



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA

**CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES E DESENVOLVIMENTO EM CAMPINA
GRANDE: RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO**

CAMPINA GRANDE-PB

2022

TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA

**CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES E DESENVOLVIMENTO EM CAMPINA
GRANDE: RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO**

Dissertação submetida à banca de defesa do Programa de Pós- Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba(UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Linha de pesquisa: Estado, Planejamento, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota

CAMPINA GRANDE-PB

2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N778c Nogueira, Tiago Costa Torres.
Clínicas médicas populares e desenvolvimento em
Campina Grande [manuscrito] : relações entre o público e o
privado / Tiago Costa Torres Nogueira. - 2022.
68 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-
Graduação e Pesquisa, 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota
, COORDENAÇÃO DO CURSO DE SOCIOLOGIA - CEDUC."
1. Sistema Público de Saúde. 2. Capitalismo. 3. Políticas
públicas de saúde. 4. Desenvolvimento regional. I. Título
21. ed. CDD 362.1

TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA

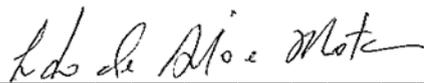
CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES E DESENVOLVIMENTO EM CAMPINA
GRANDE: RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Dissertação submetida à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Linha de pesquisa: Estado, Planejamento, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em: 29/09/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Valéria Raquel Porto de Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Edjane Esmerina Dias da Silva
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

RESUMO

O tema geral deste estudo refere-se às discussões sobre o sistema público de saúde brasileiro e suas políticas, de um lado, e, do outro, aos debates concernentes ao neoliberalismo e seus impactos na sociedade, que juntos suscitam questionamentos relacionados aos investimentos em saúde no contexto das relações público-privadas no interior do modelo neoliberal de governança e sua relação com o desenvolvimento regional. A presente pesquisa se justifica pela importância que a temática da saúde assume na busca do desenvolvimento regional, considerando as atuais características do financiamento do sistema público de saúde na Paraíba. O intento deste estudo é fornecer subsídios para analisar causas e efeitos da implantação de novos empreendimentos de saúde, denominados de “clínicas populares”, em Campina Grande-PB. O objetivo geral é analisar as principais características dos investimentos nos sistemas de saúde público e privado na região da cidade de Campina Grande-PB no período de 2016-2020 e possível correlação com o surgimento das “clínicas populares”. Como objetivos específicos, esta pesquisa busca avaliar correlações entre o surgimento das clínicas populares nos últimos 4 anos na cidade e os investimentos em saúde pública no contexto do desenvolvimento regional da cidade e conhecer a percepção dos médicos campinenses acerca da oferta de serviços de saúde públicos e privados na cidade de Campina Grande-PB. No tocante à metodologia, adotou-se no primeiro momento a consulta ao referencial teórico específico sobre saúde e desenvolvimento, de modo a embasar o segundo momento da investigação, a realização de uma pesquisa documental, em que se buscou, mediante a análise dos documentos relacionados ao estudo, atender aos objetivos nele propostos. No terceiro momento procedeu-se à pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas aplicadas com médicos que estão inseridos no contexto dos serviços de saúde público e privado. A conclusão em pesquisa de campo, mediante as entrevistas com pacientes e médicos do setor de saúde público e privado (clínicas populares), demonstra que existe correlação entre a má prestação de serviços de saúde pública – em decorrência da falta de repasse de investimento do Estado – e a expansão das clínicas particulares populares, que lucram com a população mais carente suprindo essa demanda.

Palavras-chave: saúde; capitalismo; políticas públicas; desenvolvimento regional.

ABSTRACT

The general theme of this study refers to discussions on the Brazilian public health system and its policies, on the one hand, and, on the other, debates concerning neoliberalism and its impacts on society, that together raise questions related to investments in health in the context of public-deprived relations within the neoliberal model of governance and its relationship with regional development. This research is justified by the importance that the health theme assumes in the search for regional development, considering the current characteristics of the financing of the public health system in Paraíba. The intention of this study is to provide subsidies to analyze the causes and effects of the implementation of new health enterprises, called "popular clinics", in Campina Grande-PB. The general objective is to analyze the main characteristics of the investment in the public and private health system in the region of the city of Campina Grande-PB in the period 2016-2020 and possible correlation with the emergence of "popular clinics". As specific objectives, this research seeks to evaluate correlations between the emergence of popular clinics in the last 4 years in the city and investments in public health in the context of the regional development of the city and to know the perception of the peasant physicians about the provision of public and private health services in the city of Campina Grande-PB. Regarding the methodology, the consultation of the specific theoretical framework on health and development was adopted at the first moment, to support the second moment of the investigation, conducting a documentary research, in which it is sought, through the analysis of the documents related to the study conducting a documentary research, to meet the objectives proposed therein. In third moment, qualitative research was carried out with semi-structured interviews applied with physicians who are inserted in the context of public and private health services. Preliminary evidence collected in field research indicate that there is a correlation between the poor provision of public health services – due to the lack of transfer of investment from the State – and the expansion of popular private clinics, which profit from the poorest population supplying this demand. It is intended to investigate in depth the most specific causes of this phenomenon and its relationship with development.

Keywords: health; capitalism; public policies; regional development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Evolução do gasto com saúde nas três esferas de governo (% PIB)...	39
Gráfico 1 - Evolução do gasto com saúde nas três esferas de governo (% PIB).....	39
Tabela 2 - Despesas com saúde no Brasil (% PIB).....	40
Gráfico 2 Despesas com saúde no Brasil (% PIB).....	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE GLOBAL.....	10
2.1	Globalização e a Saúde Global.....	10
2.2	O Estado de Bem-Estar – <i>welfare state</i>	12
2.3	A sociedade de risco e a saúde.....	14
2.4	Medicina Moderna Mercadológica/Utilitarista e Biomedicina.....	15
2.5	A Dádiva Médica e a Medicina Humanista.....	21
2.6	Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro.....	25
3	SAÚDE E TEORIA DO DESENVOLVIMENTO NO BRASIL.....	31
3.1	Desenvolvimento e Celso Furtado.....	31
3.2	Saúde como liberdade em Amartya Sen.....	33
3.3	Constituição Federal de 1988 e o Desenvolvimento.....	36
3.4	O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	37
3.5	O Desenvolvimento do Nordeste.....	41
4	DESENHO DA PESQUISA.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	65

1 INTRODUÇÃO

A atual Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, [2021]) demonstra, dentro do seu corpo normativo, a importância que dedica à proteção ao direito à saúde, reforçada pela existência de leis extravagantes que disciplinam o mesmo direito.

O ponto de partida desta pesquisa é analisar o acesso aos serviços de saúde como sendo um dos fatores basilares do desenvolvimento, com foco na oferta desses serviços no segmento público e no privado, partindo da premissa de que esses serviços de saúde devem ser entregues de forma equitativa para a população.

Nos últimos anos, tem-se evidenciado a incapacidade sistemática do Estado de atender à demanda de saúde da população, deixando patente que o arcabouço normativo constitucional é insuficiente para concretizar todas as demandas pertinentes à prestação de serviços de saúde de qualidade almejada pelos constituintes da Carta Magna de 1988, pela ausência de aplicabilidade de tudo aquilo que se trata, por exemplo, a impossibilidade de concretização dos deveres do Estado em assegurar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na mesma linha, constata-se o aumento da insatisfação dos usuários de planos de saúde com a prestação do serviço contratado. Esses eventos abriram espaço para a implantação de novos empreendimentos de saúde, denominados de “clínicas populares”. A proliferação desses empreendimentos tem suscitado discussões sobre o sistema público de saúde brasileiro e suas políticas, de um lado, e, do outro, debates concernentes ao neoliberalismo e seus impactos na sociedade, produzindo questionamentos relacionados aos investimentos em saúde no contexto das relações público-privadas no interior do modelo neoliberal de governança e sua relação com o desenvolvimento regional.

No município de Campina Grande-PB, o número de “clínicas populares” aumentou consideravelmente entre 2016 e 2020, concorrendo diretamente com as instituições prestadoras de serviços de saúde pública, sugerindo que o setor público está abrindo margem para o setor privado angariar lucros mediante exploração da população que não está tendo acesso aos serviços públicos.

Acredita-se ainda na existência de correlação entre a possível falta de repasses de recursos para as instituições públicas de saúde, o que as deixa ineficientes e o

surgimento dessas “clínicas populares” privadas, que abarcam a demanda dos pacientes que não conseguem ser atendidos pelo sistema de saúde pública.

Ante o exposto, questiona-se: existe equidade nos investimentos nos sistemas de saúde público e privado na região da cidade de Campina Grande-PB? Como as relações de desigualdade entre os serviços públicos x privados afetam a relação entre desenvolvimento e saúde da população local?

Esta pesquisa estabeleceu como objetivo geral analisar as principais características dos investimentos nos sistemas de saúde público e privado na região da cidade de Campina Grande-PB no período de 2016-2020 e sua relação com o surgimento das “clínicas populares”. Como objetivos específicos, busca avaliar correlações entre o surgimento das clínicas populares nos últimos 4 anos na cidade e os investimentos em saúde pública no contexto do desenvolvimento regional da cidade, assim como conhecer a percepção de médicos e usuários campinenses desses serviços na cidade de Campina Grande-PB.

Para esta pesquisa, confia-se na necessária exposição dos serviços de saúde oferecidos em Campina Grande-PB, fazendo um paralelo entre as Clínicas Populares Privadas e os Hospitais Públicos e como a coexistência desses sistemas tem impactado na qualidade de vida da sociedade a partir de pesquisa qualitativa com pequenos grupos.

O que justifica a iniciativa desta pesquisa é o entendimento de que a saúde é basilar para o desenvolvimento, de tal maneira que merece o aprofundamento que se propõe a fazer sobre o tema, tendo em vista os direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal e as relações entre o Público e o Privado na oferta de serviços de saúde.

No tocante à metodologia, adotou-se a pesquisa qualitativa, cujo objeto consiste na avaliação dos fenômenos compreendidos no ambiente mesmo em que se desenvolvem e a partir das percepções dos sujeitos de alguma forma afetados por esses. Essa compreensão é mediada pela pesquisa científica, atividade que exige do pesquisador um olhar sempre atento aos inúmeros pontos de vista envolvidos e ao movimento permanente de confronto que deve ocorrer entre o possível e o impossível, assim como entre o conhecimento e a ignorância (GOLDENBERG, 2004), no intuito de se buscar a melhor compreensão e o aprofundamento necessário dos temas relacionados ao objeto da pesquisa, bem como para uma melhor interpretação e análise dos dados colhidos. Nesse sentido, Goldenberg (2004, p. 14) ensina que “Na

pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social [...]”.

Adota-se no primeiro momento a consulta ao referencial teórico específico sobre saúde e desenvolvimento, na forma de uma pesquisa bibliográfica nas obras de autores como Celso Furtado, Amartya Sen, Paulo Henrique Martins, Jessé Souza, entre outros, considerando-se a inserção desta pesquisa, de viés jurídico-sociológico, na linha de pesquisa Estado, Planejamento, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, e o entendimento de que a qualidade da saúde pública é de responsabilidade institucional.

No segundo momento procede-se a uma pesquisa documental, na qual se busca analisar documentos oficiais incluindo normas, demonstrativos de resultados de investimentos, além de dados comparativos extraídos de documentos acadêmicos, selecionados com base no objeto deste estudo e na resposta que se deseja obter (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). No terceiro momento aplicam-se entrevistas semiestruturadas com X médicos que estão inseridos no contexto dos serviços de saúde público e privado, para trazer à tona informações de ângulos diferentes sobre o fenômeno estudado. Nesse sentido, Gil (2008, p. 109) conceitua a entrevista como “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Assim, optou-se por entrevistar os médicos e pacientes que estão inseridos no contexto da oferta de serviços de saúde pública e das clínicas populares privadas.

Os dados coletados por meio de entrevistas demonstram que, em síntese, há um reconhecimento pelos médicos e pacientes da cidade, tanto dos hospitais públicos quanto nas clínicas populares privadas, de que o Sistema Único de Saúde é deficitário, o que permite concluir que o atual modelo capitalista neoliberal no Brasil conduz o sistema público de saúde a uma lógica de mercado (sistema privado) que leva ao seu sucateamento, burocratização excessiva, corrupção e práticas patrimonialistas, que resultam no incremento da desigualdade social, a qual se constitui em um problema profundamente relacionado ao Desenvolvimento Regional.

2 GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE GLOBAL

Neste capítulo convida-se para o debate a temática da globalização, que avança implacável em seu processo de tessitura de uma malha imaginária que integra países e povos do planeta, mantendo-os conectados enquanto homogeneiza os espaços mundiais com sua onipresença em todas as instâncias de atuação e conhecimento, inclusive na seara da saúde pública, e a Saúde Global.

Com isso, iremos analisar questões relacionadas à saúde mundial como *Estado de Bem-Estar – Welfare State* –, bem como os riscos à saúde global que surgem em meio ao processo de globalização, engendrados pelo modelo capitalista neoliberal contemporâneo, que não trazem soluções concretas que mitiguem efeitos nocivos para a população. Nesse sentido, iremos analisar o papel da medicina moderna mercadológica/utilitarista e biomedicina, fazendo um comparativo com a dádiva médica e a medicina humanista, frente aos riscos que se apresentam para a população inserida no atual modelo capitalista neoliberal.

Após tudo o que foi exposto, iremos suscitar questionamentos relacionados aos investimentos público-privados no sistema de saúde brasileiro, bem como as suas peculiaridades que afetam a saúde da população.

2.1 Globalização e a Saúde Global

Chamar para o debate o tema da globalização, implica analisar o processo irrefreável e acelerado de integração das relações entre países e povos do planeta, que se imiscui em todos os campos de atividade e conhecimento, inclusive o da saúde pública.

Nessa seara, interessa para este estudo – apesar de não ter o intuito de esgotar todos os pontos referentes a esse tema – a análise da globalização como coadjuvante das forças neoliberais que, em sua política de acumulação de capitais acelerada, desconsidera e até mesmo despreza questões relativas à vida e à saúde na formulação do credo neoliberal, que impõem às nações como verdade inatacável, resultando, juntamente com as consequências da opção de solicitar ajuda do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), e da intensificação do aumento dos desníveis de renda, como elucida Berlinguer (1999, p. 21), “[...] por quase toda a parte, nos últimos 20 anos, em aumento das desigualdades de níveis de

saúde, documentadas por estatísticas eloqüentes, que se podem traduzir em milhões de existências humanas truncadas ou prejudicadas”.

Dessarte, é imprescindível deixar patente as discussões políticas no âmbito dos *Estados de Bem-Estar* em meio às pressões impostas pelos interesses de mercado que equalizam o meio social, no qual, como Schimidt (2019, p. 94) complementa, “[...] as tensões entre política e economia que perpassam os *welfare states* históricos expressam-se em uma *lógica da solidariedade* e uma *lógica dos negócios*. [...]”. Nesse sentido, Schimidt (2019) ensina que o neoliberalismo é o contraponto do *Estado de Bem-Estar*, por sustentar uma concepção de política de Estado mínimo que corresponde a uma política de ausência de qualquer forma de Estado presente, muito embora não haja de se falar em um real Estado mínimo no capitalismo avançado.

Evidencia-se, fundamentado no exposto, o descaso com o acesso igualitário à saúde, disseminado de forma global entre os povos em consequência das imposições neoliberais e sua lógica de negócios, embora Berlinguer (1999) defenda o entendimento de que “até agora, muitas análises da relação entre globalização e saúde encararam a saúde como subproduto, como consequência espontânea [...] de forças globalizadoras estranhas a essa exigência e motivadas somente por outros interesses” (p. 22).

Com efeito, são diversas as consequências produzidas pelo modelo atual de globalização, que superam as diferenças econômicas entre países, abrangendo ainda a precarização do mercado de trabalho, as transformações ambientais, que contribuem para a disseminação de poluentes, o aumento da obesidade, a intensificação de transtornos emocionais e dos riscos decorrentes dos deslocamentos das pessoas em todas as direções, dada a “[...] maior facilidade de transmissão e propagação de doenças infecciosas em virtude da maior rapidez dos meios de transporte [...]” mencionada por Fortes e Ribeiro (2014, p. 368) ao tratar dos riscos de pandemias no atual processo de globalização acelerado, tomando como exemplo a pandemia da covid-19.

De todos os modos, nas duas vertentes aceita-se a existência de uma interdependência global de problemas, de determinantes e de soluções para a saúde, pois, no mundo de hoje, a responsabilidade de influenciar os determinantes da saúde e apresentar soluções para muitos problemas nessa área não pode ser assumida exclusivamente por ações nacionais (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002 *apud* FORTES; RIBEIRO, 2014). Nesse sentido, a Saúde Global é reconhecida como um

campo de conhecimentos e práticas que demanda ampliação do diálogo entre o setor de saúde e as relações internacionais (NIGRO; PEREZ, 2013 *apud* FORTES; RIBEIRO, 2014).

