



SAÚDE NO CONTEXTO DA INTER-RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO: UM BEM PÚBLICO, UM BEM DE CONSUMO OU UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL COM VISTAS À UNIVERSALIDADE?

HEALTH IN THE CONTEXT OF THE PUBLIC-PRIVATE INTERRELATIONSHIP: A PUBLIC GOOD, A CONSUMER GOOD OR A FUNDAMENTAL HUMAN RIGHT WITH THE INTENTION OF UNIVERSALITY?

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Livre-docente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Shayene Machado Salles

Doutoranda em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória (PPGD-FDV). Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória (PPGD-FDV). Assessora jurídica do Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJES).

Resumo

A partir de uma análise de conjuntura da saúde no contexto da relação público-privado, a pesquisa se propõe a adentrar o processo, em contínuo movimento, do desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Buscamos promover uma análise por meio do que consideramos uma das condições determinantes para apreensão de sua transformação, a saber: a concepção que sustenta sua *práxis*. Nesse sentido, apresentamos três categorias juridicamente construídas – “saúde como bem público”, “saúde como bem de consumo” e “saúde como Direito Humano Fundamental” – visando a esclarecer a concepção de saúde suscitada por cada uma delas, a partir da construção teórica de suas premissas e características fundantes. Pretendemos apresentar os elementos constitutivos da categorização da concepção de saúde que alicerça o desenvolvimento de políticas tipicamente neoliberais, uma vez que o alinhamento da política de saúde à proeminência do privado sobre o público tem alertado quanto a um possível retrocesso no âmbito dos direitos

sociais, impondo-nos, especialmente, quanto ao setor saúde, questionar os rumos a que temos sido direcionados, em flagrante fragilização de fundamentos erigidos na Reforma Sanitária, tais como o princípio da Universalidade que sustenta o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Direito universal à saúde. Público-privado. Saúde como bem de consumo. Saúde como bem público. Saúde como Direito Humano Fundamental.

Abstract

Starting from a conjunctural analysis of health in the context of the public-private relationship, this research aims to study, in depth, Brazilian public policies of health, which are in constant movement. Our objective is to discuss what we consider one of the determining conditions to understand its transformation: the concept that supports its praxis. In this regard, we presented three juridically built categories — “health as a public good”, “health as a consumer good” and “health as a fundamental Human Right” — in order to clarify the notion of health that each of these categories carries, with their own theoretical premises and founding characteristics. We intend to identify the elements that constitute the notion of health that is the basis for the development of typical neoliberal public policies, given that the preponderance of the private over the public in the organization of public health policies has alerted to a possible recess when it comes to social rights. This imposes on us the task of questioning the direction in which we are being put, specially in regards to the health sector, marked by the flagrant weakening of the bedrocks of the Sanitary Reform, such as the principle of Universality, which lays the foundation for the Unified Health Care System (SUS).

Keywords: public-private, health as a consumer good, health as a public good, health as a Fundamental Human Right, Universal Right to health.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O debate acerca da orientação das políticas públicas de saúde no Brasil tem se seguido de uma constatação de interação mercadológica, segundo a qual mercado e saúde se entrelaçam, redefinindo os rumos das políticas e da saúde pública. Sob essa ótica, o sucateamento da saúde pública parece induzir já não haver um embate claro entre o público e o privado, fato que conduz a identificação de disparidades entre a concepção de saúde constitucionalmente adotada e aquela que, supostamente, tem alicerçado, a partir de uma lógica tipicamente empresarial, o desenvolvimento dos segmentos produtivos do setor.

Tal fato alude à importância de compreendermos os elementos constitutivos fundamentais para a categorização da concepção de saúde que alicerça o desenvolvimento de políticas tipicamente neoliberais e que fragilizam a concepção,

sustentada pelo movimento da Reforma Sanitária, que contribuiu sobremaneira para o contexto sociopolítico instituído com a Constituição Federal de 1988.

O que está em discussão, portanto, situando-se como objetivo central do estudo, consiste na apreensão da natureza jurídica da concepção que tem sustentado as práticas, políticas e ações no setor saúde. Ou seja, questionamos, a partir de categorias juridicamente construídas mediante o método tipológico weberiano qual seria a concepção de saúde suscitada por cada uma delas, tendo em vista a construção teórica de suas premissas e características fundantes. Tratamos, portanto, da necessidade de se compreender as consequências jurídicas de adoção e de implementação de uma concepção e de um modelo de saúde e, conseqüentemente, os desdobramentos da adoção destes para o desenvolvimento das políticas.

Nesse contexto de compreensão do que sustentam as políticas de saúde, estabelecemos uma categorização e um delineamento de três concepções, possibilitando que, em seguida, promova-se uma análise daquela que, a nosso ver, coaduna-se com as práticas, ações e políticas adotadas contemporaneamente.

Convém apresentar o percurso teórico deste artigo para uma apreensão estrutural da abordagem metodológica adotada pelo estudo.

A pesquisa foi estruturada em dois capítulos e no primeiro deles situamos o leitor quanto ao cenário, bem como quanto à importância do problema proposto, por meio da realização de uma análise de conjuntura da saúde no contexto da inter-relação público-privado.

No segundo capítulo, executamos o objetivo central do artigo, a saber: a apreensão da natureza jurídica da concepção que tem sustentado as práticas, políticas e ações do setor saúde. Para tanto, optamos por realizar uma divisão em subseções pautadas em categorias juridicamente construídas com base na literatura. São elas: a saúde como bem público; a saúde como bem de consumo e; a saúde como direito humano e universal.

A pesquisa foi realizada por meio de estudos descritivos acerca do desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil no âmbito da relação público-privado. A apreensão do cenário de estudo, viabilizada pela literatura da saúde, ensejou a elaboração das categorias analíticas, juridicamente construídas, mencionadas acima, para uma apresentação clara do problema de pesquisa proposto.

No que tange às hipóteses que sustentam o estudo, estas consistem: a) no reconhecimento de que as práticas, políticas e ações no âmbito da saúde estão à

serviço da concepção que as sustentam; b) na impossibilidade de se estimular o debate acerca do desenvolvimento das políticas públicas de saúde no contexto da relação público-privada de modo dissociado da concepção da saúde como bem de consumo; c) na constatação de que tal concepção opera como corolário do implemento de políticas neoliberais e, nesse sentido, é forjada na dinâmica do capitalismo, pautada na lógica lucrativa do maior retorno, sustentada e alimentada pelo mercado.

A execução da pesquisa se pautou numa abordagem metodológica dialética, suscitando reflexões, mais que oferecendo respostas, às questões de que tratam este artigo, isto é, ao processo, em contínuo movimento, do desenvolvimento das políticas públicas de saúde e, especialmente, ao enquadramento destas no cenário de interação público-privado. Buscamos promover uma análise qualitativa da política a partir do que consideramos uma das condições determinantes para apreensão de sua transformação, a saber: a concepção que sustenta sua *práxis*.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho, é importante destacar que nos valem do recurso dialógico, assegurado por perguntas, lançadas no início das subseções que integram o segundo capítulo, visando suscitar reflexões capazes de assegurar o movimento de contradição que constitui o fenômeno objeto da análise.

2. E A SAÚDE, COMO VAI? ANÁLISE DE CONJUNTURA DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO ÂMBITO DA SAÚDE

O cenário das políticas de saúde pode ser descrito como uma arena marcada por interações entre atores públicos e privados que integram, desde a fase de composição da agenda à fase de implementação da política, o processo de desenvolvimento das políticas públicas.

A pesquisa acerca do financiamento de campanha política por parte das empresas de assistência suplementar, coordenada por Ligia Bahia e Mario Scheffer (2014), pode ser apontada como um demonstrativo dos desdobramentos políticos

dessa inter-relação entre atores estatais e paraestatais. Os dados obtidos pelo estudo,¹ disponibilizado e atualizado periodicamente pelos referidos pesquisadores, revelam relações incestuosas entre privado e público capazes de justificar a orientação das políticas governamentais.

Atentando-nos aos ensinamentos do professor Jairnilson Silva Paim, a influência de atores privados no cenário político e econômico do país deve ser vislumbrada como a materialidade sobre a qual os atores de políticas de saúde devem se debruçar (PAIM, 2010, p. 287), visando à compreensão dos desdobramentos decorrentes e, mais que isso, objetivando vislumbrar perspectivas alternativas ante aos retrocessos desencadeados pela proeminência do privado sobre o público.

Portanto, consideramos que a relação de interpenetração entre os atores públicos e privados no processo da política pública de saúde constitui um elemento concreto da realidade complexa sobre a qual temos nos desafiado a nos aprofundar. Para além da constatação da influência exercida por esses atores no processo de desenvolvimento das políticas, importa-nos, no âmbito da macropolítica, apresentar dados, alicerçados em considerações analíticas, capazes de delinear os rumos preocupantes a que a política de saúde tem se dirigido.

