (0,6% da Receita Corrente Líquida) deve ser projetada para execução de emendas parlamentares individuais. Isso significa

que uma parte do orçamento federal que poderia ser usado para o financiamento da saúde é direcionado para projetos específicos definidos pelos parlamentares. Ao passo que, a Emenda Constitucional 95/2016, como mencionado anteriormente, limita o aumento dos gastos públicos, incluindo os gastos com saúde. Esses valores são atualizados anualmente pela variação da inflação (do ano anterior) até 2036. Isso significa que, mesmo que a receita do governo aumente, os recursos destinados à saúde serão limitados, o que resultará em uma redução per capita desses recursos devido ao crescimento populacional ao longo do mesmo período (Souza, 2020).

Esse tipo de ajuste fiscal tem caráter recessivo, uma vez que inviabiliza o processo de retomada do crescimento econômico⁷, gerando consequências negativas para a saúde da população, visto que o desemprego e a redução dos níveis de renda ainda estão muito presentes, herança dos problemas ocorridos no país e no mundo devido a Pandemia da Covid-19 (Souza, 2020).

O Sistema de saúde pública no Brasil tem enfrentado desafios devido à influência de interesses do grande capital, o que dificulta seu funcionamento de maneira ideal. Apesar de haver espaço para melhorias na eficiência do SUS, sua capacidade de atender às necessidades da população tem sido limitada devido à falta de financiamento adequado. Isso é evidenciado pela demanda histórica do movimento da Reforma Sanitária por uma alocação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde pública, que ainda não foi alcançada (Souza, 2020). “O que se tem visto é uma ‘cobertura universal’ com um pacote mínimo de serviços, que não necessariamente enfrenta as iniquidades da saúde ou garante a atenção integral” (Souza, 2020, p. 2). Como consequência, o subfinanciamento do SUS poderá causar sobrecarga nos serviços de saúde, redução da qualidade dos serviços, insuficiência no atendimento (fazendo pessoas migrarem para o sistema privado), dificuldade de combater as desigualdades regionais e impulsionar um efeito chamado mercantilização da saúde, que será debatido na próxima seção.

2.3.1 A mercantilização da saúde como mecanismo de produção capitalista e a privatização dos serviços públicos

O sistema capitalista, regime social que defende a acumulação e expansão da riqueza, é fundamentado na exploração da força de trabalho dos indivíduos. Durante muito tempo, praticou-se a expropriação de todas as condições de existência a fim de criar uma força de trabalho

⁷ Crescimento econômico refere-se ao aumento sustentado da renda per capita do país (que pode ser medido pelo Produto Nacional Bruto) ajustado pela Paridade de Poder de Compra (World Health Organization, 2001, p. 114).

disponível para se alcançar os objetivos do capitalismo em sua expansão, acomodados às relações da colonização, constituindo a base do modo de produção capitalista (Fontes, 2018).

Atualmente, esse mecanismo não mudou muito, embora, hoje em dia, seja aplicado em uma outra configuração, dados os “direitos sociais” adquiridos com a Constituição de 1988. Ainda assim, a sociedade enfrenta desafios que conforme destacado por Fontes (2018), uma parte da população enfrenta persistentes condições precárias que as impedem de garantir a sua própria subsistência, situação que se agrava com o desemprego, uma vez que o objetivo dos capitalistas é assegurar a lucratividade do capital em resposta a concorrência, substituindo trabalhadores por inovações tecnológicas. “O Cerne central da existência do capital é a extração de mais-valor” (Fontes, 2018, p.7), uma vez que é a classe dominante que controla os meios de produção, esse cenário ficou mais evidente com o processo da industrialização.