Aposta-se na Saúde Global como promotora de justiça social coerente e como solução acertada para o enfrentamento das consequências da globalização, porém a influência do fundamentalismo monetário engendradora no processo de globalização vem sobrepondo outros interesses materiais das nações aos valores humanos, como explica Cortina:

Na sociedade de consumo, a posse, a variedade e o uso de bens e serviços constituem a principal aspiração cultural e provêm sucesso e *status* pessoal. Essas características tendem a fazer com que os indivíduos não sejam solidários, careçam de coesão e, ao contrário, se tornem individualistas. (CORTINA, 2003 *apud* FORTES; RIBEIRO, 2014, p. 370, grifo do autor)

Interessante compreender que muitas das orientações da Saúde Global, diferentemente do preconizado pela saúde internacional clássica, objetivam a justiça social, a equidade e a solidariedade e estão na contramão da tendência da sociedade de consumo, movida pela competição entre as pessoas. Nesse contexto, pode-se denotar uma tensão entre o *Estado de Bem-Estar* – ou *Welfare State* – e o mercado, cujos interesses influenciam diretamente nas relações interpessoais no meio social.

2.2 O Estado de Bem-Estar - *welfare state*

Em uma concepção superficial, *Estado de Bem-Estar* é uma expressão criada para designar um modelo de organização que se caracteriza pela intervenção do Estado na sociedade para assegurar a todos os cidadãos o bem-estar econômico e social, a partir da oferta dos serviços básicos à sua existência digna.

Na defesa da importância da presença do Estado e suas políticas públicas na busca de concretizar o *Estado de Bem-Estar*, Schimidt (2019) vale-se do exemplo dos países ricos, que após a Segunda Guerra Mundial expandiram a intervenção estatal na sociedade a partir da criação de sistemas públicos de saúde, educação, previdência e assistência social, aumentando consideravelmente o número de funcionários públicos, e, mesmo após as reformas neoliberais, “[...] nenhum país rico retrocedeu a níveis sequer próximos dos existentes nos estados mínimos de outrora [...]” (p. 98). O autor demonstra que países como Alemanha, França, Itália, Reino Unido, Suécia, Noruega, Canadá e EUA não retroagiram na oferta de cargos públicos,

pelo contrário, houve um crescimento da máquina pública, de modo que, segundo Schimidt (2019, p. 98), “[...] O poder público tornou-se um agente econômico fundamental nos *Estados de Bem-Estar* [...]”.

Schimidt (2019) enfatiza a contradição entre o *Estado de Bem-Estar* e o neoliberalismo, afirmando que “das formas estatais conhecidas em países capitalistas, o *Welfare State* é a que se mostra mais compatível com a democracia e a justiça social, ao passo que o neoliberalismo corresponde à feição mais selvagem do capitalismo” (p. 99, grifo do autor).

O *Estado de Bem-Estar* no Brasil seguiu as tendências internacionais, que, a partir da década de 1930, com a economia agrária estruturalmente assentada nas elites do dinheiro, produziram grande desigualdade social, que só vem se intensificando até os dias atuais, justamente porquanto amparadas na lógica dos negócios em detrimento da lógica da solidariedade. Mas, a despeito dessa realidade, registram-se avanços na vigência desse modelo de *Estado de Bem-Estar* no Brasil, a exemplo dos direitos sociais inseridos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, [2021]), como o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras proteções sociais. No entanto, esses avanços não se consolidaram ao longo do tempo, impedidos, entre outras razões, de acordo com Schimidt (2019), pela ganância das elites do dinheiro:

A evolução dos indicadores de inclusão e proteção social parecia indicar uma consolidação do *Estado de Bem-Estar* na perspectiva social-democrática. Todavia, a ausência de uma sólida base política parlamentar, equívocos na condução política, reação das elites do dinheiro às mudanças em curso, impasses econômicos e persistência de elementos associados à histórica situação de desigualdade do país levaram a uma rápida reversão dos avanços alcançados. (p. 112, grifo do autor)

Outrossim, são grandes os desafios para se conseguir a implementação efetiva do *Estado de Bem-Estar* no Brasil, país conduzido por uma política pautada pelo neoliberalismo radicalizado, que corta os gastos públicos e beneficia o setor privado com isenções fiscais, como se constatará mais adiante neste trabalho.

Esse tipo de conduta, dito de outro modo, sinaliza a existência de interesses motivados por um pensamento individualista de consumo acelerado, que atrasa a implementação da equidade no mundo contemporâneo globalizado. Assim, é preciso cooperação coletiva e política para erigir uma justiça social entre os povos, para que medidas necessárias comecem a ser tomadas, na busca pelo equilíbrio entre tantas

desigualdades, para o enfrentamento das consequências impostas pela globalização. Para Fortes e Ribeiro (2014), a justiça social é o caminho para o alcance desse equilíbrio, como se pode visualizar na transcrição das palavras dos autores:

O tema justiça social tratado na Saúde Global é de grande relevância, em razão do aporte, da alocação e da distribuição de recursos humanos, técnicos e econômicos entre países e regiões e se encontra no campo da justiça distributiva, que relaciona os indivíduos com o coletivo e as autoridades políticas. (p. 371)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem despendido esforços para divulgar periodicamente o panorama da saúde global. Contudo, é preciso mais do que informações para combater as desigualdades produzidas pela globalização, é preciso intensificar e agilizar a implementação de soluções, o que tem se mostrado um desafio considerável, tendo em vista a característica que Fortes e Ribeiro (2014, p. 371) consideram “[...] marcante de muitos problemas de Saúde Global [...] [,] carregar a necessidade do estabelecimento de acordos e de regulamentação internacional para sua solução”.

2.3 A sociedade de risco e a saúde

Os riscos que surgem em meio ao processo de globalização, engendrados pelo modelo capitalista neoliberal contemporâneo, seguem desenfiados em prol da produção inconsequente das riquezas, sem soluções modernas. Nesse sentido, Beck (2010) afirma que “na modernidade tardia, a produção social de *riqueza* é acompanhada sistematicamente pela produção social de *riscos*” (p. 23, grifos do autor), que geram problemas sociais por vezes ignorados, porque os riscos que se apresentam são tratados comumente pelas ciências naturais, permanecendo incógnitas as análises das ciências sociais. Para ilustrar esse entendimento, Beck (2010) observa:

O impacto ambiental da indústria e da destruição da natureza, que, com seus diversos efeitos sobre a saúde e a convivência das pessoas, surgem originalmente nas sociedades altamente desenvolvidas, são marcados por um *déficit de pensamento social*. (p. 30, grifos do autor)

Exemplificando, pode-se apontar como risco gerado pelo acelerado processo de globalização as ofertas de viagens aéreas disponíveis apenas para os mais abastados, que delas usufruem, mas não são os únicos a sofrer as consequências

negativas de uma possível contaminação. Essas consequências abrangem não apenas a simples exposição ao vírus, mas também a capacidade de lidar com o problema. Beck (2010) observa que os riscos e as riquezas são distribuídos com base no “[...] esquema de classe – mas de modo inverso: as riquezas acumulam-se em cima, os riscos em baixo. Assim os riscos parecem *reforçar*, e não revogar, a sociedade de classes” (p. 42, grifo do autor).

A notória desigualdade na distribuição dos riscos carrega em sua essência o que Beck (2010) denomina de *efeito bumerangue*, segundo o qual as consequências de tais riscos recaem sobre todos, inclusive quem os produz, não poupando sequer “os ricos e poderosos [, que não] estão seguros diante deles” (p. 44), como comprova a atual pandemia. Isso significa que os privilégios angariados pelas classes ricas – autores dos riscos produzidos - na vigência de um modelo desordenado de capitalismo não irão subsistir, afetados pelas consequências dessa produção irrefletida de riscos que se amontoam paulatinamente no correr do tempo.

A incontestável problemática resultante da atual pandemia, que elucida a inércia de uma atuação preventiva do Estado, torna patente a necessidade do pensamento sociológico para dirimir ou atenuar os riscos produzidos pela modernização e globalização, engendrados pelo modelo capitalista. Com efeito, a dicotomia entre modernização e produção de riscos poderia ser objeto de produções científicas mais contundentes no âmbito das ciências sociais, no ímpeto de provocar a elaboração de políticas direcionadas a essa problemática, haja vista que as ameaças, como elucida Beck (2010), não têm resultado “[...] politicamente num conjunto de medidas *preventivas* de superação do risco, e mais: não se sabe ao certo qual o tipo de política e de instituições políticas que estariam em condições de adotá-las” (p. 58, grifo do autor).

2.4 Medicina Moderna Mercadológica/Utilitarista e Biomedicina

Conforme Martins (2003), a *medicina moderna* se estabeleceu no mundo como paradigma médico que gera reflexos em vários níveis e instituições diversas, políticas e sociais, como por exemplo financiamento do setor, políticas públicas, técnicas de cura e outros. Nesse sentido, a *medicina moderna*, que passou a se autodenominar *medicina oficial* no meio social, produziu tensões no interior do seu campo devido ao

seu processo de desumanização/tecnicização em detrimento da humanização dos modelos médicos.

Em uma sociedade moderna dominada pelo interesse utilitarista do dinheiro, pode-se afirmar que há pouco espaço para um sistema de medicina baseado na dádiva, ou seja, um sistema de interação social baseado na relação tripartite de dar, receber e retribuir. O que prevalece na sociedade neoliberal é o pagar e receber, na qual os diagnósticos são feitos de forma objetiva (mecanizada) e célere, com foco nos lucros a partir da perspectiva da indústria farmacêutica. Por esse prisma dos ganhos econômicos em detrimento dos cuidados interpessoais dos pacientes, o utilitarismo se instala no campo médico moderno acompanhado pelo neoliberalismo que se instala em seu meio, erigindo vários problemas sociais no que tange aos tratamentos de saúde. Nesse sentido, Martins (2003, p. 62) mostra que esses problemas sociais produzidos pela *medicina oficial* aparecem “[...] num contexto tanto de crise do Estado do bem-estar como de conhecida limitação, em termos sociais, da medicina neoliberal”. O autor ainda enfatiza que:

Os resultados medíocres do neoliberalismo na questão social e o caráter insatisfatório do antigo paradigma, explicariam a necessária transformação de paradigmas, o que seria expresso, pelo menos na América Latina [...]. (MARTINS, 2003, p. 62)

Apesar de o autor apontar a necessidade de mudança em prol de uma *Nova medicina*, a *medicina oficial* mercantilizada apresenta grande resistência por força dos interesses econômicos envolvidos, que, inclusive, conforme demonstra Martins (2003), têm influenciado na transformação das faculdades de medicina em verdadeiras fábricas de diplomas, que afastam cada vez mais a vocação da capacitação e privilegiam o interesse econômico em detrimento do interesse social.

Nesse sentido, a dominância do utilitarismo no campo da medicina vem desvirtuando o papel desse campo para uma visão meramente lucrativa, em que os profissionais que atuam na área foram atraídos mais pelos lucros do que pela solidariedade humana. Outrossim Martins (2003, p. 148) afirma que “[...] o imaginário médico atual, atrai indivíduos mais preocupados com suas estratégias pessoais de ascensão e enriquecimento (como em qualquer outra atividade mercantil [...])” e, desse modo “[...] Diminui-se, por conseqüente, o número dos médicos ‘verdadeiros’, aqueles que procuravam dedicar-se à medicina porque possuíam vocação para a arte da cura ou simplesmente por solidariedade com o sofrimento alheio” (p. 151).

Essa resistência da *medicina oficial* mercantilizada gera impactos importantes na desigualdade, que piora cada vez mais enquanto o Estado adota uma postura de intervenção mínima no setor, sem implementar políticas públicas voltadas para o bem-estar social de forma mais igualitária. Nesse sentido, Martins (2003, p. 153) esclarece com propriedade que:

O surgimento de clínicas médicas luxuosas para os que têm recursos materiais ou que podem pagar o seguro de saúde privado faz um contraste inegável com a degradação dos hospitais públicos destinados à maioria da população que não tem recursos ou não tem acesso ao seguro privado. Por outro lado, a transferência de fundos públicos para o setor privado enfraquece as instituições sem fins lucrativos criadas por pequenas comunidades e desorganiza os hospitais e os serviços coletivos.

Diante disso, pode-se constatar que essa desigualdade produzida pela transferência da responsabilidade do Estado em prover a saúde da população para o setor privado – inclusive com os devidos fundos públicos – faz com que as pessoas pobres, que não têm condições de arcar com um seguro privado, sejam as maiores vítimas desse sistema médico de saúde que os Estados Unidos tentam vender para o mundo. Nessa direção estranha à *dádiva médica*, cresce paulatinamente no campo *médico moderno* um novo ator social, denominado *médico especialista*.

Esse novo ator, conforme Martins (2003), é um profissional muito mais preocupado com a forma de gerenciar a cura com foco no tempo utilitário, então tudo que for relacionado com a vida pessoal do paciente é deixado de lado, desconsiderando o vínculo social no tratamento. Pode-se constatar que o ambiente em que atua esse novo ator – o consultório do especialista – é frio, fato que gera suspeitas e até mesmo mal-estar para o paciente, frente a um ator cada vez mais valorizado na *medicina oficial*.

Nessa especialidade médica, constata-se a ausência do interesse pelo sofrimento do paciente, substituído por uma preocupação fútil com a otimização do tempo em favor do ganho econômico, que cada vez promove o distanciamento interpessoal. É nesse contexto que o dom médico se perde para dar lugar ao mercado de doentes e medicamentos, saindo de cena a prática médica em prol de uma engenharia de órgãos. Esse tipo de procedimento quebra a inter-relação entre os indivíduos – entre curador e doente –, transformando-os conseqüentemente em atores não propriamente sociais, e isso afasta a figura central do médico-curador e sua subjetividade, que é tão importante e necessária à cura.

Conforme se pode analisar na obra de Martins (2003), esse modelo neoliberal que penetra no *campo médico* tem inclusive produzido riscos de vida para ospacientes devido à ganância dos profissionais da medicina, que, orientados pela desumanização e pelo objetivo de auferir lucros, não mensuram os riscos da utilização dos métodos mais lucrativos, conforme menciona Martins (2003, p. 165):

Recentemente, no Brasil, descobriu-se haver um aumento do número de partos do tipo cesariana, em detrimento dos partos normais. Uma pesquisa na área demonstrou que muitos médicos estavam optando pela primeira opção para não terem de ficar à disposição da cliente. [...] Contudo, eles podem comprometer seriamente a vida das mulheres já que a cesariana, conforme pesquisa, aumenta sete vezes o risco de morte da mãe e três vezes o do recém-nascido.

Como se pode analisar, a desumanização não seleciona os indivíduos, pois põe em risco a vida de bebês e mulheres gestantes, tudo em prol dos ganhos econômicos. Essa é uma clara evidência de que esse utilitarismo no *campo médico*, pautado pelo neoliberalismo, passa a tratar o paciente não mais como ser humano fragilizado e que necessita de cuidados específicos, mas como imagem de um consumidor em potencial de quem os profissionais da saúde têm a oportunidade de extrair ganhos financeiros.

Nesse sentido, Martins (2003, p. 169) afirma que “[...] O processo de desvalorização do doente-sujeito em benefício do corpo-objeto, do enfermo em favor do consumidor é gerador de uma cultura de medo generalizada [...]”, e que, por isso, o ambiente hospitalar passa a ser um local de muita angústia e sofrimento, não apenas pelos males da doença do corpo, mas também pelos males das doenças sociais – como ansiedade, depressão, pânico, etc. –, que são engendradas pelo *capitalismo médico* voltado para o utilitarismo.

Ao contrário do que propõe o utilitarismo recente no *campo médico*, a medicina em seu sentido mais amplo e humanizado deve ser um ritual complexo e apenas periféricamente considerada mercantil. Dessa forma, é importante deixar patente que “[...] existem médicos descontentes com a mercantilização exagerada das práticas médicas [...]” (MARTINS, 2003, p. 123), mesmo considerando que atualmente a atual estrutura do *campo médico* no trato da saúde/doença tem a perigosa tendência de desumanização, em decorrência da constante pressão privatista e mercantilista apenas mencionada.

Percebe-se que toda essa pressão presente na sociedade, causada pelo *capitalismo médico* inserido na *medicina moderna*, coloca os indivíduos em uma condição de insegurança insuportável. E, nesse contexto de incerteza, o simples fato de ficar doente é um perigo sério, tendo em vista que pode levar o indivíduo a qualquer momento a incorrer em uma situação de insolvência econômica, devido aos altos custos cobrados por um tratamento.

Dessa forma, Martins (2003, p. 188) coloca que “A perspectiva de vivência de um sofrimento dobrado (pelo padecimento do corpo e pelo esvaziamento do bolso, muitas vezes com o comprometimento do patrimônio familiar) já constitui em si uma fonte de doença.”, ou seja, a *medicina mercantil* é incapaz de resolver problemas de saúde ditos como doenças emocionais, que são fruto do próprio modelo neoliberal que se instala no *campo médico*. Assim, como também menciona o autor, o alto número de pessoas que sofrem de depressão e estresse na contemporaneidade é uma prova de que a inserção do setor privado no *campo médico* precisa ser regulamentada, assumindo um viés social que possibilite atenuar essas doenças sociais que permanecem causando mal-estar difuso.