No entanto, antes de nos atermos ao cenário, com vistas a realizar uma análise de conjuntura da relação público-privado no âmbito da saúde, convém estabelecermos como premissa fundamental o esclarecimento do que convencionamos ao nos referirmos ao vocábulo “saúde” e à expressão “políticas públicas de saúde”.

Diante da amplitude terminológica do vocábulo “saúde”, convém esclarecer, desde logo, a conotação pertinente a este estudo. Consideraremos as três dimensões que, segundo Paim, são suscitadas pelo termo “saúde”. Nas palavras do autor,

Quando mencionamos o termo ‘saúde’, três dimensões se apresentam: a) estado vital, ou seja, as condições de saúde das pessoas e das populações, incluindo danos (doenças e agravos), riscos e determinantes sociais; **b) setor produtivo**, abrangendo instituições, prestadores de serviços, empresas e trabalhadores; c) área do saber, cuja produção de conhecimentos, tecnologias e inovações e a sua reprodução se realizam especialmente por meio de universidades e institutos de pesquisa. (PAIM, 2010, p. 284. Grifo nosso.)

O enfoque de nossos esforços analíticos concentram-se, exclusivamente, na dimensão de saúde concebida como setor produtivo, isto é, como setor estratégico de

¹ A pesquisa foi realizada pela primeira vez no ano de 2002 e desde então vem sendo atualizada. Os dados apresentados neste estudo referem-se à atualização realizada no ano de 2015, com base nos dados obtidos nas eleições de 2014.

investimento e de desenvolvimento. Tratamos, pois, de uma perspectiva que demonstra o quão indissociável do setor saúde é o “[...] processo de penetração do capital e empresariamento”, daí porque Carlos Augusto Grabois Gadelha (2003, p. 523), ao delimitar o que nominou “Complexo Industrial da Saúde” assegura que o setor saúde, visceralmente atrelado à lógica empresarial capitalista, deve ser percebido como “[...] conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista”.

Nesse quadro, a lógica empresarial capitalista não deve ser vislumbrada tão somente como circunstância caracterizadora de um cenário de intensificação de crises, mas, além disso, deve ser compreendida como um componente fundamental que passou a integrar o sistema de saúde, materializando redes de interações com o mesmo que tem sido capazes de interferir significativamente em diversos segmentos produtivos (GADELHA, 2003, p. 522).

Importante observar que nos estudos de Gadelha (2003) acerca do Complexo Econômico Industrial da Saúde essa interação saúde-mercado é vislumbrada positivamente uma vez que, segundo o autor, o sistema de saúde está inserido nesse “sistema econômico produtivo interdependente” que opera na economia brasileira, correspondendo a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) do país (GADELHA, 2013). Nesse sentido, o sistema de saúde já não existe sem a indústria, embora haja autores, a exemplo de Hésio Cordeiro (1980), que discordem dessa assertiva por encararem a interação saúde-mercado de um modo não virtuoso. Nas palavras de Gadelha (2013) “O CEIS é um projeto nacional de soberania e para dotar o Brasil de condições tecnológicas para tornar o SUS protegido do mercado mundial”.

Feitos tais esclarecimentos conceituais, no que tange à acepção de “políticas públicas de saúde”, adotada por este estudo, ressaltamos a contribuição de Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2008, p. 16. Grifo nosso) ao apresentarem os desdobramentos de se compreender a política de saúde como uma política social, isto é, como uma política sujeita a múltiplos determinantes, por vezes, contraditórios.

Assim, a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na **promoção da seguridade social e do bem-estar**. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

Trata-se de uma perspectiva abrangente, na medida em que entende que o fim a que se destina a política de saúde não se restringe a melhoria das condições sanitárias da população. A política de saúde, como corolário da emergência do Estado de Bem Estar Social (LOBATO, 2012, p. 14-15), deve ser orientada e desenvolvida visando ao estabelecimento de direitos e de obrigações com o fim protetivo e de integração social, ampliando o bem estar da população (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 6-7). Decorre de tal afirmação a importância de se analisar uma política social a partir do *status* atribuído na concessão do benefício dela advindo, uma vez que, de acordo com os referidos autores, o modelo de proteção social adotado impactará na construção da sociedade e, mais que isso, no *status* atribuído de cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 9).

Portanto, para fins de harmonização conceitual, corroboramos o entendimento assumido segundo o qual,

A construção da **política de saúde como política social** envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a **relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas**, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, **entre consumidores e provedores de bens e serviços** etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais. Portanto, **a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado**. (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 17. Grifo nosso.)

A correlação entre o que convencionamos neste estudo como saúde (setor produtivo de investimento e desenvolvimento) e a compreensão assumida de políticas públicas de saúde (política social de saúde), conduz-nos a, pelo menos, duas problematizações complexas.

A primeira delas referente à aparente impossibilidade de se atrelar o desenvolvimento de uma política social de saúde às necessidades econômicas inerentes a consideração do setor como um setor de investimento, geração de renda e acúmulo de capital.

Sob essa ótica, importante mencionar a obra intitulada “A saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a Prospecção estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro”,

produto do “Projeto Saúde Brasil 2030”, desenvolvida pelo acordo de cooperação técnica firmado pela Fiocruz com a Secretaria de Assuntos Estratégico da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo convênio com o Ministério da Saúde.

A referida obra prenuncia desafios futuros e lança prognósticos para articulação de políticas econômicas e sociais, corroborando a crescente contribuição da saúde para a dinâmica econômica da sociedade e para o desenvolvimento do país, mediante sua necessária integração com outros setores (Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior, Política Industrial etc). (GADELHA; CARVALHO; PEREIRA, 2012, p. 10).

Ao tratar da Política Nacional de Desenvolvimento, o estudo aponta como um dos desafios inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde a superação da polaridade Estado-Mercado, uma vez que

[...] a base produtiva da saúde — essencial para o cumprimento dos preceitos constitucionais do SUS — se dá no âmbito do mercado, a discussão deve se voltar para a necessidade de que o desenvolvimento econômico seja guiado pelas necessidades sociais. Em outras palavras, o ponto central da discussão deve ser a busca de mecanismos para que o Estado e a sociedade pautem a dinâmica de mercado, e não por ele sejam pautados (GADELHA; CARVALHO; PEREIRA, 2012, p. 41).

Ressaltamos, sob tal perspectiva, o protagonismo das instâncias sociais e do Estado frente ao dinamismo mercadológico, sob pena de se submeterem direitos fundamentais sociais básicos, como a saúde, à (i)lógica das trocas concorrenciais e comerciais. A efetividade do direito social não deve ser subordinada ao mercado e, conseqüentemente, a saúde não deve ser concebida com objeto de mercancia.

No que tange à segunda problematização, esta consiste na compatibilidade de nosso modelo híbrido de proteção social com as conseqüências do novo padrão de associação entre o público e o privado que emergiu internacionalmente na década de 70 (RIZOTTO, 2009), tendo consolidado suas diretrizes, em 1989, no Consenso de Washington, com o apogeu do movimento neoliberal, sob incentivo do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial e da Organização Mundial do Comércio (OMC) (SANTOS; CHAUÍ, 2014, p.87), e que desde as décadas de 1980 e 1990 vem sendo implantado e expandido no Brasil por meio de reformas em diversos setores produtivos, dentre os quais destacamos a saúde.

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e comissões de saúde nas três esferas de governo (RIZOTTO, 2009).

Quanto à natureza híbrida do modelo de proteção brasileiro, convém destacar que:

No Brasil [...] temos a previdência social que segue o modelo de seguro; a assistência social seguiu historicamente o modelo liberal, mas vem buscando se pautar pelo modelo universal (apesar da existência de programas ainda altamente seletivos) e a saúde segue o modelo universal (apesar da possibilidade de compra de serviços privados via planos de saúde que atuam no sistema de forma complementar) (LOBATO, 2012, p. 20).

Ressaltamos que considerando a constituição jurídica e política do Estado brasileiro advinda da social Democracia instituída em 1988, podemos afirmar que a inclusão da saúde como parte da Previdência Social (art. 194, CF/88) deve ser compreendida tanto pela representação simbólica de tal medida, quanto pelas consequências ideológicas e práticas dela resultantes. Para Fleury e Ouverney (2008, p. 15. Grifo nosso.),

A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, **a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas**, uma perspectiva 'publicista' de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.