No sistema de saúde não é diferente. O processo de “Mercantilização da saúde” consiste na transformação dos serviços de saúde em mercadoria que pode ser comprado e vendido, deixando de lado o compromisso de que a saúde é um direito humano fundamental ou serviço público, uma vez que são considerados essenciais e visam atender as necessidades básicas das pessoas, ocorrendo quando o sistema de saúde é predominantemente orientado pelo lucro. Fontes (2018) destaca que:

A mercantilização sugere o crescimento de procedimentos mediados pelo mercado, ou a transformação direta em mercadorias de elementos da natureza, de objetos e serviços realizados pelos seres sociais [...] a transformação mais significativa do capitalismo é a redução da existência humana a força de trabalho, dependente do mercado para sobreviver (Fontes, 2018, p.10-11).

Portanto, a transformação da população em força de trabalho e os meios de vida em capital, caracterizam a relação social capital cuja motivação as transformam em propriedade capitalista (Fontes, 2018). Nessa lógica, as instituições privadas de saúde geralmente têm o lucro como sua principal motivação, o que pode levar a decisões que maximizam o lucro, mesmo que nesse processo seja necessário a exploração da mais-valia.

No capitalismo, a lógica de mercado tende a transformar tudo em uma mercadoria, nesse sentido, Martins (2012) destaca que a essência do capitalismo, consiste na extração da mais-valia para promover a acumulação de capital, e, para isso, busca se expandir e dominar todos os aspectos da existência humana em mercadoria, seja qual for a sua forma (Martins, *et al.*, 2012). Nesse contexto, é notório a transformação de um direito social em mercadoria. Na lógica

do capitalismo, na saúde, o indivíduo é consumo e produto ao mesmo tempo. O processo de mercantilização somente se fortaleceu, porque o setor saúde é um território rentável.

Para se compreender o que significa ser mercantilizado na saúde, Araujo (2011) aborda o processo de mais-valia como uma conduta abusiva de operadoras privadas de saúde, no sentido de explorar a mão-de-obra de médicos e demais profissionais de saúde, com o pagamento de honorários incompatíveis com a carga horária, ameaça de descredenciamento da rede de saúde, intervenção na autonomia médica, além da negação de procedimentos essenciais para o paciente, forçando-os muitas vezes a retornar para o sistema público para o devido tratamento (Araújo, 2011).

No cenário empresarial, existe uma ofensiva para reduzir os direitos sociais conquistados, principalmente nas áreas da saúde e da previdência. Ao passo que, os trabalhadores estão enfrentando uma política de acordos para a manutenção de empregos, apesar dos movimentos sindicais estarem lutando para combater o desemprego, que já é estrutural (Correia, 2000).

Na lógica do capitalismo, a questão de transformação da saúde em mercadoria gera uma dualidade. Se por um lado, a saúde é uma condição essencial para que o trabalhador possa vender a sua força de trabalho, por outro lado, a saúde também é vista como um serviço produzido dentro das relações capitalistas de produção e transformada em mercadoria gerando valor de uso e de troca. Isso significa que o trabalhador precisa adquirir serviços de saúde no mercado para continuar garantindo a sua própria capacidade de continuar trabalhando e para a manutenção de sua família. Reforçando que os capitalistas investem na exploração do trabalho para continuar obtendo lucro (Martins, *et al.*, 2012).

A origem da privatização dos serviços médicos no Brasil se deu no início do século XX, quando os serviços de assistência à saúde eram vinculados a previdência social no qual as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) prestavam atendimentos aos seus contribuintes, no qual as empresas filiadas as CAPs ofereciam serviços médicos através da compra de serviços privados com médicos credenciados (não gerando ônus para os cofres públicos) (Correia, 2000).

De acordo com Cohn e Elias (2003), o credenciamento de serviços privados pela Previdência Social favoreceu que o processo de privatização dos serviços de assistência médica acontecesse de maneira notavelmente precoce. Com o processo de industrialização no Brasil, durante o governo de Getúlio Vargas, a concentração da iniciativa privada nos centros urbanos cria uma tensão significativa no modelo de assistência à saúde, devido às diferentes abordagens entre os sistemas públicos e privados. Se por um lado, observa-se uma tentativa de integração do setor público com os interesses privados e corporativos, promovendo a complementaridade nas ações de saúde e a segmentação dos grupos de usuários, por outro lado, uma lógica distinta

de organização e utilização dos serviços pressionou o sistema público a adotar estratégias para atender à demanda crescente da população por procedimentos de saúde, impulsionada pela dinâmica do mercado do setor privado (Nascimento e Costa, 2009). Como estratégia de controle, “o Estado passa a assumir a ‘questão social’ como âmbito de intervenção estatal por meio de políticas assistencialistas/previdencialistas” (Correia, 2000, p. 29).