Pode-se identificar que esse sentimento de desamparo da sociedade inserida em um contexto do *capitalismo médico* é fruto de vários fatores presentes no próprio *campo médico* como: excesso de especialização, com diagnósticos divergentes; distanciamento entre médico e doente, que produz a desumanização da cura; aumento do custo médico; expropriação da *medicina oficial* pelo *capitalismo médico*.

Nesse contexto, o mal-estar coletivo erigido pelas novas doenças sociais – como ansiedade e depressão – não é problema que possa ser resolvido por meio de critérios técnicos, econômicos ou puramente biomédicos como supõe a *medicina oficial*, pois esses males estão arraigados na desconfiança da sociedade em relação às condutas mercantis adotadas no *campo médico* contemporâneo.

Contudo, o sistema de trocas econômicas no *campo médico* produziu avanços importantes, como a descoberta de medicamentos que contribuem para o combate e cura de muitas doenças que antes não tinham tratamento, porém esses progressos produziram também problemas sociais relevantes, que hoje clamam por um “estado nascente” que equalize toda a estrutura do *campo médico* do modo a atenuar o mal-estar social que se instalou devido à exploração da prática mercantil no setor.

Em grande medida, pode-se constatar que a *biomedicina cartesiana* – mencionada por Martins (2003) – teve grande influência na formatação da *medicina*

oficial presente nos dias atuais. Essa *biomedicina* consiste basicamente na separação da alma e do homem, ocorrida em meados dos séculos XVIII e XIX, em que houve um distanciamento normativo entre Igreja e Ciência, que contribuiu para o surgimento das “clínicas médicas” naquela época e que perdura até os dias atuais mediante os processos de institucionalização. Desse modo, Martins (2003, p. 111) afirma que “Assim, o ‘nascimento da clínica’, ao significar uma ampliação das tendências separatistas entre o curador e o doente, aparece como um acontecimento fundamental para o reconhecimento institucional e jurídico do saber médico biocartesiano [...]”.

Pode-se constatar que essa objetivação do saber médico por meio dessa *biomedicina cartesiana* – que separa o homem da alma –, contribuiu para a desvalorização social de alguns saberes médicos alternativos, que são populares, mas que por não terem um discurso científico mais bem elaborado, terminam sendo descartados compulsoriamente. Desse modo, fica evidente que com tanta objetividade, termina sendo inútil conseguir, por meio desse método, identificar patologias da alma como o são as doenças emocionais e psíquicas.

Essa ideia de uma medicina superior pautada pela ciência, foi o que justificou a entrada do Estado nesse cenário para regularizar e institucionalizar esse novo poder médico, de modo a disciplinar essa *biomedicina* como sendo um sistema de respaldo superior com aprovação do próprio Estado. Isso ajudou na consolidação da atual *medicina oficial*.

Com a tendência crescente do uso da *biomedicina*, que tem um olhar objetivo no tratamento do paciente, surge uma nova possibilidade de exploração mercantil no campo médico, consistente na produção desenfreada de novos medicamentos com o intuito de obter lucros em cima do sofrimento humano, erigindo cada vez mais o *capitalismo médico* como menciona Martins (2003, p. 119): “o *capitalismo médico* especulativo promove (do mesmo modo que impede) a produção em série de medicamentos, de equipamentos e técnicas, com o único objetivo de estimular a acumulação econômica e a especulação financeira”. E esse processo do *capitalismo médico*, conforme o autor, “[...] provoca um crescente mal-estar nos cidadãos (medo, desconfiança, raiva), que os leva a buscar outros sistemas médicos” (p. 122).

As reações a esse crescente mal-estar nos cidadãos causado pelo capitalismo médico de exploração mercantil, dão forças às mobilizações culturais e sociais que apoiam a *medicina humanista* e políticas com o objetivo central de encontrar saídas

para solucionar o problema da captura da Ciência médica por esse modelo do capitalismo especulativo. Esse clamor por uma reforma no *campo médico* contemporâneo, busca ressaltar a necessidade de elaboração de ações sociais voltadas para reformular a concepção de saúde e medicina, de modo que venha a resgatar o sistema da dádiva como elemento primordial no âmbito da medicina científica.

Essa luta, conforme Martins (2003), não teria o vetor de abolir a *sociedade medicalizada* e nem a *medicina mercantil*, mas sim de reformar a instituição médica, com propostas básicas proferidas pelo Estado que garantam a universalidade do direito do cidadão de ter um cuidado médico, bem como uma melhor qualidade e preços mais justos nos serviços médicos. Pode-se analisar que essa luta, em especial no Brasil, geraria impactos no investimento no setor de saúde pública também, que hoje se encontra deficitário, como afirma Martins (2003, p. 215):

No caso do Brasil, os analistas concordam que embora o SUS (Sistema Unificado de Saúde) tenha sido uma iniciativa importante para responder às demandas de saúde das populações mais carentes, na prática a medicina pública não é uma prioridade política, pois a quantidade de recursos direcionados para a medicina privada é, no Brasil, superior àquela destinada à medicina pública, revelando que o fator decisório não é técnico, mas político.

Diante dessa exploração mercantil do *campo médico* em nome do progresso da medicina, ficou evidente que é preciso haver um resgate da governabilidade no setor, de modo a atenuar os efeitos do neoliberalismo que se instalou no *campo médico* contemporâneo. Outrossim Martins (2003, p. 212) aponta que “Assim, o neoliberalismo encontra seu limite na necessidade imperiosa das sociedades nacionais, mediante seus aparelhos estatais, de intervirem para evitar a instalação de um clima de barbárie no *campo médico*.” (grifos do autor).

2.5 A Dádiva Médica e a Medicina Humanista

Pode-se constatar, na obra de Martins (2003), que a solução dos problemas atuais engendrados pela *medicina oficial* requer que se faça uma mudança para um paradigma voltado para a humanização - um *paradigma da dádiva/dom*, que clama um vínculo social acima dos “bens”, ou seja, o afastamento do paradigma utilitarista atual e a sua substituição por um modelo que se preocupe mais com o lado humano

do tratamento médico, que tem por natureza ultrapassar a antítese entre o médico e o paciente.

Nesse sentido, Martins (2003) menciona que “na dádiva participam a obrigação e o interesse, mas também a espontaneidade, a liberdade, a amizade, a criatividade” (p. 63). A adoção do *paradigma da dádiva* põe patente a necessidade de realização de uma pluralidade de ações que convirjam para buscar o melhor tratamento para os problemas de saúde da sociedade de forma individualizada para cada paciente, contrapondo-se desse modo ao utilitarismo, que põe em evidência a racionalidade, os cálculos e os ganhos monetários.

É nesse contexto que se começa a analisar a importância da dádiva médica – englobando todos os métodos de cura – para se chegar a uma perspectiva totalizadora do método da medicina a ser utilizada em uma determinada sociedade, que leve em consideração o contexto social em que o indivíduo está inserido e que não se restrinja à sua lógica biomédica, assim como ensina Martins (2003), implicando o dever de não se pensar em uma ciência e prática médica fora do social. Porém, o que se pode constatar por intermédio de Martins (2003) é que no mundo contemporâneo foi formado um paradigma médico do mundo moderno denominado *medicina moderna*, que trouxe consigo várias tensões sociais.

Em virtude dessas tensões é que se pode constatar o surgimento de uma ruptura na *medicina moderna* que resultou na tendência de mudança do paradigma médico contemporâneo, que para Martins (2003) “[...] significa a perda do poder da ‘clínica moderna’” (p. 58). Nessa linha de reflexão, evidencia-se que os métodos utilitaristas da *medicina moderna/oficial* apresentam lacunas quanto ao diagnóstico de algumas doenças tidas como sociais, por exemplo, uma doença respiratória relacionada a uma tensão emocional causada pelo estresse engendrado pelo contexto do trabalho do indivíduo, não poderá ser detectada pela tecnicização da *medicina oficial*.

Na *dádiva médica*, constata-se a presença dos bens simbólicos que contribuem para a descoberta da solução mais adequada ao paciente, de acordo com as especificidades de cada caso. Esses bens simbólicos são denominados por Martins (2003) como “bens de cura”, e abrangem aspectos como a segurança emocional, atenção, informação, técnicas diversificadas e cuidados específicos para cada tipo de paciente que serão prestados pelo médico.

Conforme o autor, ante a entrega desses “bens de cura”, o paciente confia ao médico os seus “males”, e em outro momento pode ou não haver um “pagamento”, no intuito de confirmar a continuidade do tratamento e, mais do que isso, a continuidade da relação estabelecida entre médico e paciente dentro de uma conjuntura da *dádiva médica*, com valores invertidos em relação ao *utilitarismo médico*, que foca primeiramente no valor monetário.

Nesse contexto da relação do paciente com o médico da *dádiva médica*, pode-se supor que este deposita naquele uma esperança de cura, impregnada de medo e de sonho com a cura, que será acolhido pelo médico de modo a evitar o surgimento de doenças como ansiedade, estresse, depressão, entre outras, muitas vezes ocasionadas pela falta de acolhimento do próprio médico – como acontece no utilitarismo médico –, que deixa o paciente se sentir inseguro quando a questão monetária vem em primeiro lugar.

No entanto, isso não significa afirmar que o modelo do paradigma da dádiva seja totalmente divergente dessa vertente utilitarista, tendo em vista que na dádiva, embora às vezes impere a gratuidade, pode haver interesses econômicos a rito de sobrevivência, o que não significa colocar em primeiro plano o valor monetário em detrimento da necessidade individualizada de cada paciente. Nesse sentido, Martins (2003) afirma que “para nossos propósitos, basta entendermos a dádiva como sistema social e cultural” (p. 66), um sistema que diverge do que foi instalado pelo modelo neoliberal.

Acredita-se que a medicina não pode ser analisada como instituição fora do campo social, o que significa que se deve tratar a medicina como fenômeno social total, aberto, com diferentes saberes, rituais e técnicas que juntos convergem para um mesmo propósito, o de encontrar soluções para questões de saúde dentro de uma sociedade. Nesse sentido, muito mais do que a opinião de especialistas, a validação da pluralidade de medicinas depende em geral do sentido de cura que os pacientes guardam dentro de si, de acordo com as suas crenças, costumes e hábitos. Desse modo, a *biomedicina* – já abordada anteriormente – aparece como insuficiente em satisfazer os reclames de uma sociedade que exige mais do que uma prática médica meramente mecânica/biológica, que exige que se considerem na prática médica as dimensões humanas e culturais no enfrentamento da saúde/doença.

Nos séculos XIX e XX, como se verifica na obra de Martins (2003), houve uma movimentação importante no âmbito do *campo médico*, sinalizando a existência de

uma mudança de perspectiva no que diz respeito à forma de se tratar as doenças, até então vistas de forma objetiva e desumanizada pela *biomedicina*. É nesse contexto que são criados novos movimentos sociais que amadurecem a ideia das *medicinas humanistas*, que constituem, para Martins (2003), “[...] um conjunto de práticas ecléticas, ambivalentes e díspares, como a psicanálise, a acupuntura, a homeopatia, a ioga, dentre tantas outras, cujo ponto comum é a valorização da relação médico-doente [...]” (p. 132).

Desse modo, o autor afirma que nos anos 1980, esse movimento entre tecnificação e reumanização levou a uma importante ruptura do *modelo biomédico* da *medicina oficial*, justamente pela insatisfação produzida pela expansão do neoliberalismo no campo médico, que provocou uma reação social na busca pela reumanização, ou seja, pela *medicina humanista*. Nesse sentido Martins (2003) afirma:

A busca de reumanização implica não o reforço do antigo sistema de cura hegemônico, o bioorgânico, mas a liberação de uma série de novos sistemas de cura de bases empiristas que tinham sido represados, como os populares, os alternativos, os bioenergéticos e os xamânicos.

Em síntese, as *medicinas humanistas*, conforme menciona o autor, materializam-se por meio de um agrupamento de práticas sociais e culturais reunidas em volta de um ideal de reumanização da medicina. No sentido contrário a esse propósito, tem-se os interesses econômicos corporativistas, que se reúnem com o ímpeto da ideologia individualista, calculista – pouco sensíveis a qualquer questão social –, e sempre focados em acelerar o processo de tecnificação da medicina.

Esse movimento da *medicina humanista* é denominado por Martins (2003) como *Nova Medicina*, que engloba um conjunto de transformações que afeta tanto dentro quanto fora do campo da *medicina oficial* e que aposta no resgate de práticas médicas diversas – como as xamânicas, indígenas, orientais, etc. –, que estão sendo inseridas paulatinamente no campo oficial.

Portanto, as mudanças na *medicina oficial* para que venha a constituir um novo *modelo médico* capaz de integrar o livre mercado e a igualdade, a ser regularizado pelo Estado, devem ser pautadas pelo princípio da justiça social e solidariedade espontânea (do sistema da dádiva). Isso significa dizer que a criação de uma instituição médica que garanta os ganhos das pesquisas tecnológicas avançadas em

paralelo à cobrança de uma remuneração justa pelos serviços médicos, deverá estar comprometida com o sentido humanista e social que é originário da medicina.

2.6 Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro

Na prática, como menciona Martins (2003), países como o Brasil, que tem um grande problema de desigualdades sociais, foram obrigados a adotar um *modelo misto* para atender à população mais pobre, abrindo espaço para o setor privado ocupar o mercado com os seus modelos neoliberais de assistência no contexto da *medicina oficial*. Esse *modelo misto* representa o resultado de “[...] uma pressão forte por parte dos grupos privados, interessados em reforçar a presença do modelo de capitalismo biotécnico e especulativo” (MARTINS, 2003, p 104).

Entende-se que esse sistema que os Estados Unidos tentam impor ao mundo está ameaçando os direitos democráticos, ao tentar minimizar ao máximo a presença do Estado na regulamentação desse campo, no intuito de facilitar que as ações das *lobbies* corrompam o setor estatal – mediante a transformação dos recursos públicos em privados –, com o mero objetivo de especular e obter ganhos econômicos para os grupos privados e corporações daqueles profissionais da medicina.

Nesse sentido, o que se vê neste país é um desenvolvimento crescente do capitalismo, que tem produzido muitas desigualdades no meio social, inclusive no campo da medicina. Nesse sentido, Melo (2017) afirma que “[...] no capitalismo contemporâneo, temos visto uma radicalização dessas desigualdades, assimetrias e diferenças nos países centrais, que se tornam ainda mais graves em países periféricos, como é o caso do Brasil” (p. 25).

Esse capitalismo instalado passa a exigir dos indivíduos que se submetam a relações puramente monetárias, o que implica retirar desse indivíduo o acesso a direitos basilares como a Saúde, ou até mesmo levá-lo a deixar o convívio familiar para se tornar dependente do mercado, como explica Esping-Andersen (1991). Por outro lado, caso fossem garantidos os direitos sociais básicos de uma sociedade pelo Estado, os indivíduos seriam menos dependentes da sua força de trabalho para sobreviver, o que implicaria a elevação do bem-estar social.

Nesse contexto, não se está a dizer que a participação privada que o capitalismo defende seja de todo maléfica, pois o progresso produzido pelo mercantilismo resultou em benefícios importantes para o bem-estar social como o

surgimento de novas tecnologias que facilitam a vida dos indivíduos, porém o problema se instala quando o Estado não oferece segurança adequada para os interesses sociais. Do mesmo modo Melo (2017, p. 40) afirma que

As tendências recentes mostram que há um aumento da participação privada em todos os arranjos de welfare state. Contudo, o importante a considerar é que a participação privada nos arranjos da welfare state, por si só, não é necessariamente um problema. O problema é a natureza das relações entre o público e privado em mudança, decorrente de contexto do movimento recente do capitalismo.

Essa tendência do movimento capitalista vem afetando o fundo público de forma considerável, devido ao interesse do capital financeiro privado, que aos poucos torna o Estado impotente para proteger o social. Com esse enfraquecimento do Estado, surge então o aumento da desigualdade em meio à discrepância entre público e privado, em um processo de desenvolvimento do capitalismo que toma os recursos do Estado e os direciona para a iniciativa privada.

Os recursos do Estado que serviram para socorrer instituições financeiras falidas durante as últimas crises, poderiam ter sido utilizados para implementar políticas sociais que ajudariam no processo de desmercantilização, porém, ao invés disso, esses recursos foram usados para “[...] criar novos espaços de acumulação para o setor financeiro [...]” (MELO, 2017, p. 41). Evidencia-se essa mesma lógica quando se analisa a quantidade de incentivos fiscais e tributos que são oferecidos para o setor privado pelo Estado.

O que se vê, portanto, é o fundo público sendo direcionado para acumulação de riqueza do setor privado, em vez de estar sendo usado para redistribuir renda e possibilitar o acesso a serviços sociais. Com isso, pode-se analisar que público e privado se relacionam dentro do contexto mercantil de acumulação de capital, no qual inclusive está inserido o sistema de saúde.