No entanto, no atual contexto de globalização da economia (neoliberalismo globalizado) e de conseqüente desterritorialização do poder, deslocado dos Estados nacionais para o *locus* detentor do capital, a atribuição do Estado como precípua garantidor de direitos sociais e implementador de políticas tem sido substancialmente mitigada, condicionando o país à execução de um modelo de desenvolvimento “[...] mais antissocial, mais vinculado do que nunca ao crescimento, mais dominado pela especulação financeira [...]”, (SANTOS; CHAUI, 2014, p.87-88) pautado no

crescimento econômico, não inclusivo, no qual a econômica cresce sem absorção de grande parte da população. Conforme nos adverte Milton Santos (p. 33. Grifo nosso),

As privatizações são a mostra de que o capital se tornou devorante, guloso ao extremo, exigindo sempre mais, querendo tudo. Além disso, a instalação desses **capitais globalizados** supõe que o território se adapte às suas necessidades de fluidez, investindo pesadamente para alterar a geografia das regiões escolhidas. De tal forma, **o Estado acaba por ter menos recursos para tudo o que é social**, sobretudo no caso das privatizações caricatas, como no modelo brasileiro, que financia as empresas estrangeiras candidatas à compra do capital social nacional. **Não é que o Estado se ausente ou se torne menor. Ele apenas se omite quanto ao interesse das populações e se torna mais forte, mais ágil, mais presente, ao serviço da economia dominante.**

Diante desse quadro, as políticas sociais de saúde e os sistemas de proteção social tem sido diretamente afetados, remontando a questionamentos acerca dos desafios de se arcar com os custos de sua manutenção, sobretudo porque “Os custos sociais do desenvolvimento tornaram-se mais e mais evidentes” (SANTOS; CHAÚÍ, 2014, p.88).

Há que se reconhecer os desafios a serem enfrentados, no âmbito da saúde e, especialmente, no contexto da inter-relação público-privado, tendo em vista o expansionismo de tendências privatistas no setor. No que tange às perspectivas futuras para a saúde, Jairnilson Silva Paim, partindo de uma relevante tomada de posição do governo brasileiro, anuncia o porvir:

A abertura do setor Saúde ao capital estrangeiro é um indicador direto do fortalecimento de um projeto mercantilista para a Saúde. As fusões de inúmeras operadoras brasileiras de planos de saúde com empresas estrangeiras comprovam isso. Este processo está no lastro da política de saúde e, inevitavelmente, influenciará importantes decisões e criará um conjunto de articulações políticas para dar sustentação ao projeto mercantilista. Portanto, considerando o horizonte dos próximos 20 anos, **precisamos estar atentos à ameaça de americanizar o nosso sistema de saúde** – o que significaria transformar o setor em um conglomerado de empresas prestadoras de serviços (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2016).

No cenário que se apresenta, pesquisas apontam, inclusive, que a estrutura híbrida de gestão da saúde, prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido flagrantemente violada, na medida em que a exceção da complementaridade do setor privado já tem sido assumida como regra pela política de gestão de estados (PERIM, 2014).

O setor privado atua nos planos e seguros de saúde, nos hospitais, nas clínicas, nos laboratórios e nos consultórios particulares, etc, comprometendo a proposta da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A descrição do quadro de privatizações pode ser enunciada a partir da apresentação da seguinte conjuntura:

A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a **tendência de privatização do setor da saúde**. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS. Outro debate sobre a relação público X privado está relacionado à gestão de unidades de saúde. Isto porque, além da administração pública direta de unidades clínicas e hospitalares do sistema público, há estratégias de gestão em andamento, por meio das autarquias, organizações sociais de saúde (OS) e das fundações. No caso das OS, algumas críticas apontam para a ocorrência de desvios de recursos públicos, problemas relacionados ao acesso, relação precária com o trabalhador, entre outras questões. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Especificamente, no âmbito da prestação de serviços de saúde, o quadro demonstrativo desse imbricamento público-privado pode ser ilustrado, pelo menos, de cinco formas (GADELHA; CARVALHO; PEREIRA, 2012, p. 195-196): 1) ocorre quando a compra e a venda de serviços de saúde se dão entre o poder público e os prestadores privados de serviços; 2) ocorre quando a maior parte dos prestadores privados de serviços de saúde que vendem serviços às seguradoras também vendem serviços ao SUS; 3) ocorre quando empresas e indivíduos fazem pagamento privado direto a prestadores privados pelos serviços de saúde; 4) ocorre quando, a despeito da impossibilidade de financiamento privado dos recursos do SUS (art. 199, § 2º, CF/88), compram-se, por meio de seguros privados ou pelo pagamento privado direto, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade dos estabelecimentos públicos por intermédio das fundações, uma vez que estas não possuem impedimento para vender ao setor privado e, conseqüentemente, são criadas ou contratadas para gerenciar serviços dos hospitais públicos; 5) ocorre quando consideramos que a fonte de financiamento do SUS é eminentemente pública e composta com recursos advindos de arrecadação tributária, ao passo que a fonte de financiamento do setor privado pode se dar pelo desembolso direto e por meio de pré-pagamento (por intermédio de seguros privados), e também pelos recursos públicos nas seguintes situações: 5.1) pelas de desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços; 5.2)

pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados de serviços e seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares; 5.3) pelo uso de serviços do SUS por segurados de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

Notamos, portanto, que os setores público e privado constituem a estrutura do sistema de saúde brasileiro atuando de modo coexistente no campo do provimento, do financiamento, da demanda e da utilização dos serviços de saúde (GADELHA; CARVALHO; PEREIRA, 2012, p. 195-196).

Esse é apenas o cenário ilustrativo do contexto de crises que assola o setor saúde e que tem em comum o fato de se circunscreverem ao quadro de tensionamento entre as dimensões pública e privada.

Não há como perder de vista o fato de que, dentre os prognósticos apresentados pela obra “A saúde no Brasil em 2030: ...”, há a descrição de um cenário pessimista e plausível no âmbito do desenvolvimento econômico e social, ao qual nos devemos ater, sobretudo em função da prospecção do privilégio de políticas macroeconômicas de corte neoliberal e do conseqüente recrudescimento da atuação do Estado no âmbito social, mitigando políticas universais e de combate a pobreza.

Ainda nesse contexto, acerca da capacidade de gestão do Estado na condução das políticas de saúde visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a mesma obra supõe que esta poderá sofrer com as restrições político-econômicas e com a diversidade de interesses em jogo e de projetos no âmbito de atuação institucional. Sob essa perspectiva,

Ver-se-á o **aumento das restrições às políticas públicas de saúde** e ao crescimento dos serviços e ações públicos de saúde, com **expansão do setor privado no financiamento e prestação de serviços** e manutenção ou **acirramento das desigualdades em saúde** (ainda que com possibilidade de melhoria na média de alguns indicadores). O **SUS funcionará sob restrições políticas e financeiras**, voltado para a população pobre do país e com limitações de qualidade. **O setor privado verá aumentada a sua participação relativa no gasto total em saúde**, acompanhada de subsegmentação dos mercados de planos e prestadores de serviços. A taxa de cobertura da população com seguro privado aumentará devido a um **grande aumento da proporção do seguro privado de servidores públicos** (funcionários públicos, das Forças Armadas etc.). (GADELHA; CARVALHO; PEREIRA, 2012, p. 292).

A nosso ver, é justamente nesse movimento de manifesta contradição entre o que compõe o público e o que deve operar no domínio privado que os impactos de uma crise anunciada se tornam aparentes, de modo a nos sensibilizar de que o desafio

a ser transposto consiste na busca por alternativas concretas capazes de consolidar uma rede de interações simbiótica, e não parasitária, a partir de uma forte regulação do setor privado, sob pena de caminhar na contramão da cultura inspirada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. CARACTERIZAÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Remontando ao objetivo central do estudo, pretendemos desenvolver, neste segundo capítulo, o que denominamos “caracterização das concepções de saúde”, a qual consiste na apresentação de categorias juridicamente construídas a partir do método tipológico weberiano – “saúde como bem público”, “saúde como bem de consumo” e “saúde como Direito Humano Fundamental” – tendo em vista a apreensão da natureza jurídica das concepções que tem sustentado as práticas, as políticas e as ações no setor saúde.

Quanto ao desenvolvimento das subseções, destacamos a utilização do recurso dialógico, assegurado por perguntas que introduzem a apresentação dos modelos. As concepções de saúde apresentadas devem ser compreendidas como “tipos ideais” que nos permitirão compreender as repercussões jurídicas de adoção e de implementação de uma concepção e de um modelo de saúde e, conseqüentemente, os desdobramentos da adoção destes para o desenvolvimento das políticas.