As contribuições (diretamente na folha salarial) não estava proporcionando maior consumo da saúde por parte dos trabalhadores, [eles] passaram a lutar pela desmercantilização da sua força de trabalho e exigir um olhar mais direcionados aos seus interesses em contraposição ao capital (Mota 1995 *apud* Correia, 2000, p. 34).

A saúde tem passado por um processo crescente de privatização, uma vez que sob a influência do capital e da ideologia neoliberal de Estado mínimo, da liberação econômica e abertura do mercado para o setor privado, ela está perdendo a sua natureza como um bem comum e o seu valor universal, no contexto dos direitos fundamentais do ser humano, sendo transformada em um serviço mercantil (Martins, *et al.*, 2012).

O processo de ampliação da oferta de serviços na área da saúde e da previdência social ocorreu com a participação do setor privado lucrativo. Isso se deu por meio da consolidação de “um pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de impostos de renda e liberdade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial (Mota, 1995, p. 140 *apud* Correia, 2000, p. 31).

Pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde brasileiro nasceu pelos interesses ditados pela exploração capitalista da saúde, em que o “sucesso” do setor privado depende do “fracasso” do público e vice-versa. Nesse conflito de interesse, é notável que é a saúde pública que vem sofrendo com os escassos recursos ao passo que o Estado se converte em instrumento de manobra do capitalismo (Martins, *et al.*, 2012). Os repasses de recursos ao setor privado acontecem através da contratação de serviços conveniados a rede privada, por meio das Organizações Sociais, cuja criação é vista como uma solução para o enfrentamento dos problemas de gestão, podendo até mesmo serem classificadas como terceirização da gestão, a exemplo as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Correia e Santos, 2015).

Segundo Correia (2000, p. 40) as organizações sociais “são entidades de direito privado, de caráter público não estatal e instituídas como mais um mecanismo que permite ao Estado

transferir, para a rede privada, sua responsabilidade na área social delegando a estas organizações a gestão de bens e serviços públicos”. Nas situações em que um segurado da rede privada necessita usar os serviços públicos, uma vez que o seu plano de saúde ou seguro saúde não cobre o procedimento, a rede privada se beneficia.

Nessa perspectiva, retomamos a um dos objetivos deste trabalho que trata de analisar se a privatização e/ou o incentivo via fomento público do setor privado é uma solução para melhoria na gestão dos serviços de saúde no Brasil.

Em contraposição, ao que parecia ser um caminho seguro a ser seguido, observou-se que a privatização dos serviços públicos não reduziria os gastos públicos e faria o governo se dedicar aos mais pobres e com alto risco de adoecer, pois, conforme Correia (2000) o aumento da privatização faria o Estado ter mais despesas públicas, uma vez que as empresas privadas que prestam serviços médicos recebem amplo apoio financeiro do governo sem fornecer em troca uma melhoria significativa na eficácia ou na qualidade dos serviços, uma vez que não há controle sobre a prestação de contas dos serviços prestados, abrindo espaço para fraudes e prejuízos aos usuários. Além disso, como o setor privado depende de recursos públicos diretos e indiretos para sobreviver em um mercado limitado e altamente concentrado, as políticas de privatização podem, na verdade, resultar em um aumento nos gastos públicos em vez de uma redução.