O movimento dessa lógica de favorecimento à acumulação de riquezas do setor privado em detrimento do público, afeta de forma substancial a oferta de serviços nos âmbitos da saúde pública e da privada, criando entre elas uma discrepância que só contribui para a desigualdade social. Dessa forma, “[...] A questão do cuidado com saúde passa a ser examinada a partir de critérios puramente econômicos, nos quais os homens teriam uma relação propriamente capitalista com a sua saúde [...]” (MELO, 2017, p. 42), de modo a denotar a negligência do Estado quanto à proteção social.

Nesse viés, as políticas de saúde vão sendo direcionadas para consolidar a ideia de Estado mínimo, enquanto o setor privado continua angariando lucros em cima da fragilidade que o Estado demonstra quando se trata de regular a exploração mercantil, de tal modo que só aumenta a ganância do setor privado em conquistar mais espaço do mercado, assim como Melo (2017, p. 44) afirma:

A ampla gama de ações e serviços e o potencial de combinações público-privada de variada natureza tornam o sistema de saúde e os gastos públicos a ela associados objeto de cobiça de iniciativas privadas, não reguladas e dificilmente reguláveis, regidas crescentemente pela lógica da financeirização da economia.

Esse contexto impõe a reflexão sobre até que ponto as garantias de acesso universal ao sistema de saúde podem ser mantidas enquanto se desenvolve o movimento capitalista no país, e a que ponto a falta de solidariedade no campo médico pode chegar motivada pela ganância. Esse questionamento se faz necessário na contemporaneidade, pois a saúde tem importância vital para a vida do indivíduo, portanto, o acesso aos serviços de saúde representa uma linha tênue entre a vida e a morte. Nesse sentido, a saúde tem ocupado um lugar de destaque nas discussões políticas, que envolvem o Estado, o mercado, os profissionais de saúde e os cidadãos.

Nessa discussão acerca da saúde na política, é preciso haver uma imposição do Estado, pois “[...] mesmo nos países com sistemas universais que, com a reforma, introduziram mecanismos de mercado (incentivo à concorrência e à competição) em seus sistemas de saúde, o papel do governo foi fundamental para regular e delimitar os limites do mercado [...]” (MELO, 2017, p. 61), para que se possa manter a humanidade, a solidariedade e desconstruir a ideia de que o livre mercado consegue funcionar a ponto de manter o bem-estar social e resolver os problemas dos indivíduos de acesso à saúde.

O bem-estar social a que aqui se refere sempre estará comprometido, enquanto o setor privado conseguir fazer prevalecerem os seus investimentos no sistema de saúde com o intuito de somente angariar lucros. Pois isso faz com que o paciente se sinta despossuído da sua saúde, que agora está nas mãos da indústria farmacêutica, das clínicas privadas e dos seguros privados de saúde. Esse fato inclusive gera outras doenças como estresse, depressão e ansiedade, além de problemas econômicos que afetam a renda familiar do indivíduo. Esse cenário é denominado por alguns autores como *capitalismo sanitário*, que Melo (2017, p. 66) define da seguinte forma:

O capitalismo sanitário é a busca de uma lógica econômica e financeira de seguro segundo o qual o homem econômico tem uma relação propriamente capitalista com sua saúde. Portanto, o capitalismo sanitário busca mercantilizar totalmente a questão da saúde, reduzindo-a a um seguro e tratando-a por uma análise de risco econômico.

Na essência, esse capitalismo sanitário contribui para o crescimento desenfreado da desigualdade, o que torna a sua prática cada vez mais insustentável diante das discussões acerca do bem-estar social. As principais vítimas desse capitalismo sanitário são os mais vulneráveis e com menos cobertura, que são os primeiros a sofrer a barreira do acesso à saúde por questões financeiras, mas também sofrem com essa privação os mais doentes e mais pobres, uma vez que o desembolso desses pacientes muitas vezes afeta o orçamento familiar e prejudica outros aspectos de sua vida como a alimentação, higiene, moradia, entre outros que também contribuem para a sua saúde.

Importa mencionar que dentro desse modelo de capitalismo médico, os seguros privados desempenham um falso papel de inclusão no sistema privado de saúde, pois além de aumentarem a especulação em torno dos serviços privados, também geram desigualdade externa – no campo social – e interna. O tratamento desigual dos seguros privados privilegia aqueles que têm menos probabilidade de risco de saúde com valores menores, e penaliza com valores mais caros aqueles que possuem um risco maior de ter problemas de saúde – quando já não os têm – devido à sua idade ou a alguma outra condição. Vê-se, portanto, que a injustiça social desse modelo se apresenta dentro e fora do sistema.

Essa lógica criada pelo capital privado fomenta o sentimento egoísta no qual cada um se responsabiliza por sua própria saúde, independentemente das condições de força maior que a vida impõe para cada indivíduo, possibilitando que se evidencie uma falta de solidariedade e humanidade com o próximo dentro do campo médico, onde deveria existir um sentimento contrário ao que é imposto pelo capital privado no campo da saúde.

O avanço desse capital privado no campo da saúde representa um movimento de colonização do público pelo privado – seguindo a lógica de que um mercado aumenta em detrimento do outro –, e, à medida que esse processo se intensifica, o capital privado consegue mudar de forma drástica todo o espaço que ocupa. Assim, cada espaço que o capital privado ocupa apresenta um novo sentido da saúde, da solidariedade, dos valores, das relações sociais e do próprio indivíduo.

No entanto, a despeito de todo esse movimento do capitalismo no campo da medicina, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil cumpre um papel importante na oferta de saúde para os despossuídos, muito embora ainda esteja longe de ser um sistema considerado eficiente.

Indubitavelmente, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2021]) representou um grande salto para o sistema de saúde brasileiro, em razão da instituição do SUS e da consagração do direito à saúde com acesso universal e gratuito, além da seguridade social. Nesse sentido, de um lado o SUS rompeu com o modelo anterior liberal no que tange à universalização, embora tenha preservado e revigorado o arranjo do setor privado anterior. Assim, mesmo preservando a atuação do setor privado no campo médico, a Constituição Federal (BRASIL, [2021]) representou na época um grande feito em termos da preservação da saúde enquanto um bem público, não obstante os avanços do neoliberalismo, da globalização e da financeirização no mundo.

Nesse sentido, o Brasil se viu na contramão das tendências mundiais de diminuição do papel do Estado e de privatização – que inclusive estavam muito presentes na América Latina. Em grande medida, todo esse arcabouço normativo em prol da democracia ganhou força após um grande período de ditadura que silenciou os movimentos sociais.

Apesar da grande conquista do SUS, esse ainda apresenta muitos problemas. Um deles, devido à sua magnitude, é a drenagem de seus recursos para a resolução de problemas fiscais, além de um afrouxamento e até mesmo incentivo do Estado para a oferta de serviços de saúde pelo setor privado, que sobrepõe cada vez mais o sistema público atual.

Essa “permissividade” do Estado para com o mercado privado de saúde, materializa-se por meio de incentivos fiscais e renúncias tributárias, que poderiam estar sendo usadas para reforçar o combate de várias epidemias, inclusive a covid-19, zika, dengue, etc. Evidencia-se, por conseguinte, um esvaziamento progressivo desses recursos que enfraquece o SUS, nesse sentido Melo (2017, p. 107) afirma:

Para se ter uma ideia bastante simples e de caráter introdutório, o Brasil, apesar de declarar ter um sistema público universal (SUS), tem um gasto público com saúde menor do que o gasto do setor privado, incluindo aí o gasto direto desembolsado pelas famílias, o chamado out-of-pocket. Além disso, no conjunto do gasto público privado, o Brasil gasta menos do que muitos países, inclusive países da América latina que sequer têm sistemas universais.

Ainda segundo a autora, “[...] A participação do gasto público no total do gasto com saúde no Brasil, em 2014, segundo GHD (2017), foi de 46%, enquanto no privado, essa participação foi de 54%.” (MELO, 2017, p. 107). Esses percentuais são bastante expressivos, pois em um país que é o berço do capitalismo como os Estados Unidos, a participação do setor privado de saúde no gasto total foi de 51% em 2014, segundo Melo (2017).

Isso significa que ainda se está muito longe de encontrar soluções para alcançar um patamar razoável de gastos públicos na saúde que seja compatível com a magnitude do sistema universal, comparado com outros países. A explicação para essas distorções nem sempre é evidente, e às vezes é muito complexa dentro da relação público-privado. Desse modo pretende-se analisar, no próximo capítulo, dados que possam elucidar essas distorções.

3 SAÚDE E TEORIA DO DESENVOLVIMENTO NO BRASIL

Neste capítulo, iremos analisar questões conceituais sobre Desenvolvimento Regional, principalmente pela ótica do ilustre autor Celso Furtado, que acreditamos ter uma correlação com Amartya Sen, para entender o assunto relacionado à temática do Desenvolvimento Regional.

Corolário a isso, iremos posteriormente correlacionar o Desenvolvimento com uma perspectiva do âmbito jurídico, fazendo vista ao que estipula a Constituição Federal e uma explanação da estrutura do Sistema Único de Saúde no Brasil, afunilando para uma análise mais específica do Desenvolvimento e o Nordeste.

3.1 Desenvolvimento e Celso Furtado

Para tratar sobre a saúde e o desenvolvimento, considera-se de grande importância trazer para a discussão as grandes contribuições de Celso Furtado na reflexão sobre o tema desenvolvimento, que primordialmente trata o tema não apenas por uma perspectiva econômica, mas também pelo viés da sociologia e da antropologia, entre outras ciências. Nesse mesmo contexto, a obra do autor “O mito do desenvolvimento econômico” (FURTADO, 1973), deixou patente que Furtado é muito mais um pensador do subdesenvolvimento do que do desenvolvimento.

O termo Desenvolvimento a que aqui se refere remonta já ao século XX, no período pós-Segunda Guerra Mundial, conforme Sousa, Theis e Barbosa (2020). Antes disso, em meados dos séculos XVIII e XIX, próximo à Revolução Industrial, realizavam-se estudos sobre crescimento econômico e, logo no final do século XIX até o início da Primeira Guerra Mundial, o termo usado era progresso.

Os anos 1960 foram um marco para discussões sobre políticas econômicas, bem como questões de direitos da mulher, dos negros e de gênero. Nesse contexto, surgem autores que fazem críticas aos conceitos de crescimento econômico e de progresso e ainda demonstram que o desenvolvimento produz concentração de renda, miséria, desigualdade, entre outros problemas. Foi também nos anos 1960 – dentro desses estudos sobre desenvolvimento – que surgiu a teoria da dependência na América Latina e no Brasil, em cujo contexto Furtado (1961, 1963) se coloca.

A teoria da dependência, no primeiro momento, apontava a periferia como consequência do modelo capitalista, mas ao mesmo tempo mencionava que haveria

mecanismos para integrar essa periferia ao modelo capitalista, e foi com esse pensamento que Fernando Henrique Cardoso tentou integrar o Brasil no contexto da economia global. Já a teoria da dependência pelo viés marxista, criticava que por vias capitalistas jamais haveria possibilidade de desenvolvimento, de modo que para que se pudesse falar em desenvolvimento era preciso necessariamente quebrar o modelo capitalista. Outrossim, tratando do tema da teoria da dependência, Furtado (1973) faz críticas a essa dependência com a sua obra “O mito do desenvolvimento econômico”.

No capitalismo evidencia-se a existência de vários mitos, inclusive com relação ao padrão de consumo, que cada vez mais se universaliza de acordo com o modelo americano por intermédio do cinema, da música e de instrumentos ideológicos. Esse padrão de consumo – modelo capitalista americano – é pautado pela exploração contínua de recursos naturais não renováveis. Furtado (1973) aponta a existência de um processo de dependência e um mito de desenvolvimento, tendo em vista que quanto mais se investe no processo de industrialização dependente, mesmo que se produza riqueza, essa riqueza tende a se concentrar mais e aumentar a polarização entre ricos e pobres. Assim, mesmo havendo crescimento econômico, não haveria desenvolvimento que pudesse proporcionar, por exemplo, acesso à saúde com equidade, mediante investimentos e repasses ao setor público de saúde ao invés de abrir cada vez mais espaço para o neoliberalismo adentrar no setor de saúde por meio das suas clínicas privadas, que geram impactos no desenvolvimento da região.

Nos anos 1970, com o milagre econômico, dizia-se que o primordial seria crescer para depois dividir, mas não existia uma lógica de distribuição de renda, o que seria um fator determinante para geração de pobreza a médio e longo prazo. Nesse contexto, Furtado (1973) apresenta o desenvolvimento mediante a análise de dois elementos fundamentais, o meio ambiente e a cultura, degradados pela globalização em razão da imposição de um estilo capitalista de devastação da natureza e o mimetismo cultural, mazelas que somente a presença do Estado poderia minimizar.

Deve-se atentar que, de acordo com os ensinamentos de Furtado (1961), há que se desvencilhar do modelo capitalista que se instala na região nordestina – implementado de forma proposital para perpetuação da concentração de riquezas para as elites –, que impede a ocorrência do processo de mudança tão necessário para que enfim se possa ter um país verdadeiramente desenvolvido e com serviços de saúde pública mais igualitários.

Urge mencionar que a região onde se insere a cidade de Campina Grande-PB também é marcada pela corrupção, que impediu – e ainda impede – o implemento de políticas públicas favoráveis ao combate dos diversos problemas que perduraram até os dias atuais. Um exemplo disso é a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), criada pela Lei nº 3.692, de 15 de dezembro de 1959 (BRASIL, 1959), tendo como responsável de 1959-1964 Celso Furtado –, que, apesar de ter tido o intuito de “[...] dar ao governo um instrumento que o capacite a formular uma política de desenvolvimento para o Nordeste e, ao mesmo tempo, o habilitasse a modificar a estrutura administrativa em função dos novos objetivos” (FURTADO, 1959, p. 164).

Com base nas ideias de Furtado, pode-se tanto estruturar uma forte relação entre saúde e desenvolvimento como estabelecer um diálogo mais contemporâneo sobre as políticas de saúde e desenvolvimento na busca de uma possível harmonização do antagonismo existente na atualidade entre o capitalismo neoliberal e o Estado de Bem-Estar social quanto ao setor de saúde.

Posteriormente, a Sudene foi maculada pela corrupção e desvios de recursos públicos – após a saída de Celso Furtado – para atender aos interesses da elite proprietária de grandes terras na região Nordeste, ou ainda aos interesses individuais de empresas que se instalavam na região sem deixar de forma permanente algum tipo de desenvolvimento, inclusive impedindo o repasse necessário de recursos para alavancar o sistema de saúde público e torná-lo mais eficiente.

Diante do que foi exposto, podemos denotar a importância de uma reflexão constante e interdisciplinar sobre Desenvolvimento no âmbito acadêmico, frente ao atual modelo capitalista que deixa patente os seus erros e ineficiências.

3.2 Saúde como liberdade em Amartya Sen

Sen (1999) considera que a falta de certas liberdades – como acesso à saúde – é um complicador para o desenvolvimento humano. Corolário a isso, pode-se denotar que se vive em uma sociedade na qual o exercício dos direitos essenciais é cerceado por diversos fatores, que persistem e geram privações nos indivíduos, o que afeta diretamente no desenvolvimento humano. Um dos direitos comumente cerceados merecedor de destaque é o do acesso à saúde, cuja negativa no contexto da atual pandemia tem agravado as condições já precárias de existência de um contingente populacional expressivo, afetando diretamente a qualidade de vida das

peças. Nesse sentido, precisa-se evidenciar, à luz da ciência, os impactos dessa problemática no desenvolvimento do estado da Paraíba.

O acesso ao serviço de saúde adequado é primordial para uma sociedade bem desenvolvida, na visão de Sen (1999), para quem a saúde se enquadra como um dos determinantes da liberdade humana, e o desenvolvimento é visualizado como o processo que se volta à expansão dessa liberdade, desvinculado, portanto, da ideia de desenvolvimento atrelada a uma perspectiva puramente econômica. Para Sen (1999, p. 10), “o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”.

A título de exemplo, pode-se constatar que o enfrentamento da pandemia da covid-19 exigiu a realização de mudanças sociais drásticas, como a implementação do isolamento social duradouro para mitigar os impactos causados pela insuficiência de leitos ante a quantidade de infectados, evidenciando inúmeras falhas no sistema de saúde brasileiro, demonstradas adiante. Privações dessa natureza, provocadas por atuação pública deficitária, além de ressaltarem a desigualdade da realidade brasileira, de alguns que podem permanecer isolados sem grandes consequências, enquanto a maioria menos abastada se expõe em locais de trabalho insalubres, fontes de proliferação da doença entre as classes mais pobres, desdobram-se em outras tantas que tiram do indivíduo a oportunidade de desenvolver sua própria vida e o impedem de combatê-las por iniciativa própria.