Salientamos que os tipos ideais são, portanto, o instrumento analítico, pautado na elaboração conceitual, para a apreensão do fenômeno, neste caso a “concepção de saúde”, tendo como característica sua não correspondência à realidade, tratando-se de conceitos criados de modo generalizador, externalizando os aspectos essenciais do fenômeno (WEBER, 1980, p. X; XIV).

3.1 Saúde como bem público

A saúde é um bem público ou um bem privado? A partir desse questionamento preliminar e, aparentemente simplista, procuraremos caracterizar a concepção de saúde como um bem público e os desdobramentos jurídicos e políticos que tal percepção enseja para, em seguida, demonstrar que, para além da obviedade, a questão suscitada demanda uma análise acurada, sobretudo se consideramos as

transformações resultantes da hegemonia do sistema capitalista e, especialmente, a progressiva inter-relação público-privado.

A construção do modelo de saúde como um bem público pode ser realizada a partir de, pelo menos, duas grandes áreas do conhecimento, quais sejam: o Direito e a Economia.

Sob a ótica do Direito, a caracterização do bem público pode ser apresentada a partir de uma construção argumentativa pautada na identificação dos bens e valores imateriais que orientam o constituinte e que, portanto, alicerçam o Estado Democrático de Direito. Para tanto, valemo-nos de conceitos de autores que contribuem para a sustentação da tese de que a saúde e, especialmente, a saúde pública, é um bem público fundamental que, por sua natureza, deve ser assumida institucionalmente como valor a ser constantemente perseguido, sob pena de se contrariar consensos já estabelecidos no pacto social e constitucional. Já no âmbito da Economia, a descrição pode ser realizada a partir da “[...] aplicação de instrumentos econômicos a questões tanto estratégicas como operacionais do setor saúde” (DEL NERO, 1995, p. 6), ao que se denomina “Economia da Saúde”.

Quanto ao Direito, consideramos que a saúde é um Direito Humano Fundamental,² por ser um Direito Humano positivado em diplomas internacionais (preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946 c/c art. XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 c/c arts. 7º, 11 e 31 da Carta Social Europeia de 1961 c/c arts. 10 e 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 c/c Carta de Ottawa de 1986) e, mais que isso, por tal positivação ser reiterada no âmbito da Constituição do Estado brasileiro (art. 5º caput c/c art. 6º, ambos da CF/88). No entanto, antes de ser um direito, fazemos coro à corrente que compreende a saúde como um bem imaterial indispensável à vida humana, mais que isso, como um bem jurídico fundamental com vistas à proteção de um “bem comum constitucional”, sobretudo por também considerarmos que “[...] o texto constitucional em *repúblicas inacabadas*, deve ser compreendido como um guia para as deliberações públicas formativas da concepção

² Esclarecemos que por razões de recorte metodológico neste artigo optamos por adotar a definição de Direitos Humanos sob a perspectiva da positivação. No entanto, nesta oportunidade registramos nosso reconhecimento de que em tal concepção não se exauri o sentido de Direitos Humanos, os quais, à luz da Teoria Crítica, também podem ser compreendidos como produtos culturais decorrentes de processos de lutas histórico-sociais, transcendendo a dimensão normativa (FLORES, 2009).

pública de *bem comum*” (MEZZARROBA; STRAPAZZON, 2012, p. 341. Grifo dos autores).

A social democracia, constituída em 1988, norteando-se pelo compromisso com o bem-estar social (art. 193, CF/88), mediante a promoção de políticas públicas sociais e econômicas, consagrou o direito à saúde no rol dos direitos sociais (art. 6º, CF/88) e, além disso, prestigiou tal direito em seção específica, assumindo expressamente a saúde como um “[...] dever do Estado, garantido mediante políticas sociais [...]” (art. 196, CR/88).

Ao assumir a saúde como um dever eminentemente estatal, facultando à iniciativa privada o exercício complementar de sua assistência (art. 199, § 1º, CF/88), o constituinte elegeu a “saúde pública” como um “bem jurídico”. De acordo com Luiz Regis Prado (2011, p. 1485),

Enquanto bem jurídico constitucionalmente consagrado, a saúde pública alcança uma dimensão social que transcende a mera soma de saúdes individuais, constituindo-se em um conjunto de condições positivas e negativas, voltadas a possibilitar o bem-estar das pessoas em geral, integrantes de uma coletividade; trata-se de ‘proteger uma situação de bem-estar físico e psíquico da coletividade, como um direito constitucional básico.

Corroborando esse entendimento sem, no entanto, consideramos que nele se esgote a noção de “bem público”, ressaltamos a importância de se apreender o conteúdo jurídico do “bem comum constitucional” visando à salvaguarda dos bens fundamentais de uma sociedade. Nessa perspectiva, “O intérprete da constituição interessado em proteger o *bem comum constitucional* deve identificar nela os *bens públicos* que as instituições devem alocar e as virtudes que elas devem amparar.” (MEZZARROBA; STRAPAZZON, 2012, p. 345. Grifo dos autores).

Considerando tal pressuposto, pertinente trazer à discussão os posicionamentos assumidos em dois recentes julgados do Supremo Tribunal Federal (STF), relativos a questões sensíveis à saúde, nos quais consideramos que a Suprema Corte Constitucional não adotou a concepção de saúde como um bem público, a qual, conforme salientado anteriormente, acreditamos ter sido adotada pelo Poder Constituinte originário.

Pretendemos com isso suscitar reflexões quanto à importância de se afirmar jurisprudencialmente valores basilares, constitucionalmente consagrados pela ordem social (193, CR/88), considerados bens jurídicos que, por sua natureza, devem,

necessariamente, integrar a *ratio decidendi*, sobretudo por possuírem o *status* de "bem comum constitucional" (MEZZARROBA, STRAPAZZON, 2012, p. XXX), sob pena de contrariar consensos já estabelecidos no pacto social.

No julgamento da ação direta de inconstitucionalidade nº 1.923, na qual o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) questionaram a constitucionalidade da lei nº 9.637/1998 (lei federal das Organizações Sociais, que disciplina o processo de qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS's), bem como sobre a absorção de atividades por parte destas), e do inciso XXIV do art. 24 da Lei 8.666/1993 (lei de licitações), o Supremo Tribunal Federal (STF), por votação majoritária, julgou a ação parcialmente improcedente, considerando legítima a dispensa de licitação em contratos de gestão firmados entre o Poder Público e as OS's para a prestação de serviços públicos, dentre os quais se situa a saúde (BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015). Interessante frisar que o voto condutor desse julgamento, proferido pelo ministro Luiz Fux, considerou que, tratando-se da prestação de serviços públicos, não privativos, isto é, daqueles que a Constituição autorizou delegar a iniciativa privada, tanto o Poder Público, quanto a Iniciativa Privada são titulares do direito ao exercício de tais atividades (BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

Ressaltando a experiência considerada exitosa de implantação do modelo de gestão por meio de OS's na área de Ciência e de Tecnologia Federal (VERONESE, 2011), para o professor Alexandre Veronese (2015),

O resultado da constitucionalidade do modelo das OS sempre me pareceu evidente. Afinal, decidir se os serviços sociais serão prestados sob a forma de fundações privadas – com empregados públicos – ou por meio de autarquias e fundações públicas – com servidores estatutários – é uma opção de políticas públicas, aberta ao debate legislativo. A coexistência, aliás, de várias formas de prestação também é aberta às opções. A questão não é de cunho constitucional, neste sentido. A questão está relacionada às decisões políticas. Esse é o local de debate.

De modo dissonante, consideramos que a questão da constitucionalidade da lei 9.637/1988 (lei federal das OS's) e do inciso XXIV do art. 24 da lei 8.666/1993 (Lei de licitações) é, sim, de cunho constitucional, tanto pelos fundamentos jurídicos envolvidos, quanto pelos desdobramentos políticos e morais. No que tange a estes últimos, devemos nos ater ao fato de que todo processo deliberativo que constitui o ciclo de uma política, da composição da agenda *a priori* à sua avaliação *a posteriori*, é

carregado de intencionalidade e norteado por uma ética que, implícita ou explicitamente, o sustenta. Nesse sentido, a tomada de decisão acerca da política a ser adotada deve ser pautada no primado do interesse público e no alcance do bem comum e, conseqüentemente, é condicionada, direta ou indiretamente, por consensos éticos fundados em bens e valores pactuados constitucionalmente. Não se trata, portanto, de uma opção de políticas públicas a ser decidida com base na formação de convicções *a posteriori*, mas na medida em que são fundadas em consensos previamente pactuados operam com um parâmetro de condução do agir, reforçando a pertinência da distinção entre uma Política de Governo, que a depender da convicção política do governante poderá ser substituída ao fim do mandato, e uma Política de Estado, fundada em premissas e pactos que obstam sua supressão e sua manipulação na conformidade dos interesses governamentais.