A lógica do lucro e o direito à saúde se opõem. Sob a ótica do aumento da produtividade constante e do consumo, pode desencadear várias consequências, algumas das quais podem levantar questões éticas, por exemplo, quando o lucro se torna o objetivo principal na prestação de serviços de saúde, o acesso aos cuidados de saúde pode se tornar desigual. Na busca pelo lucro, os provedores de serviços de saúde podem ser incentivados a cortar custos e maximizar a eficiência, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados e pode incentivar a realização de procedimentos médicos baratos, pois esses procedimentos geralmente geram mais receita. De acordo com Araújo (2011), devido a fraca fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), médicos vêm sofrendo pressões por parte das operadoras para atender a um maior número de pacientes em menor tempo. Entretanto, a categoria tem se oposto a tal conduta, uma vez que “medicina não é ciência exata e o tempo da consulta médica depende de cada paciente. Não se pode tratar a agenda do consultório médico como a linha de produção de uma fábrica” (Araújo, 2011)⁸.

⁸ Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/a-mercantilizacao-da-saude/>. Acesso em 10 de set de 2023.

Para um médico aumentar a sua produtividade, ele precisa atender o maior número de pacientes, no entanto, a qualidade do atendimento tende a piorar à medida que o médico tem menos tempo de consulta. O sistema capitalista por sua vez, prioriza a doença em vez da prevenção, uma vez que, a doença gera maiores ganhos financeiros. Essa abordagem mercantilista negligencia os efeitos negativos que essa política provoca na vida dos indivíduos, no sentido de que acima da qualidade do atendimento e da atenção humanizada aos pacientes, o lucro é sempre o objetivo principal (Filho e Pádua, 2014).

2.3.2 Como poderiam ser ampliados os recursos para o SUS?

A Agenda Mais SUS⁹, por meio de um relatório de avaliação de desempenho, propõe que a ampliação de recursos para o SUS pode ocorrer a partir de quatro estratégias: (1) a redução da renúncia fiscal em saúde. Uma vez que a Atenção Primária tem recebido menos recursos do que a renúncia fiscal permitida a rede privada. De acordo com a Agenda Mais SUS, estima-se que em 2021 a renúncia fiscal tenha alcançado 43% do orçamento federal da saúde; (2) através da realocação de recursos que estão em outras áreas; (3) ampliar a cota de ICMS para os municípios e aplicarem estes recursos na saúde municipal e ampliar a capacidade de financiamento dos bancos de desenvolvimento para financiar investimentos importantes no SUS e (4) ampliar a tributação de setores econômicos que possuem um importante custo sobre a saúde das pessoas, como as bebidas açucaradas, os alimentos ultraprocessados, o álcool e o tabaco, uma vez que são danosos à saúde, a tributação poderá ampliar os recursos disponíveis para a saúde.

As estratégias apresentadas poderiam surtir benefícios para a saúde pública a longo prazo, entretanto, para serem implementadas depende dos interesses políticos e na lógica neoliberal capitalista não parece ser justificável. Em contrapartida, se nada for feito, nas condições atuais de financiamento da saúde, somente aumentarão a precariedade do sistema público, ao passo que a rede privada segue se beneficiando das volumosas transferências de recursos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema único de saúde (SUS) é uma política pública ainda em construção, mas tem mostrado resultados promissores ao longo dos anos. Tem sido um mecanismo de combate às

⁹ Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/downloads/>. Acesso em 01 de set de 2023.

desigualdades sociais, uma vez que a sua criação promove a universalização e integralização dos cuidados de saúde, permitindo que toda a população brasileira e estrangeira, independente da sua condição financeira, tenha acesso a cuidados médicos, seja qual for a complexidade de sua condição. O programa Saúde da Família, por exemplo, tem se mostrado eficiente, visto que desde 2013 o número de famílias cadastradas tem aumentado, alcançando especialmente regiões mais carentes e demograficamente mais afastadas dos grandes centros urbanos.

A rede de saúde privada, foi instituída para ser complementar a rede pública, uma vez que ao longo dos anos ocorreram mudanças no cenário de oferta e demanda do setor. O surgimento da rede privada de saúde se deu como uma forma de ampliar a demanda para segmentos antes inexistentes ou muito carentes e não cobertos pela rede pública, por exemplo, o atendimento de interesses de um público com certo poder aquisitivo e serviços de assistência médica para empresas.