Sen (1999) define capacidade como a habilidade de uma pessoa de realizar atos considerados valiosos por ela própria. No momento atual de pandemia, por exemplo, os baixos índices de isolamento – em virtude da impossibilidade da população de parar de trabalhar sem comprometer o seu sustento – refletem a incapacidade do Estado de abarcar todos os problemas oriundos da pandemia, o que denota uma clara evidência de desigualdade quanto à liberdade da população de se proteger dos riscos de uma doença altamente contagiosa, ou seja, a liberdade de se isolar da sociedade frente a uma pandemia é privilégio para poucos no atual modelo capitalista. Para Oliveira (2012), os conceitos de capacidade e liberdade estão irremediavelmente atrelados, e o primeiro abrange “[...] o conjunto de oportunidades e opções [de] que uma pessoa dispõe quando [...]” - e aqui tem-se o segundo - “[...] eleger [isto é, escolher] a vida que deseja” (p. 13).

Uma sociedade justa, para Sen (1999), guarda como principal ideia a expansão da liberdade e igualdade das capacidades básicas para que cada indivíduo conduza a sua vida da forma que desejar. Oliveira (2012, p. 17) reforça o entendimento do autor ao atribuir às capacidades básicas a missão de “[...] fundamentar a distribuição de bens em um determinado arranjo político que busque a justiça”.

De fato, a imposição da iniquidade engendrada no meio social brasileiro à população mais pobre, impede a realização de qualquer escolha que potencialize o alcance de circunstâncias que possam promover o bem-estar social. Essa assertiva é validada pelas consequências geradas pela atual pandemia nas classes mais pobres, que tiveram suas atividades econômicas derrogadas, sem que lhes fosse apresentada uma alternativa de subsistência para superar o isolamento social. Nesse sentido, Siqueira-Batista e Schramm (2005, p. 138) elucidam que “O que delimita a iniquidade neste *status quo* é a falta de oportunidade, muitas vezes conseqüente à exclusão social, para livres decisões.” (grifo do autor).

A situação paradoxal ora delineada demonstra que subsistem alternativas justas que abarquem as classes menos favorecidas. Assim, verificou-se que os cuidados com a saúde da população ultrapassam a adoção de medidas sanitárias, requerendo que se proceda a uma análise contextual mais ampla da situação dessa camada da população, na busca de erigir alternativas de liberdades. Esclarecem Siqueira-Batista e Schramm (2005) que “A extensão da equidade em saúde não se limita unicamente à questão sanitária, possuindo uma significativa abrangência, capaz de perpassar acordos sociais, distribuição econômica e o legítimo espectro da liberdade.” (p. 138).

Nesse sentido, as liberdades das pessoas estão atreladas às possibilidades de escolherem diferentes estilos de vida para que o seu bem-estar seja alcançado, ou seja, à capacidade de o indivíduo conduzir a sua vida como entender melhor. Assim, de acordo com Sen (1999), não basta a igualdade de renda para se buscar o bem-estar do indivíduo. Nesse sentido, Daou e Brito Filho (2019) ensinam que:

Em resumo, a concepção de justiça de Sen está relacionada às particularidades de cada pessoa, como também se relaciona com as privações pelas quais passam. A ideia de liberdade, assim, não pode ser dissociada da realização de igualdade no seu sentido material, o que relaciona os direitos fundamentais como prioritários para proporcionar a igualdade de capacidades, pois a privação desses direitos afeta diretamente a capacidade de escolha e autonomia das pessoas. (p. 306)

Nessa senda, considera-se que com a falta de liberdade de acesso à saúde não se pode falar em desenvolvimento humano.

3.3 Constituição Federal de 1988 e o Desenvolvimento

É nesse contexto de crescimento econômico sem políticas públicas voltadas para a saúde, que o capitalismo deliberadamente atribui o desenvolvimento da saúde ao mero crescimento econômico, de tal modo que “[...] Raramente as elites econômicas nacionais atrelaram o processo de acumulação de suas riquezas a algum tipo de projeto nacional e popular [...]” (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2122). Contudo, também se apontam avanços no país, que é referência no mundo em relação à saúde como direito essencial para o desenvolvimento da população, como o Sistema Único de Saúde, implantado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2021]), mas que ainda enfrenta grandes barreiras para sua efetiva atuação em todo o país. Nesse sentido Costa, Bahia e Braga (2017) dizem que “[...] a redemocratização brasileira e a qualificação da saúde como um direito universal fizeram aflorar a necessidade de se enfrentar o desafio de equacionar a participação da saúde no padrão de desenvolvimento nacional” (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2123).

Pode-se considerar que a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2021]) é paradigmática, pois por meio dela veio toda a força dos direitos sociais, inclusive o direito à Saúde. O direito à saúde está disciplinado no Título II da Carta Magna, mais especificamente em seu artigo 6º, que estabelece como um dos direitos fundamentais a saúde. Nesse mesmo sentido, a Carta Magna inscreve o direito ao desenvolvimento em seu artigo 3º, inciso II, que se entende relacionado à dignidade do ser humano, como afirmam Daou e Brito Filho (2019, p. 291), justificando esse entendimento a partir da consideração de que “[...] para o autêntico desenvolvimento é necessária a garantia de direitos sociais [...]”. Pode-se então constatar que a dignidade da pessoa humana só será real quando o ser humano puder alcançar o pleno desenvolvimento de suas capacidades, o que confirma “[...] a inegável conexão existente entre a vida humana digna e o direito de acesso à saúde e ao desenvolvimento [...]” apontada por Daou e Brito Filho (2019, p. 291).

Conforme Daou e Brito Filho (2019), pode-se visualizar a saúde de forma multidimensional, em que a saúde do homem deve ser vista em sua totalidade, levando em consideração a sua condição de vida, inclusive o acesso aos serviços de

saúde, enquanto “[...] o direito ao desenvolvimento é hoje compreendido como um direito fundamental, integrante dos direitos de solidariedade [...]” (DAOU; BRITO FILHO, 2019, p. 298).

Após a saúde ser consagrada como direito fundamental no ordenamento jurídico, em meados dos anos 2000 retomam-se as análises do desenvolvimento nacional, incluindo nesse contexto o papel do campo médico com uma percepção de defesa do direito fundamental à saúde, o que “[...] permitiu que a saúde fosse reconhecida como uma variável estratégica para o desenvolvimento sustentável e competitivo no Brasil [...]” (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2124), que abarca tanto o campo científico quanto institucional. Porém, Costa, Bahia e Braga (2017, p. 2124) ressaltam que, “[...] a despeito de tais iniciativas, a fragilidade da base produtiva da saúde ainda é um desafio setorial e também para a agenda mais ampla do desenvolvimento nacional [...]”, o que corrobora o entendimento de outros autores, bem como dos entrevistados neste trabalho. Nesse contexto, acredita-se ser de grande importância mencionar uma citação de Costa, Bahia e Braga (2017), na qual os autores dizem que:

A importância de aprofundar o entendimento e a compreensão sobre os aspectos inerentes à relação entre o campo da saúde e o do desenvolvimento resta claramente evidenciada diante da constatação da inter-relação e da incidência de elementos políticos, institucionais, sociais e econômicos no direcionamento das trajetórias nacionais de inovação e da dinâmica global de investimentos, e nos avanços ainda tímidos na formação de conhecimento científico. (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2125)

Isso posto, vemos que no ordenamento jurídico brasileiro, a preocupação por um desenvolvimento pautado, inclusive, por uma oferta de serviços de saúde pública está patente, porém, é preciso uma análise da sua implementação prática.

3.4 O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

No Brasil, desde 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal (BRASIL, [2021]), foram inseridos no arcabouço normativo vários direitos essenciais, como o direito à saúde, bem como o dever impositivo para o Estado de prestar esse serviço. Contudo, a realidade da saúde no país vive e resiste em meio a problemáticas de difícil solução, que expõem os brasileiros a vários riscos.

Após a promulgação da Carta Magna (BRASIL, [2021]) surge o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema complexo com a missão de articular e coordenar ações que abrangem a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação da saúde de forma universal. Festejado como conquista expressiva da democracia, sua operacionalização, porém, era reconhecidamente um enorme desafio.

Indubitavelmente o SUS é um grande avanço para a nação brasileira, contudo convive com conflitos oriundos de uma dicotomia entre a realidade e a possibilidade de sua atuação, como demonstram Bahia e Scheffer (2018):

O Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema universal de saúde. No entanto, não é a nação do continente que gasta mais recursos com saúde pública. Existe uma contradição estrutural: apesar do sistema universal, os gastos com saúde são menores do que os de países vizinhos, e as despesas privadas são maiores do que as públicas. (p. 162)

Dessa feita, o uso de alguns serviços especializados ofertados pelo SUS termina sendo racionado, em função do teto orçamentário imposto. Em contrapartida, cresce a oferta de prestação de serviços privados de saúde, por operadoras que estão angariando cada vez mais espaço no mercado de consumo. Para Bahia e Scheffer (2018), a expansão desse mercado e o esfacelamento crescente do SUS são resultado dos “estímulos governamentais ao setor privado especializado na comercialização de planos e seguros de saúde associados ao aumento da formalização dos empregos e renda” (p. 166).

Surge, portanto, uma problemática quanto à distribuição de recursos público-privados, como a isenção fiscal, elevadas taxas para terceirização e corrupção, que poderiam estar sendo auferidos para a sua realocação nas áreas que demandam recursos dentro do sistema de saúde público do país, erigindo assim um vetor de desigualdade desenfreado entre os dois setores. Nesse sentido, Carvalho (2010) menciona que

Os recursos hoje destinados à saúde são insuficientes para a tarefa de se executar um sistema universal de saúde. A comprovação dessa verdade será apresentada comparando-se o gasto *per capita* com Saúde Pública do Brasil e *[sic]* ao de outros países do mundo, em moeda pareada segundo o poder de compra. (p. 48, grifo do autor)

A desigualdade oriunda da má distribuição dos recursos é visível nas filas de espera do SUS para consultas e internações, o que corrobora o entendimento acerca da alavancagem do mercado do setor privado de saúde, possibilitando a absorção da

demanda da classe média, que é atendida com mais celeridade e ainda tem à sua disposição a oferta de serviços da saúde pública. Do mesmo modo, Nogueira (2010) observa que:

Como a qualidade e a presteza do cuidado deixam a desejar, mesmo no caso de procedimentos relativamente simples, como o parto, a classe média espontaneamente se exclui desse subsistema e utiliza os serviços privados equivalentes, credenciados pelo plano de saúde. (p. 33)

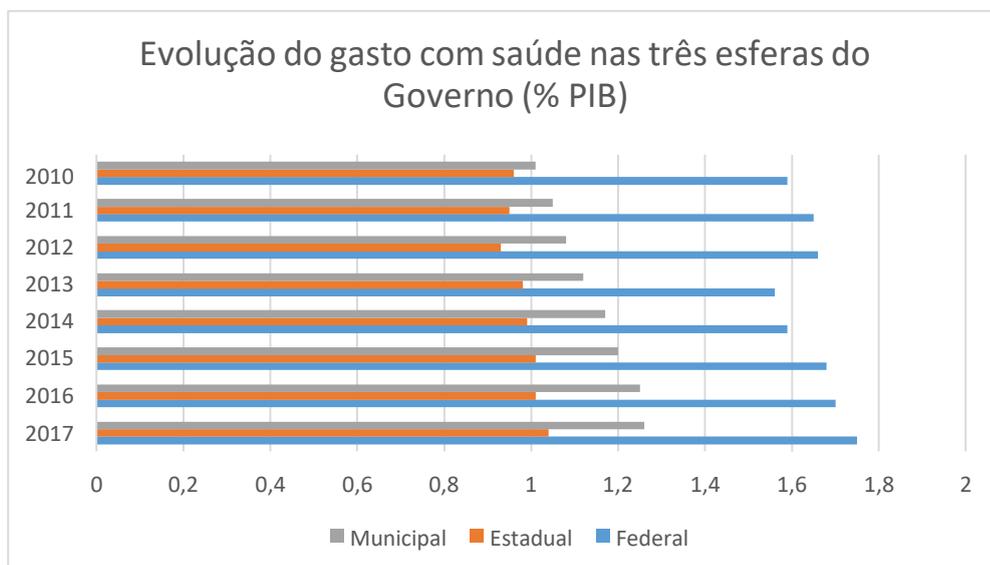
A Tabela 1 e o Gráfico 1, a seguir, possibilitam acompanhar a evolução dos gastos com saúde nas três esferas de governo no período de 2010 a 2017:

Tabela 1 – Evolução do gasto com saúde nas três esferas de governo (% PIB)

	Feder al	Estadu al	Municipal
2017	1,75	1,04	1,26
2016	1,7	1,01	1,25
2015	1,68	1,01	1,2
2014	1,59	0,99	1,17
2013	1,56	0,98	1,12
2012	1,66	0,93	1,08
2011	1,65	0,95	1,05
2010	1,59	0,96	1,01

Fonte: Adaptado de Piola, Benevides e Vieira (2018).

Gráfico 1 – Evolução do gasto com saúde nas três esferas de governo (% PIB)



Fonte: Adaptado de Piola, Benevides e Vieira (2018).

As ilustrações permitem analisar que os gastos com saúde entre 2010 e 2017 do governo federal têm mais expressividade que os efetivados separadamente pelos governos estaduais e municipais. Todavia, os gastos com saúde têm sido maiores para os municípios do que o estadual, o que demonstra uma notória centralização de recursos, a priori, para o governo federal, seguido do municipal e por último do estadual.

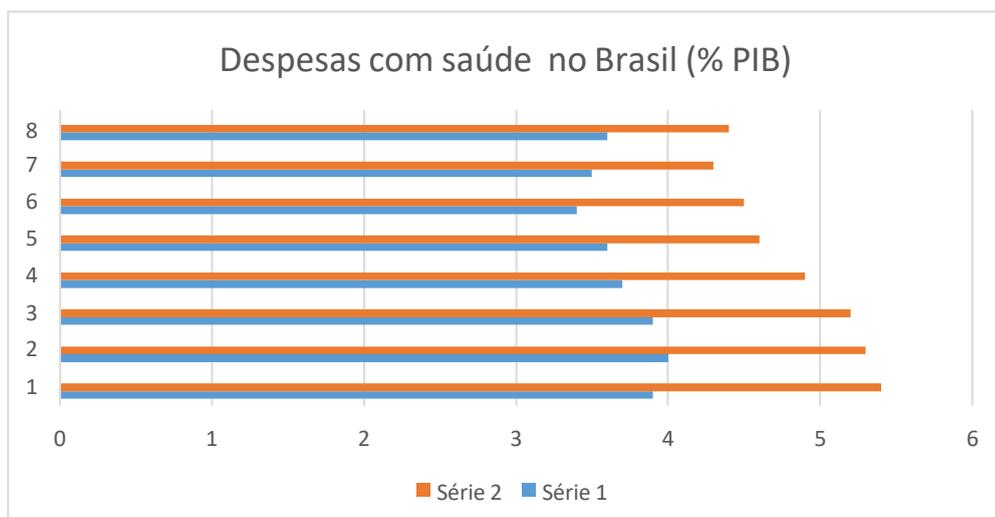
É possível identificar, além do desequilíbrio na distribuição de recursos, que o somatório dos dispêndios públicos com a saúde tem ficado aquém dos gastos feitos pelo setor privado, como demonstram a Tabela 2 e o Gráfico 2, na continuidade:

Tabela 2 – Despesas com Saúde no Brasil (% PIB)

	Governo	Família e Instituições
2017	3,9	5,4
2016	4	5,3
2015	3,9	5,2
2014	3,7	4,9
2013	3,6	4,6
2012	3,4	4,5
2011	3,5	4,3
2010	3,6	4,4

Fonte: Adaptado de Barros (2019).

Gráfico 2 – Despesas com saúde no Brasil (% PIB)



Fonte: Adaptado de Barros (2019).

Os riscos atuais aos quais a população mais pobre está exposta no que tange aos problemas de saúde advêm de um passado negligenciado, de falta de investimentos em saúde pública e abundância de práticas burocráticas, corrupção, virtualização dos direitos fundamentais e tantas outras que contribuem para o aumento da desigualdade na distribuição de riscos e favorecem o crescimento do mercado de consumo dos serviços de saúde particulares.

Para exemplificar, pode-se citar os resultados negativos que poderiam ter sido amenizados durante o período da pandemia da covid-19, quando o sistema de saúde do estado da Paraíba esteve na iminência de sofrer um colapso na data de 25/05/2020, com 81% dos leitos das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) dos hospitais ocupados e o quadro com a atualização dos dados da covid-19 computava 8.016 casos confirmados, 2.218 recuperados, 7.284 casos descartados e 279 que haviam recebido resultado positivo no teste e ainda a confirmação de 28 mortes por covid-19 (CORONAVÍRUS..., 2020; PARAÍBA, 2020a, 2020b).

Esses números resultam da falta de médicos, equipe de apoio, leitos, material hospitalar, entre outros elementos que culminaram no agravamento da ineficiência das condições de absorção das demandas emergentes, oriundas da falta de repasse de recursos e baixo investimento no setor público de saúde, já demonstrada em gráficos anteriores e como será também demonstrada nas entrevistas realizadas pelos médicos do setor público e privado da cidade.