A saúde como bem público é, portanto, fundamento da política de Estado, do qual as políticas governamentais não devem se afastar, fato corroborado pela autorização excepcional e subsidiária da prestação de serviços públicos não-privativos por parte do terceiro setor.

Nessa seara, importa-nos mencionar também a abertura da oferta de serviços de saúde ao capital estrangeiro, legalmente assegurada pela lei 13.097 de 2015 (art. 142), a qual, diante da expressa vedação constitucional (art. 199, § 3º, CF/1988) teve sua constitucionalidade questionada no STF, por meio de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), propostas pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) (ADI nº 5435) e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) (ADI nº 5239), as quais se encontram em tramitação (BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

A nosso ver, o julgamento mencionado (ADI nº 1.923) e as ações em trâmite no STF acerca da (in)constitucionalidade da abertura ao capital estrangeiro para a oferta de serviços de saúde (ADI nº 5435 e ADI nº 5239) são questões que suscitam reflexões diretamente relacionadas à concepção de saúde como bem público, uma vez que a adoção desta tem como pressuposto a realização do “bem comum constitucional” e, portanto, deveria constituir os fundamentos da decisão a ser tomada pelo STF, conduzindo ao questionamento, inspirado por Alexy (p. 168; p. 187), quanto à aplicação da teoria da proporcionalidade numa colisão entre um bem público (a saúde pública), que é também norma-princípio, e as normas-regra e as normas-princípio que legitimariam seu afastamento. Afinal, a saúde pública, como bem público,

por sua natureza, não assumiria um *status, prima facie*, prevalecente sobre as demais normas?

No que tange à concepção de saúde como bem público, advinda do que se denomina Economia da Saúde, esta se encontra atrelada à noção contrária de “bem individual” ou “bem privado”. Trata-se, pois, de bem destituído de exclusividade e que, portanto, pode ser consumido por toda coletividade. Essa perspectiva, relacionada à doutrina civilista, é descrita pelo Glossário Temático de Economia da Saúde (BRASIL, 2013, p. 21) segundo o qual, por bem público, entende-se o

Bem cujo consumo se caracteriza pela não exclusividade, isto é, pela impossibilidade de excluir do consumo uma pessoa em particular, e pela não rivalidade, isto é, o consumo de um bem ou serviço por determinado indivíduo não reduz a quantidade disponível desse bem para os demais membros da sociedade. Ver Bem; Bem de mérito; Falhas de mercado.

Podemos concluir que a concepção de saúde como um bem público repercute no âmbito dessa inter-relação público-privado na medida em que reconhecemos que a gestão pública, desde a década de 1990 (NORONHA; SOARES, 2001), tem experimentado o crescimento vertiginoso de movimentos fundamentalmente atrelados à onda de reformas do Estado e que tem interferido diretamente na natureza eminentemente pública de serviços e de atividades, levando-nos a questionar: O que é o público? O que é o privado? A experiência revela que as respostas a serem oferecidas a essas questões, convenientemente, dependem dos interesses envolvidos no jogo político.

Nesse sentido, as frequentes deslegitimações discursivas dirigidas ao Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser apontadas, à título de exemplo, como instrumentos de controle e de dissimulação à serviço dos interesses em jogo. Hospitais públicos geridos por entidades sem fins lucrativos, a depender da perspectiva que se pretende evidenciar, podem servir tanto de respaldo para que a iniciativa privada promova o exercício de sua gestão, sob o discurso da eficiência e da celeridade, quando podem ser fundamento para que a natureza pública do serviço seja desqualificada a partir de um discurso depreciativo de ineficiência, de insuficiência de recursos. Afinal, não seria justamente este último argumento que circunda o imaginário social coletivo quando as longas filas de espera por atendimento nas unidades de saúde são noticiadas pelas grandes mídias, ou quando há falta de profissionais de saúde suficientes para o atendimento dos usuários?

O questionamento que pretendemos levantar não tem como pretensão ignorar as fragilidades existentes em nosso sistema, mas enfatizar o reconhecimento de que as potencialidades do mesmo são corolários de sua natureza pública que assegura a universalidade no acesso, a equidade, a integralidade, etc, e não da gestão privada.

3.2 Saúde como bem de consumo: entre um direito do consumidor e um direito de cidadania universal

A afirmação da saúde como um direito do consumidor importaria em obstes para o seu reconhecimento como um direito de cidadania universal? Com esse questionamento pretendemos apresentar os traços distintivos entre a afirmação da saúde como um direito do consumidor, isto é, como um bem de consumo, e o seu reconhecimento como um direito de cidadania universal, tendo em vista os desdobramentos decorrentes da assunção da primeira ou da segunda concepção.

Importa-nos esclarecer que a proposta desta subseção consiste, essencialmente, na externalização das bases de compreensão da concepção da saúde como bem de consumo, sobretudo por considerarmos a impossibilidade de se estimular o debate acerca do desenvolvimento das políticas públicas de saúde no contexto da inter-relação público-privada de modo dissociado dessa perspectiva. Nesse sentido, imprescindível reconhecer que a saúde, circunscrita ao contexto da sociedade de consumo, tem como pressuposto a sua assunção como objeto de consumo, isto é, como mercadoria disponível àqueles que possuem condições de adquiri-la, entendimento corroborado por Volnei Garrafa (2003, p. 52) ao afirmar que:

No mundo globalizado do século XXI, com raras exceções, a saúde passou a ser mais um objeto de consumo no supermercado capitalista de ofertas: quem tem recursos compra boa mercadoria (diálises renais, transplantes, medicamentos de última geração), quem não tem sucumbe. Em um processo crescentemente perverso de compra e venda, a saúde deixou de ser um instrumento de cidadania e libertação de pessoas e povos.

A hipótese sustentada por este estudo consiste na consideração de que o debate acerca da saúde como “bem de consumo” e como “bem de comércio”, opera como corolário do implemento de políticas neoliberais e, nesse sentido, coaduna-se com o modelo de administração gerencial do denominado “público não estatal” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 447), sobretudo no que diz respeito à gestão privada

de recursos públicos, que vem sendo flagrantemente incentivada institucionalmente, ora pelo não estabelecimento de obstes legais por parte do Legislativo que, por sua vez, apenas corrobora a onda expansionista de privatizações mediante aprovação de projetos de leis tais como o Projeto de Lei nº 4330/2004 (que dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes), ora pela adesão institucional de entidades do Executivo, representado pelo atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, com o incentivo à adoção de medidas como a criação de um “Plano de Saúde Popular” (CANCIAN, 2016) e do Judiciário, a exemplo da Declaração de Constitucionalidade das Organizações Sociais de Saúde no julgamento da ADI nº 1.923 no Supremo Tribunal Federal.

Advertindo-nos quanto a essa adesão institucional ao modelo de proeminência do privado sobre o público, a pesquisadora Ligia Bahia (2010, p. 127), em 2010, já relatava que:

As tentativas de trazer o tema das relações entre público e privado ao proscênio do debate sobre as políticas de saúde esbarram, contudo, **na cristalizada e nem sempre explícita convicção de governantes, parlamentares, magistrados, sindicalistas e técnicos a respeito da inviabilidade da universalização do direito à saúde**. Todos apoiam o SUS, mas o velado ou explícito ceticismo e/ou a resignação em relação à mudança dos destinos do SUS, manifesto com clareza pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, com tom compreensivo e revestido de pragmatismo pelo então ministro da saúde José Serra ou de maneira obliqua pelo presidente Lula, também tem sido acionado por segmentos autodeclarados como esquerda. Até mesmo segmentos empresariais antes entrincheirados contra o SUS passaram a apoiar o SUS.

Há que se questionar, portanto, o comprometimento institucional com a adoção de práticas, de políticas e de ações que, de fato, visem ao fortalecimento dos núcleos duros, intangíveis, que se constituem como alicerces do modelo de saúde condizente com a social democracia brasileira. A adesão institucional a medidas de cunho neoliberal, dissociadas do fundamento da solidariedade social, impedem que a cidadania se materialize no âmbito da saúde, afastando a saúde de uma perspectiva com vistas à universalização e aproximando de uma tendência a assegurá-la como um direito do consumidor.