O estudo mostrou que, apesar de proporcionar um acesso diferenciado à serviços de saúde, a rede particular não resolve a questão de acesso integral a bens e serviços de saúde, uma vez que sua assistência é limitada de acordo com a cobertura do contrato, fazendo com que, em situações de maior complexidade, os usuários demandarão cuidados médicos no SUS.

Em termos comparativos, o público de baixa renda no Brasil tem a opção de utilizar os serviços do SUS, embora a alta demanda por cuidados médicos sejam bem maiores do que na rede particular, o que gera, por exemplo, filas de espera e um período maior para a realização de exames e consultas. Ao passo que, na rede particular existem contratos de valores mais acessíveis, porém com cobertura limitada, e apesar disso, para a população de baixa renda, a contratação de planos de saúde na rede privada é um fator fora da sua realidade financeira.

A rede privada, por sua vez, é de caráter excludente e somente é eficaz na promoção da medicina preventiva para o público que pode pagar, visto que proporciona um atendimento mais rápido do que na rede pública em relação a consultas, exames laboratoriais e de diagnósticos, mas como dito anteriormente, se o paciente for diagnosticado com um procedimento de alta complexidade e não houver cobertura no seu contrato, esse usuário precisará demandar cuidados no SUS, seja para realizar procedimentos, seja para obtenção de medicamentos.

O estudo realizado também mostrou que o sistema público enfrenta um problema de disponibilidade de profissionais de saúde, o qual tem sido um grande desafio para o SUS, mas ao longo dos anos tem sido minimizado, por exemplo, através do Programa Mais Médicos cujo objetivo é a formação e alocação de médicos para regiões mais carentes. Essa medida gera um fortalecimento do sistema público, uma vez que demonstra o compromisso de levar profissionais de saúde para regiões onde há escassez profissional.

Outro desafio enfrentado pelo SUS diz respeito aos recursos financeiros. A proposta de um financiamento solidário entre as três esferas do governo trouxe algumas melhorias para o sistema público, em contrapartida, as isenções e reduções fiscais para os serviços privados de saúde implicam em dificuldades no comprometimento do financiamento do sistema público. Por outro lado, a descentralização do poder distribuída para a União, os Estados e Municípios, permitiu que o SUS pudesse ter um alcance mais efetivo e reduziu de forma significativa (mas ainda não satisfatória) as desigualdades existentes no sistema público, gerando mais destaques para a atenção básica (que é a porta de entrada do SUS).

Com o estudo proposto, também foi possível observar que o sistema de saúde sofre com os processos de mercantilização da saúde, o qual transforma a saúde em uma mercadoria, mitigando as relações mais humanizadas em prol da maximização do lucro. Nesse quesito, a saúde vem perdendo a essência de sua natureza como bem comum e universal, sendo transformada em um serviço mercantil. O incentivo via fomento público do setor privado para a melhoria na gestão dos serviços de saúde no Brasil poderá proporcionar meios para inovação de tecnologias, em contrapartida, a privatização não é uma solução para os problemas de gestão, porque poderá reduzir ainda mais o acesso aos serviços de saúde, especialmente para a população de baixa renda. A privatização dos serviços de saúde não reduziria os gastos públicos e sem a fiscalização adequada, não pode haver garantias de que a rede privada fornecerá melhorias significativas na eficácia ou qualidade dos serviços.

Contudo, observa-se que o grande desafio da saúde está no debate político, uma vez que é necessário consolidar o sistema público de prestação de serviços priorizando o SUS no financiamento público. Talvez, a solução seja reconsiderar o modelo econômico existente, no sentido de uma mudança de prioridades no sistema atual. Os ganhos e lucros gerados pelo mercado “saúde” devem ser substituídos por uma maior preocupação e compromisso com o desenvolvimento humano e social. Portanto, conclui-se que defender e proteger o SUS é a melhor forma de garantir o acesso de todos.