3.5 O Desenvolvimento do Nordeste

Com o dimanar do tempo, no século XIX houve “[...] mudanças substanciais no campo econômico e técnico, como a industrialização, a urbanização, a imigração em massa, o fim da escravidão, o Centro-Sul, notadamente São Paulo [...]” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 52), contribuindo para erigir uma diferenciação substancial entre as regiões Norte e Sul. Nesse sentido, Albuquerque (2011) afirma que:

A diferenciação progressiva entre o Norte e o Sul do país já era tema de diferentes discursos, desde o final do século XIX. Coerentes com os paradigmas naturalistas, colocam como responsável por tal distanciamento as questões da raça e do meio. (p. 70)

Indubitavelmente, no século XIX começou a surgir uma clara diferenciação no desenvolvimento Norte e Sul, tendo como explicação vários aspectos, entre eles o puramente natural, pelo qual “O Norte, segundo este pensamento naturalista, e, para alguns, o próprio país estavam condenados pelo caráter mestiço de sua raça e também pela tropicalidade de seu clima.” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 71), porém outros aspectos, como a questão do declínio do mercado açucareiro e algodoeiro, são importantes e merecem maior aprofundamento para se entender o que levou à diferenciação do Sul em detrimento do Norte.

Nesse sentido, Leff (1972, p. 10) afirma que “Uma explicação do desempenho relativamente precário das exportações brasileira de algodão e açúcar vem sendo feita em termos de limitações (não do mercado) do lado da demanda.”. Outrossim, apesar do crescimento da procura por açúcar e algodão por todo o mundo, o Brasil não conseguiu conquistar esse espaço do mercado, perdendo de forma paulatina a sua importância mercadológica nesses produtos, provavelmente por falta de mão de obra mais barata, ou pela iniciativa dos impérios de não permitirem a expansão dos produtos brasileiros, ou pelos altos custos de frete, ou pela falta de adaptação a estratégias econômicas importantes ou até mesmo por todas essas razões em conjunto.

Assim, a desigualdade que crescia entre as duas regiões também se devia ao crescimento do mercado de exportação cafeeiro e ao declínio da exportação do açúcar e algodão da região Norte, impactada pelas políticas de taxa de câmbio que levava “[...] o café brasileiro [...] [a] ser exportado a preços do mercado internacional

com uma taxa de câmbio esterlino/mil-réis inferior à que possibilitava a exportação do açúcar ou algodão” (LEFF, 1972, p. 16).

Um outro ponto relevante descrito por Leff (1972), foi que o processo de industrialização, que se deu de forma diferenciada na região Sul por volta de 1850, mais especificamente no Rio de Janeiro e São Paulo, aumentou as disparidades, inclusive urbanas, nas regiões Sul – mais moderna – e Norte. Com essas mudanças de mercado, a região Norte, naquela época, não conseguiu se adaptar à nova realidade mercadológica, o que acelerou ainda mais o declínio econômico dessa região, conforme também afirma Albuquerque (2011):

No antigo Norte, vive-se um período de crise acentuada, com mudanças também substanciais que advêm do processo de aprofundamento de sua dependência econômica, de sua submissão política em relação às outras áreas do país, do seu problema de adoção de uma tecnologia mais avançada e de assegurar mão de obra suficiente para suas atividades. (p. 52)

Em consequência desse declínio – que ocorria no século XIX -, os grandes proprietários são forçados a se desfazer de sua mão de obra escrava para a região Sul, o que contribuiu para alavancar o mercado cafeeiro, que já vinha crescendo paulatinamente. Nesse sentido Melo (1984) menciona:

Devido às diferenças de produtividade entre café, de um lado, e o açúcar e algodão, de outro, o dreno da escravaria nortista para as fazendas do sul era inevitável, a menos que os poderes públicos intervissem para estorvar ou proibir o tráfico. (p. 30)

Todas essas mudanças que ocorriam na região Norte também foram influenciadas pelo clima seco do local, desfavorável para o plantio de café – produto que vinha alavancando a economia da região Sul –, o que agravava ainda mais a desigualdade regional entre essas regiões. O geólogo americano Roderic Crandall (1923) produziu um documento descrevendo as características do Norte, colhidas mediante levantamento de dados realizado com a ajuda de vários especialistas estrangeiros, que enfatizava, entre outras questões, o problema da seca da região, dando como solução algumas medidas paliativas como a criação de pequenos açudes para atender aos pequenos agricultores, insuficientes para tolher o efeito devastador da seca na economia regional em declive.

Diante de tantos problemas de difícil solução, outro fator que agravou ainda mais a situação do Norte foi a grande seca de 1877, que marcou a região no contexto nacional, erigindo um sentimento de cooperação no Brasil para ajudar a região a

enfrentar as sequelas dessa seca. Apesar desse sentimento cooperativo, a política aproveitou o momento para atingir os seus próprios interesses. Nesse sentido confirma Albuquerque (2011, p. 72) que “o ano de 1877 é erigido como marco da própria decadência regional, como um momento decisivo para a derrota do Nordeste diante do Sul. Um momento de transferência de poder de uma área para outra”. Nesse período, o clamor por socorro para esse flagelo atraiu a atenção do mundo, bem como dos políticos, que enxergaram uma oportunidade de atenuar a dicotomia entre Norte e Sul mediante a alocação de recursos no Norte. Para melhor elucidar esse período, é importante mencionar o que Albuquerque (2011) expõe:

A seca de 1877-79, a primeira a ter grande repercussão nacional pela imprensa e a atingir setores médios dos proprietários de terra, trouxe um volume considerável de recursos para as “vítimas do flagelo” e fez com que as bancadas “nortistas no Parlamento descobrissem a poderosa arma que tinham nas mãos, para reclamar tratamento igual ao dado ao Sul”. (p. 83)

Paralelo a isso, um marco importante que também ocorreu no século XIX, foi a abolição da escravatura de 1888, que apesar de ter contribuído para agravar a situação do Norte, Leff (1972, p. 5) afirma que “[...] já na época em que a escravidão era abolida no Brasil, em 1888, aproximadamente 75% da população escrava do país se concentravam, não no Nordeste, mas no Sudeste”, desse modo, afirmar que a abolição foi fator determinante do declínio do Norte é uma questão que apresenta divergências. Afora isso, “ao contrário do Norte açucareiro, o sul cafeeiro pôde recorrer a imigração europeia [...]” (MELO, 1984, p. 21).

Com efeito, as oligarquias do Norte começaram a se mobilizar na busca de soluções para sua área, que se fortaleceu com a exclusão de suas províncias do Congresso Agrícola realizado em 1878, que culminou – como resposta de sua exclusão pelo Estado imperial – no Congresso Agrícola do Recife.

Esse evento foi uma forma de chamar atenção para uma elite açucareira que havia perdido a sua hegemonia e poder político, que buscava atingir seus interesses regionais, segregados pelos interesses nacionais. O Norte aqui tratado abrange os estados da Bahia até o Amazonas, que eram os produtores de açúcar e que sofriam com a migração da sua mão de obra barata para a região Sul, que se beneficiou ainda mais com a grande oferta de trabalhadores.

Nesse congresso também foram discutidas as leis que beneficiavam a região Sul com recursos importantes para alavancar o setor, o que não foi feito para a região Norte como se pretendia. Com isso, nota-se nessa época grande esforço para

demonstrar o quanto a região Sul estava se beneficiando em detrimento do Norte, desembocando em apelos por uma solução efetiva para esse impasse. Urge salientar que esse congresso teve grande contribuição para o início do processo de criação da imagem do Nordeste dentro do contexto de Norte.

Desde então, esse imaginário do Nordeste está presente até os dias atuais, mas não foge muito de alguns aspectos como a precariedade da saúde desta região por falta de repasses de recursos e outros problemas que são reconhecidos e incorporados no desenho de nossa pesquisa.

4 DESENHO DA PESQUISA

Para o objeto desta pesquisa, acredita-se que uma fonte privilegiada de dados concretos sobre a relação entre o público e o privado na prestação de serviços de saúde e o fenômeno do surgimento das Clínicas Populares particulares em Campina Grande-PB são as pessoas que estão em contato direto com esse segmento.

Pensando nisso, considera-se que uma das abordagens propícias ao que se pretende investigar é a pesquisa qualitativa, uma vez que o objeto central da pesquisa exige que se lance um olhar criativo entre o possível, o impossível, o conhecimento e a ignorância, como observa Goldenberg (2004). Para isso, optou-se por aplicar entrevistas semiestruturadas com médicos e pacientes que estão inseridos no contexto dos serviços de saúde público e privado, com a intenção de trazer à tona informações inéditas obtidas de ângulos diferentes sobre o objeto da pesquisa. Nesse sentido, Gil (2008, p. 109) conceitua a entrevista como sendo “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

Confiou-se que a realização dessas entrevistas seria mais proveitosa com os médicos e pacientes do setor privado e público em nosso caso e conjuntura específica. Assim, considerou-se a decisão de entrevistar esses médicos e pacientes para tentar entender suas expectativas quanto à prestação de serviços de saúde nas instâncias

pública e privada para os pacientes de Campina Grande-PB. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB, cujo parecer está em anexo.

É importante mencionar que foram muitas as dificuldades enfrentadas até que se conseguisse aplicar as entrevistas nas Clínicas Populares de Campina Grande, a ponto de uma delas alegar que “*Os médicos não recebem nem representante de medicamento, quanto mais entrevista [sic]*”. Persistiu-se na busca, em outras clínicas da cidade, da oportunidade de conseguir obter entrevistas, mas foram muitas as recusas – inclusive registradas pelo *WhatsApp* –, que demonstraram falta de interesse dos proprietários das Clínicas Populares particulares e de seus médicos parceiros em conceder autorização para entrevista.

Contudo, com persistência, conseguiu-se realizar uma entrevista com um médico de uma Clínica Popular privada no centro da cidade de Campina Grande.

Durante o processo de entrevista, indagou-se aos médicos se acreditavam que o direito ao acesso à saúde era garantido para todos. Nesse sentido, 3 dos 5 entrevistados afirmaram que não acreditavam, e os demais relataram que esse direito existia, mas apenas no sentido da lei, não na prática, como se pode evidenciar nas palavras do Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2021): “*No sentido da lei escrita, sim, porém no sentido prático dessa saúde chegar a todos, contemplar todos, não.*”, deixando evidente que na sua percepção, o sistema de saúde público brasileiro tem sido negligente quanto ao cuidado da saúde da população.

Indagados sobre o que poderia ser feito para melhorar o acesso da população à saúde, os médicos entrevistados refletiram mais tempo antes de expor as suas opiniões, as quais foram divergentes. O Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2021) acredita que a solução para nossos problemas de saúde pública seria tratar da corrupção no país, enquanto o Entrevistado 2 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) entende que seria melhorar a gestão, e o Entrevistado 3 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) entende que a questão central seriam os problemas jurídicos, ou seja, a forma da aplicação da lei. Para o entrevistado 4 (UBS Campina Grande, outubro, 2021), a melhoria do acesso das pessoas à saúde passaria pela informação, e o entrevistado 5 (UBS Campina Grande, outubro, 2021), em síntese, opinou que seria necessária uma reestruturação administrativa abrangente. Extrai-se dessas respostas divergentes para o mesmo questionamento, que seriam soluções em conjunto que contribuiriam para a melhoria do acesso à saúde pela população.

Na continuidade, indagou-se dos entrevistados se concordavam com o aumento da oferta de clínicas particulares que vem acontecendo no campo médico de Campina Grande, e a maioria respondeu afirmativamente. A Entrevistada 3 (UBS Campina Grande, agosto, 2021), porém, mostrou-se neutra, mas explicou seu posicionamento: “*Eu nem concordo e nem discordo, Tiago... Porque é uma opção que existe diante da má oferta do SUS, então acaba que eu concordo! Porque acaba sendo necessário, sabe? É uma pena, mas é necessário [...]*”. Por outro lado, a Entrevistada 4 (UBS Campina Grande, outubro, 2021) foi categórica ao afirmar que:

Não, não concordo. É justamente por essa questão se o cidadão ele compreende melhor seus direitos, ele vai saber que não precisa daquela clínica privada, daquela oferta privada, porque tudo o que é ofertado na privada, ele tem, por direito, na pública [mas no final concordou, por achar necessário] [...]

Nesse contexto, perguntou-se aos entrevistados se a qualidade dos serviços de saúde do setor público estava melhor do que a do privado, e todas as respostas obtidas foram mais extensas do que as demais. O que se pôde constatar, em síntese, é que os 5 entrevistados acreditam sem dúvidas que “não”, ou seja, que o melhor serviço de saúde é prestado pelo sistema privado. Conduzindo a discussão para o capitalismo na medicina, indagou-se dos entrevistados se o atual modelo capitalista é uma boa solução para o campo médico, daí surgiram opiniões divergentes. O Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2021) respondeu que:

Não há nenhum modelo no mundo que substitua o modelo capitalista. Nada funciona, a não ser o capitalismo, porque o capitalismo traz a meritocracia. A meritocracia traz a vontade de melhorar e de avançar. Por isso eu acredito nesse modelo.

Diante da mesma pergunta, a Entrevistada 2 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) respondeu mais calmamente o seguinte:

Eu acho que não. Eu acho que a gente tem se centrado, infelizmente, numa medicina mais “medicalista”, por mais que tenha se tentado, nos últimos tempos, se fazer uma medicina preventiva, mas eu acho que o capitalismo do jeito que está sendo imposto, eu acho que ele ainda é de “medicalista”, e lenão é o que o SUS realmente preconiza, não.

Nesse mesmo sentido, a Entrevistada 4 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) acredita que “*Não. O atual modelo do capitalismo, ele retira do cidadão o direito de saúde público, porque ele oferece o que o cidadão tem direito [...]*”. Outrossim o

Entrevistado 5 (UBS Campina Grande, agosto 2021) respondeu que “*Não diria que seria a solução [...]*”.

Junto com as ressalvas que o Entrevistado 2 apresentou na entrevista quanto a essa última pergunta, denota-se que parece haver uma tendência mais forte e contundente dos médicos de clínicas populares privadas em defender o atual modelo capitalista no campo médico. Quanto à biomedicina, indagou-se dos 5 entrevistados se concordavam com o progresso da biomedicina, e todos rapidamente responderam que eram a favor.

Perguntou-se também, para os 5 entrevistados, se concordavam que todas as pessoas têm a oportunidade de acesso ao sistema de saúde privado e responderam que não. Ou seja, há um claro reconhecimento por parte dos entrevistados no sentido de que, apesar de o sistema de saúde pública ser deficitário e não dar acesso a todos, o setor privado também não acena com a possibilidade de amenizar o problema de acesso à saúde, mesmo com o aumento da oferta de clínicas populares.

Quanto à eficiência da oferta dos serviços de saúde pública, perguntou-se para os entrevistados se esses serviços são mais eficientes do que os ofertados pela iniciativa privada e todos relataram que não. O fato de o sistema de saúde pública se encontrar hoje menos eficiente do que o privado, convalida ainda mais a hipótese de que devido a essa ineficiência o sistema privado tem se tornado cada vez mais atrativo para a população, até mesmo para aqueles que têm pouca condição de recorrer a uma Clínica Popular privada. Inclusive o Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2019) chega a mencionar que:

Não concordo porque a gente vê que o privado tem um tempo hábil, a aceleração, é bem mais rápida do que o público em avanços, em serviços prestados, profissionais. Então o público ainda esbarra muito. O crescimento é muito lento e a demanda muito maior; cresce numa escala, proporcionalmente, bem maior do que o crescimento dos serviços oferecidos.

Nesse contexto, aproveitou-se para perguntar aos entrevistados qual a razão do aumento da demanda por clínicas populares privadas. Considera-se essa pergunta uma das mais significativas para sustentar a hipótese do nosso objeto da pesquisa. De antemão ficou claro, pela percepção dos médicos entrevistados, que o incremento dessa demanda se dá justamente pela ineficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2019) relatou:

A razão dessa demanda é aquele GAP da população que precisa de saúde, não consegue encontrar ou se encaixar no público e também não tem

condição de sustentar um plano de saúde, mensalmente e pagando um preço muito alto. Então essa população, além de que a população que perdeu o emprego, perdeu demanda, acabou sem condições de pagar um plano de saúde e como o SUS não absorve essa população acabou como alternativa a essas clínicas populares, então a grande parte da população não consegue ter acesso à saúde no SUS e não tem condição financeira de bancar um plano de saúde. Então acaba sendo absorvido pelo serviço oferecido pelas classes populares.

É preocupante a realidade em que se encontra o direito de acesso à saúde em Campina Grande, pois, como verificado com base na percepção do médico da Clínica Popular, o paciente é compelido a usar sua renda familiar, que muitas vezes é insuficiente até para as despesas do cotidiano, para tratar de uma enfermidade que o sistema público de saúde deveria suprir. Nesse mesmo sentido, o Entrevistado 2 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) relata:

[...] Então você vai marcar com um cardiologista, você vai esperar meses pra conseguir uma vaga. As vezes o paciente tá naquela urgência ali, quer resolver e termina indo pra uma clínica dessa que é popular, que é mais acessível, né? A consulta varia entre R\$ 100,00, R\$ 150,00, R\$ 200,00... O exame já faz ali também, já é mais baratinho... Aí ele vai conseguir dar o seguimento ali também, fidelizar com aquela clínica... [...]