Assegurar a saúde como um direito do consumidor implica em atribuir a esse direito um caráter excludente e restritivo que impõe a adesão a uma lógica de proporcionalidade direta segundo a qual “[...] quanto maior a contribuição, maior o benefício”, tal como no modelo de seguro-social, destinado a grupos ocupacionais

unidos por uma relação contratual (FLEURY; OUVENEY, 2008, p. 23-64). Isso porque aquele que consome é aquele que pode pagar. E, de modo subsequente, aquele que pode pagar é, predominantemente, aquele que possui um vínculo formal de emprego que lhe proporcione uma contraprestação pecuniária suficiente para a compra no mercado da saúde. Segundo essa ótica, o acesso à saúde corresponderia a “[...] um benefício adquirido mediante pagamento prévio” e não a um direito de cidadania assegurado universalmente (FLEURY; OUVENEY, 2008, p 1; p. 12-13) (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 279-322), tornando explícito o caráter excludente e discriminatório do modelo descrito, uma vez que os benefícios oferecidos dependem, em grande medida, da capacidade contributiva das categorias profissionais ou, até mesmo, dos usuários considerados em sua individualidade, os quais são vislumbrados como consumidores integrantes de uma relação de consumo cujo vínculo jurídico rege-se pelo microsistema do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

A saúde como mercadoria é um direito de consumidor, tem quem pode pagar, o interesse é individual. Já a saúde reconhecida como premissa existencial humana é direito de todos, o interesse é coletivo e somente nesta percepção as pessoas se mobilizarão contra a desestruturação do SUS (OLIVEIRA; VILAS BOAS, 2015).

Desse modo, a inserção da categoria “saúde” no contexto do que se denomina “sociedade de consumidores” e a sua conseqüente consideração como “mercadoria” conduz a obediência a três regras, enunciadas por Bauman (2008, p. 18-19), como válidas para todos os mercados:

Primeira: o destino final de toda mercadoria colocada a venda é ser consumida por compradores. Segunda: os compradores desejarão obter mercadorias para consumo se, e apenas se, consumi-las for algo que prometa satisfazer seus desejos. Terceira: o preço que o potencial consumidor em busca de satisfação está preparado para pagar pelas mercadorias em oferta dependerá da credibilidade dessa promessa e da intensidade desses desejos.

A observância de tais regramentos viabilizam a apreensão de que o fomento a uma cultura do consumo, norteadada pela lógica do lucro como fim em si mesmo, tem como desfecho necessário a busca incessante por um algo mais (BAUMAN, 2008, p. 126-127) que busca ser suprido de modo instantâneo e que com a mesma instantaneidade cede lugar a um vazio que impulsiona novamente esse ciclo. Trata-se, aqui, das necessidades criadas para impulsionar o mercado e que, no âmbito da saúde, operam, no imaginário social coletivo, por exemplo, por meio da consolidação

de crenças compartilhadas com veemência como a imprescindibilidade de aderir a assistência suplementar (mercado dos planos de saúde) em razão da suposta falência do Sistema Único de Saúde (SUS), ou, ainda, por meio do exercício do poder médico sobre pacientes mediante o incentivo indiscriminado de gestantes à realização de cesarianas (mercado da maternidade). Outros exemplos que merecem menção aludem às relações incestuosas entre profissionais de saúde e empresas comercializadoras de próteses e órteses com vistas à obtenção de lucro com a venda de seus equipamentos, fato também recorrente em relação às indústrias de medicamentos.

Cotidianamente, a incitação do consumo ocorre com a denominada “reificação da saúde”, isto é,

[...] a palavra/coisa ‘saúde’ passa a ser associada a coisas mais materiais, ou seja, objetos investidos de saúde como: alimentos saudáveis, suplementos alimentares, vitaminas, medicamentos, cintos de segurança, *airbags*, ambulâncias, exames, equipamentos de ultrassom, ressonância magnética, mamógrafo, etc. (OLIVEIRA, 2015, p. 51)

Assim, nas palavras do autor, “A saúde é expropriada da sua condição de premissa existencial do ser humano para ser ‘apenas’ recuperada e recuperável num mercado de bens de consumo, onde se transforma em uma necessidade jamais satisfeita” (OLIVEIRA, 2015, p. 52).

Todos querem ser saudáveis, mas apenas aqueles que detém das condições para tanto poderão sê-lo, já que a saúde, nesse contexto, é mercadoria destinada a consumidores.

Convém, ressaltar, que, para além do âmbito institucional interno, isto é, da execução de práticas, de políticas e de ações de cunho manifestamente neoliberal no contexto nacional, a concepção de saúde como “bem de consumo”, forjada na dinâmica do capitalismo e, nessa medida, pautada na lógica lucrativa do maior retorno, consiste, inclusive, na mercadorização da saúde sob os auspícios de entidades internacionais que sustentam, sob a escusa de empréstimos que visam ao incentivo do desenvolvimento de políticas sociais a determinadas nações, a imposição de medidas que comprometem significativamente o avanço e o implemento de tais políticas.

Nesse sentido, compreendemos que a concepção de saúde como bem de consumo, sustentada e alimentada pelo mercado, não deve ser traduzida tão somente como uma decorrência de uma judicialização inconstitucional e conveniente ao mercado. Para além disso, há que se confrontar a influência exercida por entidades

internacionais na política interna de países politicamente dependentes, isto é, de países caracterizados pela potencialidade mercantil e pelo inexpressivo desenvolvimento no campo das políticas de bem estar social, nos quais a frágil consolidação de direitos civis e políticos contribui para adesão de medidas de flexibilização das fronteiras nacionais e das políticas, sujeitando estas às ingerências de Organizações que, por exercerem significativo domínio sob o capital estrangeiro, detém o controle das influências nos investimentos transnacionais.

Exemplificativamente, as privatizações e os cortes nos gastos com políticas sociais constituem-se como medidas que sempre estiveram na lista das exigências e metas a serem cumpridas pelo Brasil nas ocasiões em que recorreu, por exemplo, aos Estados Unidos, ao Banco Mundial e ao FMI buscando financiamento. Questiona-se, portanto, o papel das organizações internacionais, especialmente do Banco Mundial e do FMI, no fomento a cultura da saúde como bem de consumo, na medida em que tais entidades no exercício de suas atividades de fomento ao mercado financeiro submetem países como o Brasil a uma relação de subserviência econômica mediante a realização de empréstimos condicionados à adoção de políticas que comprometem a efetividades dos direitos fundamentais sociais no âmbito nacional, a exemplo das políticas de privatização da saúde.

A menção a esse cenário de estímulo institucional nos âmbitos nacional e internacional é imprescindível para que se esclareça que a afirmação da concepção de saúde como um bem de consumo guarda uma relação direta com a condução e com o implemento de políticas de cunho neoliberal, sobretudo, porque tem como pressuposto a sustentação da saúde como uma mercadoria, isto é, como um bem, de cunho predominantemente individual, disponível no mercado, destinado àquele que tem condição de arcar com seus custos. Nessa perspectiva, não seria absurdo afirmar que "O principal interesse das políticas públicas de saúde no Brasil é o lucro, ou seja, a saúde como mercadoria ou negócio" (OLIVEIRA; VILAS BOAS, 2015), distanciando-se de uma concepção capaz de abarcar sua dimensão de Direito Humano e, conseqüentemente, da universalidade como um alicerce institucional imprescindível.

3.3 Saúde como Direito Humano e Fundamental: um caminho rumo a universalidade?

A questão que se coloca é a seguinte: se, contemporaneamente, a sociedade de consumo constitui-se como um dado da realidade, isto é, como a materialidade sobre a qual devemos nos desafiar a operar, e a saúde, inserida nesse contexto, assume *status* de bem, ao contrário de público, do mercado, destinado àqueles que possuem recursos para adquiri-la, como compatibilizar tal concepção com a assunção da saúde como um Direito Humano que opera sob o fundamento da universalidade?

Há, portanto, uma contradição de base fundamental que consiste na impossibilidade de assegurar a universalidade sob a égide de um modelo político e econômico que preconiza, para sua subsistência, a existência de um conglomerado de pessoas insuscetíveis de serem absorvidas pela lógica do mercado, por exemplo, por não dispõem de recursos para consumir saúde, aos quais poderíamos nominar, em alusão à Bauman, de “consumidores-falhos”. (BAUMAN, 1997, p. 24):

Uma vez que o critério da pureza é a aptidão de participar do jogo consumista, os deixados fora como um ‘problema’, como a ‘sujeira’ que precisa ser removida, são os *consumidores falhos* – pessoas incapazes de responder aos atrativos do mercado consumidor porque lhes faltam os recursos requeridos, pessoas incapazes de ser ‘indivíduos livres’ conforme o senso de ‘liberdade’ definido em função do poder de escolha do consumidor. São eles os novos ‘impuros’, que não se ajustam ao novo esquema de pureza. Encarados a partir da nova perspectiva do mercado consumidor, eles são redundantes – verdadeiramente ‘objetos fora do lugar’.