Por fim, os cenários sobre as limitações impostas à saúde sob a ótica de gestão e financiamento apresentados nesse trabalho, representaram os maiores desafios do SUS. O objetivo do trabalho não foi o de criar projeções futuras, mas de trazer um debate sobre a maneira como o sistema de saúde no Brasil é tratado, seus desafios e particularidades. Considerando a situação atual e considerando algumas possibilidades futuras, esse estudo é apenas o início de muitos outros. Existem lacunas com relação ao novo Arcabouço Fiscal (LC nº 200/2023), e em estudos futuros relacionados ao desempenho do Novo Regime Sustentável, pretende-se realizar um estudo mais especificado e detalhado, que permita comparações com os resultados aqui propostos,

a fim de compreender a evolução dos recursos públicos disponibilizados para a saúde mediante as novas regras fiscais.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Marcia Rosa de. **A mercantilização da saúde**. Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/a-mercantilizacao-da-saude/>. Acesso em 10 de set de 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** que dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

_____. **Lei Complementar nº 200 de 30 de agosto de 2023** que institui regime fiscal sustentável. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp200.htm. Acesso em 20 de set de 2023.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013** que dispõe do Programa Mais Médicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

_____. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm. Acesso em 01 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Caderno de Atenção Básica – n 19, 192 p. Editora MS. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em 01 de set de 2023.

_____. Ministério da Economia. Secretaria do Tesouro Nacional. **Relatório de Riscos Fiscais da União**. Dez. 2019. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:31398 Acesso em 01 de set de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASENS. **Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir. Alocação de Recursos e o direito à saúde**. v.1, p. 1-25. Brasília, 2021. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/07/Cartilha_1_PROVA-3-1-1.pdf. Acesso em 01 de set de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Instituto de estudos para políticas de saúde e Umane. Agenda MaisSUS. **Documento de propostas: Caminhos para fortalecer a saúde pública no Brasil**. Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/caminhos/>. Acesso em 01 de set de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia/>. Acesso em 21 de Ago de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Conselho Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em 01 de set de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. PenseSUS. **Reforma Sanitária. O que é?** Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> Acesso em 14 de Ago de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. PenseSUS. **Relação Público x Privado. O que é?** Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado> Acesso em 01 de Set de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. PenseSUS. **Saúde é Democracia**. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAde-%C3%A9-democracia/>. Acesso em 14 de ago de 2023.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

CORREIA, M.V. C. **A mercantilização da saúde. In: *Que Controle Social?*** Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 29-52. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>. Acesso em 11 de set 2023.

CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão**. p. 33-39. In. A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE EM DEBATE: As organizações sociais no Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde. Editora: Rede Sirius – Rede Bibliotec. Rio de Janeiro. UFRJ. Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/eventos/cadernos-de-saude-da-faperj-a-mercantilizacao-dasaude-em-debate/>. Acesso em 11 de set de 2023.

DUGUIT, León. **Traité de Droit Constitutionnel**. 2º Vol., 3ª Ed. Imprensa: Paris, Fontemoing, 1927.

DUSSAULT, Gilles. **A gestão dos Serviços públicos de saúde: características e exigências**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.26, nº 2, p.8-19, jul/set. 1992.

FREITAS, Maurício Assuero L. de F. **Viabilidade Econômica e Eficiência do Sistema de Saúde**: O caso do Pólo Médico da cidade do Recife. Dissertação (Mestrado em Economia) – PIMES. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UFPE. Recife, 2002.

FREITAS, Maurício A.L.F; SILVA, Alexandre S. **Modelo de Equações de Diferenças finitas aplicado ao sistema de saúde suplementar**. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v.13, nº3, p. 797-818, set/dez, 2015.

FILHO, Wagner C.P.; PADUA, Izabela C.C. de. **Os impactos do capitalismo no modelo de gestão em saúde no Brasil**. Revista Uningá Review. Vol.18, n.3, p.62-65, abr/jun, 2014.

FONTES, Virginia. **A transformação dos meios de existência em capital, expropriações, mercado e propriedade**. Publicado in: Boschetti, Ivanete (Org). Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo, Cortez Editora, p. 17-61, 2018. Disponível em: http://grupodetrabalhoeorientacao.com.br/Virginia_Fontes/capitulos-livros/Expropriacao-e-direitos-no-capitalismo.pdf. Acesso em 01 de set de 2023.