O Entrevistado 5 (UBS Campina Grande, agosto, 2021), por sua vez, afirmou que a razão da demanda das clínicas populares privadas seria que “[...] a população está um pouco desgastada com o modelo de saúde fraco que ficou ao longo desse tempo. Em lugares que você tem que esperar muito numa fila ou que você não tem médico [...]”. Acerca dessa mesma pergunta – quanto à razão da demanda das clínicas populares –, a Entrevistada 3 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) ainda relata o problema de falta de especialistas no SUS:

[...] Por mais que a atenção primária tente e tem obrigação de resolver 85% de sua demanda, mas efetivamente vai precisar de uma consulta especializada. Então muitos pacientes não têm. Não têm porque não tem na rede, não tem profissional, não tem recurso.

Assim, percebe-se que, além da ineficiência na prestação dos serviços, conforme relato da médica da UBS de Campina Grande, o sistema de saúde público mostra-se incapaz de resolver alguns problemas por falta de especialistas, o que contribui ainda mais para que a população, que às vezes já não tem recursos financeiros, termine desfalcando mais ainda a renda familiar para se submeter a um especialista de uma Clínica Popular.

Durante a realização das entrevistas também ficou evidente, de acordo com a percepção dos médicos da UBS e da Clínica Popular de Campina Grande, que o sistema de saúde brasileiro se encontra estagnado, sem evoluir, como se levantou a título de hipótese para o fenômeno estudado nesta pesquisa. Nesse sentido, pode-se confirmar referida hipótese com o relato do Entrevistado 1 (Clínica Popular, agosto, 2021), em resposta à indagação acerca de qual setor de saúde tem melhorado mais, o público ou o privado:

Eu acho que tem chegado mais à população, hoje em dia, o privado, porque essa questão das clínicas populares, que é um fenômeno em todo o Brasil, tem crescido bastante e tem chegado à população, tem crescido mais, tem oferecido mais serviços à população. Enquanto que o SUS, praticamente, não se abre leitos. O Brasil, se você for comparar nas últimas décadas, só tem perdido leitos e serviços hospitalares.

Na mesma pergunta, a Entrevistada 3 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) relatou que:

Pode parecer até na minha fala que eu não gosto do SUS, pelo contrário, eu sou uma defensora assim... Defendo demais porque os princípios do SUS são maravilhosos, são lindos! Se metade deles funcionassem, com certeza, ele seria ser muito, muito melhor do que o setor privado, mas... [...]

Resta comprovado, por intermédio desses relatos, que realmente o sistema de saúde público está estagnado, enquanto as clínicas populares crescem, tomando mercado e explorando os recursos de famílias que às vezes não têm como pagar uma consulta de uma clínica popular sem que faltem recursos básicos para seu sustento. Nesse mesmo sentido, ao se perguntar ao Entrevistado 5 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) sobre qual setor tem melhorado, ele afirma que “o setor privado vem avançando a passos largos, na medida que ele consegue se renovar com uma velocidade um pouco maior, porque a renovação e a tecnologia é propaganda para o setor privado”. Nessa mesma direção, a Entrevistada 4 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) teve entendimento similar.

Por último, perguntou-se aos entrevistados qual seria a perspectiva de um recém-formado em medicina. Considerando-se a atuação desse profissional no setor público ou privado percebeu-se, com base na percepção dos entrevistados, que a tendência é de esses profissionais almejam a remuneração do sistema público, visto que o investimento em consultório privado é alto. Assim, acredita-se que esteja havendo essa movimentação do pessoal recém-formado para atuar nas clínicas

populares em Campina Grande, a qual vem aumentando cada vez mais. Nesse sentido, o Entrevistado 2 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) relatou que *“Então, assim, pra um recém-formado e pra um médico com 50 anos de profissão, o SUS ainda é o que garante o maior faturamento dele... São os plantões, são os hospitais de referência que trabalham para o SUS, pra o público, entende?”*.

O mesmo entrevistado ainda explicou que para um *“recém-formado é muito difícil, muito difícil iniciar no privado. Quase nenhuma área... Eu ia falar ‘dependendo da área’, quase nenhuma área ele vai conseguir largar”*. Um outro fator que se constatou com o relato da Entrevistada 3 (UBS Campina Grande, agosto, 2021), é que a busca desses recém-formados é de ingressar no sistema público, por exigir menos qualificação: *“Um local que eu trabalho se exige uma qualificação um pouco maior, no sentido de ter uma residência, ter uma especialização ou no mínimo ter experiência, né? Isso é uma coisa que o setor público não exige muito”*.

Já a Entrevistada 4 (UBS Campina Grande, agosto, 2021) acredita que *“para um médico recém-formado a perspectiva é no setor público”*, igualmente parecido com a opinião do Entrevistado 5 (UBS Campina Grande, agosto, 2021), que afirma que *“Com recém-formado, eu vejo que o serviço público às vezes deixa a gente um pouco entristecido, porque a gente não consegue fazer aquilo que a gente esperava poder fazer”*, ou seja, uma clara demonstração de que, apesar de existir interesse de atuar no setor público, o mesmo não dispõe de oportunidade suficiente para que o profissional na saúde exerça sua profissão com plenitude.

Pode-se concluir até então, por intermédio da percepção dos médicos entrevistados, que o sistema de saúde público está deficitário, sem conseguir atender à população de forma eficiente e que por isso tem aumentado a oferta das Clínicas Populares, tendo em vista que essas clínicas privadas conseguem oferecer um serviço especializado e mais acelerado, ou seja, suprem a deficiência do sistema público de saúde, mesmo cobrando valores que afetam a renda familiar.

Nesse sentido, ainda se percebe que os médicos entrevistados concordam com o aumento da oferta dessas clínicas populares, o que corrobora uma tendência do Capitalismo Médico de aumentar cada vez mais, inclusive mediante uma maior saída de profissionais médicos devido ao aumento das faculdades particulares, que formam profissionais que – como analisado nas entrevistas – buscam primeiramente o cargo público por exigir menos qualificação e oferecer remuneração garantida.

Além do que foi exposto até aqui, acreditamos ser de fundamental importante para esta pesquisa a percepção dos usuários dos serviços das clínicas populares privadas, como aqueles que tiveram experiências com a prestação de serviços de saúde pública. Para tanto, entrevistamos os pacientes que estavam em sala de espera tanto nas clínicas populares como nos hospitais públicos.

Durante o processo de entrevista, indagou-se aos pacientes se acreditavam que o direito à saúde garantido a todos é bom para o desenvolvimento. Nesse sentido, todos os pacientes entrevistados concordaram positivamente.

Indagados sobre o que precisaria para melhor garantir o direito à saúde para a população, todos os entrevistados concordaram que é preciso melhorar a garantia desse direito. Nesse sentido, o Entrevistado 3 (Paciente, julho, 2002) enfatizou que faltam “*Muitas decisões, muitas políticas públicas de saúde serem efetivadas [...]*”. De modo semelhante argumentou o Entrevistado 5 (Paciente, julho, 2022):

Precisaria de um governo que se preocupasse mais com o direito e com a saúde dos mais humildes. Dos que não tem condições pra estar chegando numa unidade e ter um imediato socorro, atendimento... Um atendimento mais... Mais recurso! Porque o pobre, a pessoa humilde não tem. É isso. Eu acho, né? Na minha opinião.

Percebemos nessa última pergunta uma unanimidade na percepção dos pacientes entrevistados, de que o Estado Democrático de Direito precisa ser mais eficiente na efetivação do teor das normas do ordenamento jurídico, o que também corrobora a opinião dos médicos entrevistados quanto à falta de aplicabilidade das garantias constitucionais no que tange à saúde pública.

Nesse contexto, aproveitou-se para perguntar aos entrevistados como foram suas experiências ao buscar os serviços públicos de saúde e tivemos a percepção de que entre os entrevistados, suas experiências foram regulares no geral, e o que nos chamou atenção foi que, apesar dos próprios relatos dos médicos quanto à necessidade de efetivação de melhorias no sistema de saúde pública, obtivemos relatos favoráveis. Como mencionou o Entrevistado 3 (Paciente, Maio, 2022) acerca da qualidade dos serviços de saúde pública: “*É boa. Eu sou admiradora do SUS. O que o SUS tem pra a gente é muito bonito. O que precisa é de profissionais com responsabilidade e respeito.*” Nesse ponto da entrevista, acreditamos que essa percepção positiva dos serviços de saúde seja mais por uma questão de o profissional ter se habituado com a situação precária do que uma percepção positiva real, tendo em vista os relatos dos próprios médicos que entrevistamos nesta pesquisa.

Noutra situação, ainda quanto à experiência dos pacientes com os serviços de saúde, perguntamos aos entrevistados como foram as suas experiências com as clínicas populares privadas. Em âmbito geral, observamos que todos tiveram uma boa experiência, sendo apenas o Entrevistado 1 (Paciente, Maio, 2022) que relatou não ter gostado e que prefere os serviços de saúde pública. Nesse último relato, chamou-nos a atenção o fato de a percepção da experiência do setor público, apesar de ser a minoria, ter sido superior ao atendimento privado da clínica popular, que apesar de poder ser apenas um caso isolado, tivemos outro relato interessante da Entrevistada 5 (Paciente, Maio, 2022), quando a mesma afirmou que: *“Clínica popular privada... Eu digo a você que faz a mesma coisa. Tá quase por igual, tanto na espera como no atendimento. Eu tenho essa experiência comigo porque eu procuro as duas e é isso.”*

Desse modo, podemos perceber que ainda existe uma parcela dos usuários que percebem o atendimento dos serviços públicos de saúde melhor ou igual aos serviços das clínicas populares, então isso nos faz refletir se esses relatos são reflexo de um bom atendimento nos serviços públicos de saúde na cidade de Campina Grande–PB, ou se poderemos encontrar os mesmos relatos, mesmo que isolados, em outras regiões do Estado.

Nesse íterim, aproveitamos para perguntar se os entrevistados concordavam com o aumento da oferta de clínicas populares privadas na cidade e observamos que a grande maioria concorda, exceto 2 entrevistados (equivalente a 20% dos pacientes entrevistados). O que nos chamou a atenção foi que o motivo da concordância está atrelado à baixa qualidade do serviço de saúde pública, como relata o Entrevistado 7 (Paciente, Maio, 2022):

Concordo. Na verdade, como o serviço público... Ele não oferece, muitas vezes, um serviço de qualidade ou quando oferece de qualidade, às vezes, é muito demorado... Vamos dizer assim: essa subida dessa oferta, eles têm proporcionado um serviço que cabe no bolso de muitas pessoas, certo? Então muitas pessoas preferem pagar para que não perca muito tempo ou, às vezes, perde muito tempo e não consegue resolver o problema. Às vezes é mais fácil fazer um esforço e conseguir um serviço melhor na clínica popular.

O relato anterior corrobora a hipótese desta pesquisa de que a baixa qualidade dos serviços de saúde pública tem contribuído para o aumento das clínicas populares privadas.

Nesse sentido, aproveitamos para perguntar aos entrevistados de forma enfática se os serviços de saúde pública estão melhores do que os serviços de saúde

privada e as respostas que obtivemos foram de que a maioria não concorda que os serviços de saúde pública sejam melhores do que os de saúde privada, sendo que alguns disseram que apenas às vezes são melhores e 2 entrevistadas (20% dos entrevistados) acham que sim, o que nos demonstra que em termos de concorrência entre os dois serviços o privado tem uma vantagem mercadológica em termos de qualidade.

Em sequência, para embasar a nossa pesquisa no que concerne aos estudos sobre os sistemas de inovação de medicamentos, equipamentos e mercado, perguntamos aos entrevistados como eles enxergam a disponibilidade de medicamentos e equipamentos, comparando os serviços públicos e particulares. O resultado que obtivemos dos relatos dos pacientes entrevistados foi que a maioria afirma que o sistema de saúde público é deficiente quanto à disponibilidade de medicamentos e equipamentos quando comparado com o particular, conforme relato da Entrevistada 6 (Paciente, Maio, 2022):

Tem uma diferença muito grande. Os serviços públicos ainda tá... Tem muito a se preocupar. Deixa muito a desejar... Enquanto que os privados, os particulares, né, eles se empenham mais em comprar equipamentos, medicamentos, essas coisas... Pra equiparar uma coisa à outra, as particulares estão bem melhores.

Essa percepção converge com o entendimento de Gadelha (2003), que defende a necessidade do tratamento das inovações em saúde mediante políticas públicas de forma articulada com enfoque na dinâmica econômica que vem se erigindo no sistema de saúde, que só vem piorando a desigualdade social, ou seja, seria necessária a presença do Estado na tensão entre a dinâmica empresarial e a geração de inovações para que se possa garantir acesso equitativo aos serviços de saúde. Neste sentido, de forma detalhada, afirma a Entrevistada 4 (Paciente, Maio, 2022) que:

Porque tudo, hoje em dia, que envolve o dinheiro é bem mais fácil, né? E a gente sabe que a escassez do SUS, a escassez do público torna que o privado é bem melhor por conta que você paga, você recebe. E lá você fica naquela agonia de ficar procurando, procurando e falta. A gente sabe que falta, né?

Desse modo, fica evidenciado que a percepção dos entrevistados é de que a disponibilidade dos medicamentos e equipamentos é mais satisfatória nos serviços privados, ou seja, para aqueles que têm maior poder aquisitivo ou que estão dispostos

a sacrificar sua renda familiar para ter acesso a esses medicamentos e equipamentos inovadores. Assim, o progresso tecnológico, como menciona Silveira (2017), pode proporcionar o desenvolvimento econômico e ao mesmo tempo acirrar desigualdades sociais. Isso acontece, segundo Silveira (2017, p. 2122), porque “Raramente as elites econômicas nacionais atrelaram o processo de acumulação de sua riqueza a algum tipo de projeto nacional e popular.”. Nesse contexto, consideramos importante a seguinte afirmação de Silveira (2017, p. 2123):

A ação pública deveria promover trajetórias e inovações tecnológicas reorientadas para a busca do bem-estar coletivo, interrompendo a reprodução dos padrões de consumo das minorias estabelecidos na origem do nosso processo industrial e perpetuados até a atualidade, em detrimento do bem-estar e das condições de vida e de trabalho da grande maioria da população brasileira.

A nosso ver, as oportunidades disponibilizadas à população, concernentes à modernização da saúde, relacionam-se diretamente com o Estado de Bem-Estar Social, o que nos leva a entender que é necessário haver políticas de desenvolvimento em escala nacional capazes de homogeneizar a sociedade de modo a orientar o progresso tecnológico para que esta siga um trajeto socialmente sustentável e desejável a partir da intervenção do Estado na economia. No campo da saúde, um exemplo bem sucedido dessa intervenção no Brasil é o caso dos medicamentos genéricos, como também das farmácias populares. Em ambas essas situações, o Estado interferiu junto à indústria farmacêutica para baratear os custos de medicamentos para torná-los mais acessíveis à maioria da população.

Nesse mesmo raciocínio, perguntamos aos entrevistados se os medicamentos vendidos nas farmácias atualmente são acessíveis para a população mais carente e o que o governo deveria fazer quanto a isso. Por intermédio dessa pergunta, constatamos que os pacientes entrevistados, por unanimidade, acreditam que o Estado deveria intervir mais nos preços dos medicamentos, principalmente aqueles mais caros, de modo que os preços fiquem mais baixos e próximos da capacidade de pagamento da população. Como exemplo temos o relato do Entrevistado 4 (Paciente, Maio, 2022):

Não. Não está muito acessível às pessoas mais carentes, não. O governo deveria baixar os impostos, da medicação muito mais. Da medicação muito mais! Porque tem medicação que é muito, muito cara. Então pobre, hoje em dia, morre por falta de medicamento qualificado.

Corolário a essa percepção dos entrevistados acerca do acesso da população aos medicamentos, Gadelha (2002, p. 522) afirma que “A lógica empresarial capitalista penetra de forma arrebatadora todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases – como a farmacêutica e de equipamentos médicos – [...]”. Assim, tanto no setor público quanto no setor privado, é possível identificar um processo de transformação no qual a organização e a gestão da produção de medicamentos e serviços de saúde estão convergindo para um padrão empresarial, com objetivo de lucros em detrimento da igualdade social.

Esse mesmo autor confia que esse processo não pode ser visto apenas no setor privado, mas sim como um processo geral em decorrência do sistema capitalista. Nesse sentido, Gadelha (2002, p. 523) considera que a área da saúde “[...] requer uma forte presença do Estado e da sociedade para compensar as forças de geração de assimetrias e de desigualdade associadas à operação de estratégias empresariais de mercado”.