A afirmação de que o ser ou não ser cidadão se atrela a (in)aptidão para o consumo (BAUMAN, 2008, p. 106-107) permite a compreensão da assertiva de que “Os problemas do SUS se originam da contradição e tensão entre a percepção de saúde como Direito universal e de sua exploração como mercadoria, presentes na sociedade atual” (OLIVEIRA; VILAS BOAS, 2015). Isso porque a saúde fundada numa perspectiva de universalidade opera segundo uma noção de cidadania que lhe é coerente, qual seja, a de “cidadania universal”, diretamente relacionada à inserção do conceito de seguridade ao contexto das políticas públicas e institucionalmente alicerçada no Estado de Bem Estar Social, bem como no seu corolário de proteção social. (FLEURY; OUVRENEY, 2008, p. 76).

Trata-se, pois, de uma noção de cidadania que, em certa medida, possui uma dimensão restritiva se considerarmos a necessária vinculação dos cidadãos a um Estado Nacional, havendo que se reconhecer, no entanto, sua dimensão inclusiva “[...] já que todos e todas que pertencem a essa comunidade política têm direitos sociais [...]”. A cidadania, para além de sua significação tradicional, encontra-se atrelada a

afirmação de direitos sociais como um elemento que a constitui. Nesse viés, concordamos com a pesquisadora Sônia Fleury, ao conceber que “A ideia da cidadania supõe uma inserção dos indivíduos na esfera pública através de um conjunto de direitos e deveres e de benefícios que se transformam na área social em benefícios sociais.” (FLEURY, 2011).

Quanto a essa questão, importante enfatizar que, no Brasil, reconhecidos avanços foram expressos na Constituição de 1988,

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, por uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado. (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 77)

A adesão institucional brasileira ao modelo de cidadania universal importa na consideração de que, em nosso país, “[...] os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 13), enaltecendo as sólidas amarras constitucionalmente erigidas com fulcro no princípio da solidariedade social.

Esclarecidas as premissas que nos orientam, importa redirecionar a discussão aos questionamentos que conduzem ao avanço de nossas reflexões: afinal, em que consiste assegurar a saúde como Direito Humano Fundamental, com vistas à universalidade? A resposta a essa questão suscita, pelo menos, duas análises. A primeira delas atinente ao reconhecimento da saúde como um Direito Humano. A segunda alude aos fundamentos para se afirmar o dever, por parte dos Estados Nacionais, de adesão à cobertura universal de saúde.

Considerando que a saúde é um direito social, pertinente compreender a importância de se conceber Direitos Sociais como Direitos Fundamentais, sobretudo porque o tratamento jurídico dispensado a questão da efetividade dos direitos fundamentais sociais não raras vezes encontra-se vinculado à insuficiência orçamentária governamental para a concretização desses direitos, trazendo à tona embates que buscam compatibilizar, no plano teórico, o “mínimo existencial”, a “reserva do possível” e a “cláusula de vedação de retrocesso”.

O primeiro marco internacional relevante para o avanço das reflexões propostas visando ao esclarecimento da adoção terminológica da expressão “Direitos Fundamentais Sociais” é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, da

Organização das Nações Unidas (ONU), diploma responsável por reconhecer, os Direitos Sociais, juntamente aos Cíveis e Políticos, como Direitos Humanos, (TELLES, 1999, p. 173) e, portanto, universais e indivisíveis (LEAL, 2009, p. 61). O art. 25 desse instrumento normativo reconhece a saúde e o bem estar como Direitos Humanos.

Outro diploma internacional que merece destaque é o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1976, o qual foi responsável pelo estabelecimento de diretrizes e de obrigações para a implementação da proteção e do bem estar social (LEAL, 2009, p. 63-64). O art. 12 desse pacto reconhece o direito a gozar do “[...] melhor estado de saúde física e mental possível de atingir” (ONU, 1976).

No Brasil, embora desde 1934 já fosse possível verificar a previsão de direitos sociais nas Constituições, a exemplo do art. 121, § 1º, alínea “h” que previa o direito a assistência médica e sanitária ao trabalhador, (BRASIL, 1934) foi apenas com a Constituição da República de 1988 que o rol de Direitos Sociais foi ampliado, enunciando, inclusive, programas a serem perseguidos pelo Estado e pela Sociedade (arts. 196, 205, 217) e, mais que isso, integrando tais direitos ao elenco dos Direitos fundamentais, reforçando a indivisibilidade dos Direitos Humanos (PIOVESAN; VIEIRA, 2006, p. 131).

A Constituição de 1988 representou a transição paradigmática de um Estado Social, focalizado no Executivo, para um Estado Democrático de Direito, socialmente comprometido em viabilizar a participação popular, inaugurando uma ordem jurídica constitucional que, para além da mera positivação de direitos, ocupou-se de instrumentalizá-los visando sua concreta implementação, sob pena de ferir a própria democracia (PIOVESAN; VIEIRA, 2006, p. 131, 133).

Especialmente no âmbito da saúde, a Constituição de 1988 representou um marco paradigmático para a ampliação da concepção de saúde, na medida em que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu a saúde, em seu art. 196, (BRASIL, 1988) como um direito universal e igualitário, abrangendo em seu âmbito de efetivação a promoção, a proteção e a recuperação (COTTA, 2013, p. 28).

Além disso, ao consagrar a Dignidade Humana como princípio fundamental, norteador do constitucionalismo brasileiro, a referida Carta Constitucional prestigiou a universalidade dos Direitos Humanos, tendo, inclusive, incluído, a partir da Emenda Constitucional n.º 45, tais direitos no rol dos direitos fundamentais assegurados constitucionalmente (PIOVESAN, VIEIRA, 2006, p. 131).

Ressaltamos, portanto, que a consagração dos Direitos Sociais como Direitos Humanos Fundamentais decorre do reconhecimento desses direitos, no plano internacional, assegurando a universalidade e a indivisibilidade e, num segundo momento, da incorporação dos Direitos Sociais no plano interno da Constituição dos países. Nessa perspectiva,

Os direitos fundamentais seriam esses mesmos Direitos Humanos consagrados na Carta da ONU, em tratados, em convenções e no direito internacional, mas positivados nas constituições da maioria dos Estados-nacionais-membros das Nações Unidas (KROHLING, 2009, p. 44).

Daí porque podemos afirmar que o direito à saúde, reconhecido por instrumentos normativos nacional e internacionalmente, é um Direito Social, Humano e Fundamental, argumento relevante para elidir interpretações que visem sustentar a não obrigatoriedade e a não auto-aplicabilidade desses direitos, bem como a não inclusão dos mesmos na cláusula de abertura do art. 5º, § 2º, da Constituição Federal. Na esteira de Vicente de Paulo Barretto, “Uma das formas de negar efetividade aos direitos fundamentais sociais é retirar-lhes a característica de direitos fundamentais”, uma vez que

Afastados da esfera dos direitos fundamentais, ficam privados da **aplicabilidade imediata**, excluídos da **garantia das cláusulas pétreas**, e se tornam assim **meras pautas programáticas**, submetidas à ‘reserva do possível’ ou restritos à objetivação de um ‘padrão mínimo social’ (BARRETO, 2003, p. 112).

Assim, formalmente esclarecida a construção jurídica da concepção de saúde como um Direito Humano Fundamental e a importância da Constituição de 1988 para a materialização desse conceito, passaremos a estabelecer a relação direta do mesmo com os fundamentos que permitem assegurar o dever, por parte dos Estados Nacionais membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), de adesão institucional à universalidade em saúde.

A Constituição da OMS registrou em seu preâmbulo a definição de saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social” que “[...] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946), distanciando-se do reducionismo conceitual da saúde como prática sanitária que visa à cura do indivíduo (COTTA, 2013, p. 27), adotando um conceito ampliado de saúde. Por meio do Programa “Saúde para Todos”, iniciado na década de

1970, e da Declaração de Alma Ata,³ 1978, a OMS tem orientado, nacional e internacionalmente, seus Estados-membros a direcionarem suas políticas de saúde ao atendimento da universalidade, da equidade, ao estímulo a políticas de prevenção, ao alcance de objetivos de desenvolvimento assumidos no âmbito internacional etc (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014, p. 6).

A partir de 2005, com a elaboração da Resolução da Assembleia Mundial de Saúde, a OMS formalizou, expressamente, a imprescindibilidade de os Estados-membros realizarem seus respectivos planejamentos, no âmbito de seus sistemas de saúde, para a cobertura universal. Em 2012, a Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas reafirmou o compromisso com a universalidade e, além disso, com a proteção social e com o financiamento sustentável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014, p. 6).