FUNCIA, Francisco Rózsa. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS**. Referências preliminares para alocação adicional de recurso. Ciência e saúde coletiva 24(12), São Paulo, p.4405-4414, dez. 2019.

HOLGIN, Tassia. Conta Satélite de saúde. Agência de notícias IBGE. **Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/>. Acesso em 01 de set de 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conta Satélite de Saúde**, Brasil 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 79p. (Contas Nacionais, n. 59). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em 01 de set de 2023.

_____. **Conta Satélite de Saúde**, Brasil 2010-2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 12p. (Contas Nacionais, n. 87). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf. Acesso em 09 de Ago de 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. v. 2, p. 1-75. Disponível em: <https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf>. Acesso em 01 de Set de 2023.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**. Rio de Janeiro, v. 29, p.1-129, 2008. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2008_v29_br.pdf. Acesso 01 de Set de 2023.

JUNIOR, N.C.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.C. **Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares**. Saúde Social. São Paulo, v.20, n.4, p.971-979, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Sd33f5KbJF3zgLqQJSg-FZwH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 de set de 2023.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018.

LORENZO, Cláudio; ANDRAOS, Cláudio. Sistema Suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. **Rev. Bioétic. (impr.)**. Brasília: 21(3): 525 – 535, 2013.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o Teto dos Gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba: vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARTINS, P. P. S; EICH, Melisse; MARTINS, Lucinéia S. **O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado**. VIII Seminário de Saúde do Trabalhador e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, set. 2012 – UNESP- Franca/SP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/08>

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 61-80, 2007.

MEDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: n.26, v. 2, p.79-115, abr/jun, 1992.

MENDAUAR, Odete. Serviço Público. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: n. 189, v.189, p. 100-113, jul/set, 1992.

MENDES, José D.V.; BITTAR, Olímpio J. N. Perspectivas e Desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**. Sorocaba: v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014.

MENDES, Áquilas. **O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise**. p. 11-20. In. A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE EM DEBATE: As organizações sociais no Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde. Editora: Rede Sirius – Rede Bibliotec. Rio de Janeiro. UFRJ. Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/eventos/cadernos-de-saude-da-faperj-a-mercantilizacao-da-saude-em-debate/>

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. **PSF, descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil**. In: Cohn, A. (org.). Saúde da Família e SUS: convergência e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial; São Paulo: CEDEC, p. 67-92, 2009.

NERO, Carlos, R. Del. **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde.** O que é Economia da Saúde? Publicações – Livros, cap. 1, p. 5-23. Brasília, Ipea, 2018.

PIOLA, S. F.; SERVO, Luciana M. D.; SÁ, Edvaldo B.; PAIVA, Andrea B. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde.** Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70.

REIS, José. Estado e mercado: Uma perspectiva institucionalista e relacional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 95, p. 11-34, dez. 2011. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/4355>.

RIZZOTTO, Maria L. F. **Neoliberalismo e Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html> Acesso em 01 de set de 2023.

ROMERO, D. H.; MARQUES, Aline; BARBOSA, Ana Cláudia; SABINO, Raulino. **Interações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2018. 1ª edição, pp. 2-31.

SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Ministério da saúde. Editora MS, São Paulo, 2002, p. 5-44. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em 01 de set de 2023.

SANTOS, Paola L. P. Mercantilização da Saúde e Cidadania Perdida: O papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**. Brusque: v.1, n.11, p.1-19, jan/jul, 2013.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300313, p. 1-6, 2020.

VICTALINO, Ana Paula Vilela Duarte. **Consultório privado para população de baixa renda: o caso das "clínicas populares" na cidade do Recife.** Dissertação (Pós-Graduação de Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

VIEIRA, F; BENEVIDES, R.P. de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica**. Brasília: Ipea; IBGE, 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development.** Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154550X>. Acesso em 01 de set de 2023.