Nesse mesmo sentido, Martins (2003, p. 119) afirma que “o capitalismo médico especulativo promove (do mesmo modo que impede) a produção em série de medicamentos, de equipamentos e técnicas, com o único objetivo de estimular a acumulação econômica e a especulação financeira”. Para Martins (2003), existe uma tendência muito crescente da utilização da biomedicina para uma nova possibilidade de exploração mercantil dentro do campo médico por meio da produção desenfreada de novos medicamentos.

Fica-nos evidente que esse processo de inovação e padrão empresarial no setor de saúde interliga todas as cadeias inseridas no sistema de saúde, abrangendo desde a produção de medicamentos e tecnologias inovadoras até os serviços de atendimento hospitalar público e privado que dão vazão ao processo inicial da cadeia mediante a indicação de medicamentos, diagnósticos e procedimentos hospitalares engendrados pelo sistema capitalista, merecendo portanto a intervenção do Estado para equacionar as irregularidades que o processo de acumulação acarreta para a população.

Em continuidade com a entrevista, perguntamos aos pacientes entrevistados se eles acreditavam que a maioria das pessoas tinham acesso a serviços de saúde particular e constatamos que apenas 1 paciente entrevistado (Entrevistado 2, Paciente, Maio, 2022) (10% do total) respondeu que sim, mas mesmo assim não

fundamentou a sua opinião, o que nos faz considerar uma resposta sem reflexão. Ao contrário desse, o Entrevistado 4 (Paciente, Maio, 2022) apresentou resposta semelhante às dos demais da seguinte forma: “*Não. Não, não. A maioria das pessoas tem acesso ao SUS, né? Mas ao particular pouquíssima. Pouco, pouco. Pouco mesmo.*”

Com essa percepção dos entrevistados, podemos perceber a presença dos antagonismos representados de um lado pelo Estado de Bem-Estar Social e, do outro, pelo capitalismo liberal, que presenteia com a modernização apenas algumas pessoas, que “[...] alimentam a persistência da polaridade modernização-marginalização que marcou a história do desenvolvimento contemporâneo brasileiro” (SILVEIRA, 2017, p. 2120).

E, por último, perguntamos aos pacientes entrevistados o que eles achavam de o governo dar um cheque para que as pessoas escolhessem a sua clínica particular de preferência, ao invés de o Estado construir mais hospitais públicos. Nessa pergunta, obtivemos opiniões variadas, porém a maioria (60% dos pacientes entrevistados) concordou com a ideia do cheque (voucher) para tratamento privado. Entre os que não concordaram (minoria), achamos mais completa a colocação do Entrevistado 6 (Paciente, Maio, 2022):

Essa estória de cheque eu acho que não tem validade, não. Eu acho que construir mais hospitais públicos também não. Eles têm mais é que qualificar o pessoal, convocar mais profissionais qualificados. É porque o serviço público não tem... Não tem profissionais qualificados na área. Como já falei anterior, os profissionais qualificados a gente tem que procurar fora. Por exemplo, minha cidade do interior. Estou aqui em Campina Grande justamente por esse motivo. Precisei de uma dermatologista e não tem na minha cidade, onde eu moro, então eu tive que vir procurar aqui hoje. Por isso eu digo que convocar mais, contratar mais profissionais em todas as áreas, porque não tem. Só tem o clínico geral.

No sentido oposto da afirmação citada, consideramos bem completa a afirmação do Entrevistado 7 (Paciente, Maio, 2022), que afirma o seguinte acerca do cheque para tratamento privado fornecido pelo governo:

Olha, eu acho uma boa iniciativa porque, em muitos casos, o serviço público não tem... Vamos dizer... Às vezes tem o serviço lá, eles têm o equipamento, têm a medicação, mas não sei se a administração faz com que as pessoas não recebam esse recurso.

Com isso, analisa-se que a tendência é de que essas clínicas populares aumentem cada vez mais, enquanto o sistema público de saúde se torna estagnado

e o capitalismo domina a medicina mediante a oferta de equipamentos e medicamentos mais modernos. A maioria das pessoas entrevistadas relataram uma carência de atuação do Estado para melhor regularizar os sistemas de saúde (público e privado), para que a população mais carente possa ter a mesma oportunidade de acesso a serviços de saúde mais qualificada, e sanar esse problema social. Para Martins (2003, p. 62), esses problemas sociais aparecem “[...] num contexto tanto de crise do Estado do bem-estar como de conhecida limitação. Em termos sociais, da medicina neoliberal”.

Corolário a isso, Martins (2003) nos mostra que a *medicina moderna* que se estabeleceu por todo o mundo, trouxe reflexos em vários níveis e instituições diversas, como técnicas de cura, políticas públicas, financiamento do setor e outros. Como podemos analisar nas entrevistas, esses reflexos apontados por Martins (2003) ficam patentes quando visualizamos tensões no campo da oferta de saúde pública e privada.

Desse modo, conforme afirma Martins (2003), os ganhos econômicos fazem com que o utilitarismo se instale no campo médico moderno assim como o neoliberalismo, que se instala de modo acelerado em seu meio e acarreta, segundo o autor (2003. p. 153):

O surgimento de clínicas médicas luxuosas para os que têm recursos materiais ou que podem pagar o seguro de saúde privado faz um contraste inegável com a degradação dos hospitais públicos destinados à maioria da população que não tem recursos ou não tem acesso ao seguro privado.

Nessa direção, podemos constatar, pelos resultados das entrevistas e por meio da obra de Martins (2003), que essa desigualdade produzida principalmente pela transferência da responsabilidade do Estado em entregar os serviços de saúde da população para o setor privado, faz com que as pessoas mais pobres, que não possuem recursos econômicos suficientes para arcar com seguros privados, sejam as maiores vítimas do atual sistema médico mercantilizado, que, para tornar acessíveis os serviços privados a esse vitimados, faz surgir “A perspectiva de vivência de sofrimento dobrado (pelo padecimento do corpo e pelo esvaziamento do bolso, muitas vezes com o comprometimento do patrimônio familiar) [...]” (Martins, 2003, p. 188).

Com tudo o que foi exposto, acreditamos que há uma necessidade imperiosa, mediante aparelhos estatais, de intervenção no *campo médico* para regularizar as discrepâncias trazidas pela mercantilização do sistema de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A globalização traz consigo desafios que exigem uma integração mundial para combater os efeitos negativos erigidos por ela. Um desses desafios é encontrar acordos internacionais unificados que tenham viabilidade em sua aplicação quanto à saúde mundial. Com isso, confiamos que é preciso haver uma constante reflexão, planejamento e implementação de medidas que diminuam a desigualdade mundial quanto ao acesso à saúde.

Nesse sentido, é preciso pensar no Estado de Bem-Estar Social, que se encontra abalado pela exacerbação da competitividade engendrada pelo capitalismo neoliberal, que gerou uma medicina cada vez mais utilitarista, desumanizada e distanciada das relações interpessoais, ou seja, focada nos lucros e no acúmulo de capital em detrimento da dádiva médica mais humanista.

O utilitarismo médico proporciona uma crescente dependência da biomedicina, focada mais na produção de curas de doenças do que nas causas dessas, deixando de lado as verdadeiras causas que estão contidas no íntimo de cada indivíduo.

Com isso, cada vez mais o sistema de saúde privado se aproveita dessa demanda engendrada pelo capitalismo médico e da biomedicina para aumentar os seus lucros. Mas isso não seria possível se não houvesse omissão do Estado em cumprir os seus deveres disciplinados na Constituição Federal. O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ser disciplinado pela Carta Magna, carece de aplicabilidade por falta de recursos, enquanto o setor privado se aproveita dessa deficiência para apropriar-se da renda familiar dos mais carentes em favor dos seus lucros e acúmulo de capital, como ocorre no caso das “clínicas populares”.

Portanto, na relação dos investimentos nos sistemas de saúde público e privado percebemos, por meio dos dados secundários e das entrevistas, uma clara discrepância, que por obviedade beneficia cada vez mais o setor privado – como por exemplo as clínicas populares –, na medida em que atendem a uma população que, por carência material, necessita dos serviços públicos de saúde, mas se desespera pela demora dos atendimentos e termina comprometendo sua renda familiar, vivenciando, por consequência, o declínio de suas condições financeiras para solucionar um problema que se mostra urgente e imprescindível de ser resolvido.

Como visto, a saúde gera impactos no desenvolvimento regional e, pelo atual modelo capitalista, tais impactos têm sido cada vez mais agravados, pelo notório crescimento da desigualdade engendrada pelo modelo neoliberal.

Discutir o desenvolvimento na região Nordeste nos traz desafios peculiares, tendo em vista as suas próprias especificidades de problemas de saúde, os quais se entrelaçam com a pobreza dos habitantes da região e as práticas clientelistas/coronelistas que influenciam negativamente a gestão pública, fatores que geram direta e indiretamente desigualdades de acesso aos sistemas de saúde.

Com tudo que foi exposto, concluímos que os atendimentos médicos vinculados à lógica do capitalismo tendem a gerar ainda mais desigualdades, inclusive na cidade de Campina Grande-PB. Os dados coletados mediante a aplicação das entrevistas demonstram, em síntese, que há um reconhecimento pelos médicos e pacientes da cidade, tanto dos hospitais públicos quanto dos privados, de que o Sistema Único de Saúde é deficitário. Então, considerando a lógica de mercado e dos processos de inovação de medicamentos e equipamentos ofertados pelo setor privado, seguida pela lógica empresarial, a oferta de clínicas populares tende a aumentar na medida em que o Estado não cumpre o seu dever constitucional de garantir o direito à saúde para todos de modo equitativo.

Tal fato nos leva a concluir que o atual modelo capitalista neoliberal no Brasil conduz o sistema público de saúde a uma lógica de mercado que leva ao seu sucateamento, burocratização excessiva, corrupção e práticas patrimonialistas, que resultam no incremento da desigualdade social, a qual se constitui um problema profundamente relacionado ao Desenvolvimento Regional.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 158-171, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe3/158-171/pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- BARROS, 2019. IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Contas Nacionais. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-dficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-7>.
- BECK, Ulrich. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. Dossiê Saúde Pública. **Estud. av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 21-38, abr. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/CkH3NLb6Cqz6ytdVkmDsbwM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 3.692, de 15 de dezembro de 1959**. Institui a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1959. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3692.htm. Acesso em: 10 out. 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2021.
- CARVALHO, Gilson. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. *In*: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 48-67.
- COSTA, Laís Silveira; BAHIA, Ligia; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 7, p. 2119-2127, 2017. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/630/63051952004_2.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.
- CRANDALL, Roderic. **Geografia, geologia, suprimento de água, transporte e açudagem nos estados orientais do Norte do Brasil**: Ceará, Rio Grande do Norte e Parayba. 4. ed. Texas: Imprensa Inglesa, 1923.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014. DOI: <https://>

doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3SZQCBNKhKBWJWbq3LbQtpz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FURTADO, Celso. **A operação Nordeste**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura e Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iseb), 1959.

FURTADO, Celso. **Desenvolvimento e Subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

FURTADO, Celso. **O mito do Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g3s64xr995byZfmkHb4HBrc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e Inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan./fev. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/v3GmSjd7FrDjxfvgN7RhZqt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones Unad**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 55-73, Julio-Diciembre 2015.

LEFF, Nathaniel H. Desenvolvimento econômico e desigualdade regional: origens do caso brasileiro. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 3-21, 1972.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MELO, Evaldo Cabral de. **O Norte agrário e o Império**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; Brasília: INL, 1984. (Prefácio e Capítulos 1 e 2).

MELO, Maria Fernanda Godoy Cardoso de. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2017.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. *In*: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

OLIVEIRA, Mário Nogueira de. Amartya Sen e as sociedades mais justas como ideia e realidade. **Fundamento – Revista de Pesquisa em Filosofia**, Ouro Preto, n. 5, p. 11-21, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/fundamento/article/view/2320/1736>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. João Pessoa, PB: Secretaria de Estado da Saúde, 2016a.

PARAÍBA. Controladoria Geral do Estado. **Balanco Geral do Estado 2016**. 2016b. Disponível em: <http://siaf.cge.pb.gov.br/CGE/siafweb/2016/balanco/60.PDF>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PARAÍBA. Controladoria Geral do Estado. **Balanco Geral do Estado 2017**. 2017. Disponível em: <http://siaf.cge.pb.gov.br/CGE/siafweb/2017/balanco/60.PDF>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PARAÍBA. Controladoria Geral do Estado. **Balanco Geral do Estado 2018**. 2018. Disponível em: <http://siaf.cge.pb.gov.br/CGE/siafweb/2018/balanco/60.PDF>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PARAÍBA. Controladoria Geral do Estado. **Balanco Geral do Estado 2019**. 2019. Disponível em: <http://siaf.cge.pb.gov.br/CGE/siafweb/2019/balanco/60.PDF>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. TD 2439 - Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. **Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

SCHIMIDT, João Pedro. Políticas públicas no Brasil 1930-2018: tensões entre welfare state e estado mínimo. **Revista Direitos Humanos Fundamentais**, Osasco, ano 19, n. 2, p. 93-119, jul./dez. 2019.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SILVEIRA, Laís Costa. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 7, p. 2119-2127, jul. 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SOUSA, Cidoval Morais de; THEIS, Ivo Marcos; BARBOSA, José Luciano Albino. Introdução: uma agenda para pensar o desenvolvimento regional. *In*: SOUSA, Cidoval Morais de; THEIS, Ivo Marcos; BARBOSA, José Luciano Albino (ed.). **Celso Furtado**: a esperança militante (Desafios). Campina Grande: EDUEPB, 2020. p. 21-40. (Projeto editorial 100 anos de Celso Furtado Collection, vol. 3). DOI: <https://doi.org/10.7476/9786586221688.0002>. Disponível em: [https:// books.scielo.org/id/swr8b/pdf/sousa-9786586221688-02.pdf](https://books.scielo.org/id/swr8b/pdf/sousa-9786586221688-02.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES E DESENVOLVIMENTO EM CAMPINA GRANDE: RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Pesquisador: TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47640821.2.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.848.745

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo que tem como público alvo alunos e profissionais de medicina que atuam em clínicas populares da Cidade de Campina Grande com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos a população.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Investigar o protagonismo das Clínicas Populares no município de Campina Grande (PB) em relação ao dever constitucional do Estado de oferecer serviços de saúde e sua influência no desenvolvimento local, destacando os conflitos entre público e privado na oferta de serviços de saúde à população.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as causas e efeitos da oferta de serviços de saúde das Clínicas Populares nos bairros de Campina Grande (PB) sob a perspectiva do conflito entre o público (lógica da solidariedade) e o privado (lógica dos negócios);

Coletar e analisar, junto ao público-alvo e/ou profissionais das Clínicas Populares, informações

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.848.745

(dados) que possibilitem identificar o perfil socioeconômico dos usuários desses serviços e as peculiaridades próprias envolvidas de utilização desses serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OBJETIVO GERAL

Investigar o protagonismo das Clínicas Populares no município de Campina Grande (PB) em relação ao dever constitucional do Estado de oferecer serviços de saúde e sua influência no desenvolvimento local, destacando os conflitos entre público e privado na oferta de serviços de saúde à população.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as causas e efeitos da oferta de serviços de saúde das Clínicas Populares nos bairros de Campina Grande (PB) sob a perspectiva do conflito entre o público (lógica da solidariedade) e o privado (lógica dos negócios);

Coletar e analisar, junto ao público-alvo e/ou profissionais das Clínicas Populares, informações (dados) que possibilitem identificar o perfil socioeconômico dos usuários desses serviços e as peculiaridades próprias envolvidas de utilização desses serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, uma vez que os resultados podem contribuir para a discussão e a melhoria de qualidade de serviços oferecidos a comunidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: Anexada

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexado

Termo de autorização para gravação: anexado

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

TCLE: anexado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



Continuação do Parecer: 4.848.745

Recomendações:

O projeto é relevante, apresenta importância acadêmica e social. Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatórios. Assim está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1765314.pdf	12/07/2021 19:52:09		Aceito
Outros	AutorizacaoInstitucional.pdf	12/07/2021 19:51:19	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	questionario.pdf	11/06/2021 17:14:09	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	Parecer.pdf	11/06/2021 17:13:19	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	DeclaracaoAssinada2.pdf	07/06/2021 22:03:35	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	DOOCC2.pdf	03/06/2021 10:19:41	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	DOOCC.pdf	01/06/2021 17:37:10	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Outros	DOOCC1.pdf	01/06/2021 17:35:36	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doc4.docx	28/05/2021 21:04:12	TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	doc3.docx	28/05/2021 21:03:05	TIAGO COSTA TORRES NOGUEIRA	Aceito
Declaração de concordância	doc2.pdf	28/05/2021 21:01:23	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	doc1.pdf	28/05/2021 20:59:28	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/05/2021 20:55:09	TIAGO COSTA TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizado.pdf	28/05/2021	TIAGO COSTA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.848.745

Folha de Rosto	Digitalizado.pdf	20:53:08	TORRES	Aceito
----------------	------------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 15 de Julho de 2021

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br