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde, do ano de 2010, cuja temática central foi intitulada “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal”, tratar de cobertura universal significa considerar os serviços de saúde necessários, o número de pessoas que precisam desses serviços e os custos para usuários e para o financiamento por terceiros. Trata-se, pois, da concretização do compromisso, afirmado desde 2005, de “[...] desenvolver sistemas de financiamento da saúde, que permitam às pessoas aceder a serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010)

Destacamos, portanto, que a OMS, assim como a Organização das Nações Unidas (ONU), posicionam-se, claramente, no sentido de se corroborar a concepção da saúde como um Direito Humano Fundamental e, mais que isso, de promover medidas de estímulo à implementação, por parte dos países membros, de sistemas de saúde universais.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

³ “[...] conhecida por estabelecer que cuidados primários de saúde são um meio para tratar os principais problemas de saúde nas comunidades, garantindo acesso equitativo a serviços de promoção, prevenção, cura, cuidados paliativos e reabilitação na área da saúde”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014)

Em uma conjuntura marcada por propostas políticas estimuladoras da abertura do mercado ao capital estrangeiro, da privatização de empresas e de serviços públicos, bem como da desregulamentação e flexibilização das relações de trabalho, já não é possível ignorar as influências do capital ao modo como as políticas de saúde, no Brasil, tem se desenvolvido ao longo dos últimos anos. O alinhamento da política de saúde à proeminência do privado sobre o público alerta para o retrocesso no âmbito dos direitos sociais, e especialmente no setor saúde nos convida a repensar os fundamentos erigidos na Reforma Sanitária.

A afirmação de posicionamentos fundados na perspectiva da saúde como um bem público, como um bem de Consumo ou como um Direito Humano Fundamental com vistas a Universalidade tem como fim a realização do compromisso acadêmico de sistematização do conhecimento, visando a trazer contribuições, a partir de uma argumentação racional, para a formação de bases de compreensão para o Direito à saúde, bem como para as políticas que o envolve. Nesse sentido, as concepções apresentadas operam como pontos de partida para a observação da *práxis* e, mais que isso, para a tomada de decisões em casos concretos.

No entanto, ressaltamos, ainda, que a construção teórica de categorias que permitam compreender a saúde, atrelada a análise dos desdobramentos jurídicos e, em certa medida, políticos, também tem em vista a externalização de concepções que influenciam diretamente no rumo a que as políticas de saúde tem se direcionado. Temos, portanto, como premissa a afirmação de que os discursos enunciados são carregados de intencionalidade e entrelaçam-se em relações de poder que muitas vezes impedem que sejam percebidos como instrumentos políticos de forte influência nas práticas sociais.

Em tempos de externalização da promiscuidade que tem constituído nossas instituições, pertinente se torna o descortinar das concepções que circundam o imaginário social coletivo, conduzindo-nos, inclusive, à reflexão de valores que tem orientado gestores na administração de recursos e na gestão de políticas de saúde. Em outras palavras: que ética tem orientado e sustentado suas *práxis*? Parece-nos que o exercício de repensar nossos de consensos éticos tem como pressuposto a apreensão de pré-noções conceituais que permitam avançar à crítica de práticas, de políticas, de ações.

Diferentemente das demais concepções, é importante enfatizar que a concepção de saúde como bem de consumo nos coloca diante do desafio de salvaguardar o Sistema Único de Saúde (SUS) ante a implantação de medidas que revelam a adesão a uma racionalidade mercadológica, tendente a privilegiar o privado em detrimento do público, que nos situa na contramão da cultura inspirada pelos princípios do SUS e, mais que isso, na contracorrente dos objetivos declarados por organizações internacionais tais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Ademais, essa mesma concepção nos incita reflexões inspiradas pelo questionamento que intitula uma das obras de Zygmunt Bauman (2011), qual seja, se a ética seria possível num mundo de consumidores.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria da argumentação jurídica**: a teoria do discurso racial como teoria da fundamentação jurídica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Jairnilson Paim fala das tensões ideológicas da saúde na conjuntura atual. **Abrasco**, 17 maio 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/jairnilson-paim-fala-das-tensoes-ideologicas-da-saude-na-conjuntura-atual/>. Acesso em: 18 jun. 2016.

BAHIA, Ligia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf>. Acesso em 15 ago. 2016.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **Representação política e interesses particulares na saúde**: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **A ética é possível num mundo de consumidores?**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BAUMAN, ZYgmunt. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BARRETTO, Vicente de Paulo. Reflexões sobre os direitos sociais. In: SARLET, Ingo Wolfgang. **Direitos fundamentais sociais**: estudos de direito constitucional, internacional e comparado (Org.). Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 112.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 5 out, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02 jul.2016.l

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Notícias do STF: Convênio do poder público com organizações sociais deve seguir critérios objetivos. **Supremo Tribunal Federal**, Brasília, 16 Abr., 2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CANCIAN, Natália. Ministro da Saúde defende plano de saúde 'popular' para aliviar o SUS. **Folha de S. Paulo**, 6 set. 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>. Acesso em: 18 ago. 2016.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa-MG: Editora Ufv, 2013.p. 27.

DEL NERO, Carlos R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Ipea, 1995. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329. Acesso em: 20 jun. 2016.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das política de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 279-322.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, AssisMafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FLORES, Joaquín Herrera. **Teoria crítica dos direitos humanos: os direitos humanos como produtos culturais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, p. 521-35. 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **O investimento no complexo Industrial da saúde e a melhoria das desigualdades em saúde**. 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-investimento-no-complexo-industrial-da-saude-e-amelhoria-das-desigualdades-em-saude/>. Acesso em: 06 out. 2015

GADELHA, Paulo; CARVALHO, José Noronha de; PEREIRA, Telma Ruth. (Org.). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf. Acesso em: 19 jun. 2016.

GARRAFA, Volnei. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

KROHLING, Aloísio. **Direitos humanos fundamentais: diálogo intercultural e democracia**. São Paulo: Paulus, 2009. p. 44.

LEAL, Rogério Gesta. **Condições e possibilidade eficazes dos direitos fundamentais sociais: os desafios do poder judiciário no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009. p. 61.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

MEZZAROBBA, Orides; STRAPAZZON, Carlos Luiz. Direitos fundamentais e a dogmática do bem comum constitucional. **Sequência**, Florianópolis, n. 64, jul., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552012000100014. Acesso em: 18 ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Público x privado. **PenseSUS: A reflexão fortalece essa conquista**, Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>. Acesso em: 19 jun. 2016.)

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, Edward Meirelles de. **Sistema Único de Saúde (SUS): contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade**. 2015. Tese (Doutorado em ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, Edward Meirelles de; VILAS BOAS, Gabriela. Políticas públicas também tratam a saúde como mercadoria no Brasil. **Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, nov, 2015. Disponível em: <http://ribeirao.usp.br/?p=5217>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2013**: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/26/9789248564598_por.pdf. Acesso em: 17 ago. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Alguns pontos para o debate sobre possíveis impactos da crise econômica na saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos;

PAIM, Jairnilson Silva (Org.). **O que é o Sus**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Faperj, 2015. (Coleção Temas em Saúde Interativa).

PERIM, Maria Clara Mendonça. **Organizações Sociais e a diretriz da complementaridade**: desafios da participação social na saúde. 1. ed. Curitiba: CRV, 2014.

PIOVESAN, Flavia; VIEIRA, Renato Stanzola. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades**, n. 15, pp.128-146, abr., 2006. p.131.

PRADO, Luiz Regis. Salud pública. In: ROMEO CASABONA, Carlos María (Director). **Enciclopedia de bioderecho y bioética**. Granada: Editorial Comares, 2011. p. 1481-1485. Tomo II.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa; CHAUI, Marilena. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2014.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.p. 173. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_36r6RZaHcAC&oi=fnd&pg=PA7&dq=direitos+sociais+e+capitalismo&ots=tcDRhWV3l&sig=U9B29eCoe6kSZRot-l3H5l7aoFw#v=onepage&q=direitos%20sociais%20e%20capitalismo&f=false. Acesso em: 20 fev. 2015.

VERONESE, Alexandre. O debate que ocorre sobre a constitucionalidade das OSs. **Consultor Jurídico**, 25 abr. 2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-abr-25/alexandre-veronese-debate-ocorre-constitucionalidade-oss>. Acesso em: 23 jun. 2016.

VERONESE, Alexandre. **Reforma do Estado e Organizações Sociais**: a experiência de sua implantação no Ministério da Ciência e Tecnologia. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 230 p.

WEBER, Max. **Textos selecionados**. São Paulo. Abril Cultural: 1980, 268 p. (Coleção Os Pensadores).

FLEURY, Sonia. Cidadania: caminho para a concretização das igualdades sociais. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos (IHU on line)**, n. 373, set., 2011. Disponível em:

http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4068&secao=373. Acesso em: 17 ago. 2016.

Recebido em 08/12/2016

Aprovado em 18/04/2018

Received in 08/12/2016

Approved in 18/04/2018