



10º Encontro Internacional de Política Social 17º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Democracia, participação popular e novas resistências
Vitória (ES, Brasil), 27 a 29 de agosto de 2024

Eixo: Política social e estratégias de desenvolvimento.

A relação saúde-doença: mercantilização da política de saúde na contemporaneidade

Milena da Silva Santos¹
Diany Ibrahim de Souza Camilo²

Resumo: O presente texto aborda sobre os fundamentos da relação saúde-doença no modo de produção capitalista e o processo de mercantilização da saúde na contemporaneidade. Resulta de pesquisa bibliográfica e documental, com referencial teórico histórico-crítico. Aborda as contradições do sistema de produção capitalista e o seu ciclo de crises; as transformações decorrentes do movimento do capital na busca de espaços propícios à lucratividade por meio da privatização de serviços sociais, dentre eles a assistência à saúde. Ademais, a relação saúde-doença no sistema capitalista e as reformas das políticas de saúde no âmbito internacional na contemporaneidade, diante do contexto de crise estrutural do capital.

Palavras-chave: Capital; Política de Saúde; Doença; Mercantilização.

The health-disease relationship: commodification of health policy in contemporary times

Abstract: This text addresses the foundations of the health-disease relationship in the capitalist mode of production and the process of commodification of health in contemporary times. It results from bibliographic and documentary research, with a historical-critical theoretical framework. Addresses the contradictions of the capitalist production system and its cycle of crises; the transformations resulting from the movement of capital in the search for spaces conducive to profitability through the privatization of social services, including health care. Furthermore, the health-disease relationship in the capitalist system and the reforms of health policies at the international level in contemporary times, given the context of the structural crisis of capital.

Keywords: Capital; Health Policy; Illness; Commercialization.

1 Introdução

Atualmente a humanidade vivencia um processo de crise da forma com a qual busca se organizar para garantir sua reprodução social. Os aspectos destrutivos desse processo se destacam e se tornam cada vez mais problemáticos. Vão desde a desigualdade social ao exaurimento dos recursos naturais, tão necessários para a sobrevivência de todos.

Dentre as contradições mais relevantes do sistema socioeconômico vigente, observa-se o domínio da vida humana pelo capital. O qual usurpa o tempo e a capacidade produtiva dos indivíduos, impondo como objetivo principal das atividades

¹ Doutora em Serviço Social, pós-doutorado em Serviço Social e professora da Faculdade de Serviço Social (FSSO) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Email: milena.santos2@fso.ufal.br.

² Mestre em Serviço Social e doutoranda em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa e na Universidade de Coimbra, Portugal. Email: s-dcamilo@ucp.pt

diárias a valorização do capital, por meio do modo de produção capitalista.

Com a finalidade de extrair cada vez mais trabalho excedente, e com isso gerar lucro, esse sistema despreza a satisfação real das necessidades humano-materiais e sobrepõe a geração de riqueza material, produzida coletivamente e apropriada privadamente. Esse desprezo se evidencia também pela carga de trabalho exaustiva sobre os produtores, que pouco considera os limites do corpo humano e o trata como descartável e substituível no processo produtivo.

Não é de hoje que o capitalismo encara questões relacionadas à saúde e a doença como fontes de lucratividade de várias formas, seja na prestação e venda de serviços de saúde, seja no trato e prevenção de doenças. Pois é uma tendência do sistema transformar tudo em mercadoria (MARX, 1988).

Sendo assim, esse texto procura analisar a relação saúde-doença no modo de produção capitalista e o processo de mercantilização da saúde na contemporaneidade. É fruto de pesquisa bibliográfica e documental que investigou os aspectos principais do sistema de produção e o processo de adoecimento; as condições contemporâneas diante da crise estrutural do capital e as transformações recentes da assistência à saúde nos países centrais e periféricos, evidenciando como o mercado tem garantido cada vez mais espaço de lucratividade nesse setor.

Nosso referencial teórico-metodológico é de base histórico-crítica e dialética, o qual norteia a investigação e a exposição dos resultados, considerando os elementos centrais e os aspectos fundamentais da problemática analisada, em relação a historicidade, a contradição e a totalidade social.

Inicialmente, apresentamos a crise estrutural na contemporaneidade e as estratégias adotadas pelo capital; posteriormente, tratamos do modo de produção capitalista e como este encara a relação saúde-doença; por fim, diante do aprofundamento das contradições do sistema com a crise estrutural, evidenciamos as reformas sócio-políticas implementadas na área da saúde e a expansão do domínio do mercado.

2 Capitalismo na contemporaneidade: crise estrutural e estratégias do capital

Há no modo de produção capitalista uma tendência de movimento de ciclos econômicos. Devido a necessidade de expansão e acumulação do capital, os ritmos entre produção, consumo e circulação tanto das mercadorias, quanto do capital, se

destoam e não permitem um controle do processo de valorização do capital de forma sustentável para o próprio sistema (MÉSZÁROS, 2011). Esse é um dos fundamentos das chamadas crises econômicas.

Marx e Engels no período concorrencial do capitalismo abordaram sobre isso diversas vezes em seus escritos, detectando um ciclo imanente ao sistema econômico do capital. O auge da produção, com crescimento das taxas de lucratividade, exploração da força de trabalho e escoamento da produção de forma satisfatória; e os períodos de crise que bloqueiam o ritmo produtivo, podendo ser desencadeado por falta de investimento, escassez de matéria-prima, ou até mesmo acúmulo de mercadorias não vendidas.

Durante a fase de ascensão do capitalismo, essas crises cíclicas foram constantemente resultantes de superprodução e subconsumo. Ou seja, o mercado consumidor não dava conta de comprar a produção realizada sempre em escala crescente. Porém, longe de serem provocadoras de problemas incontornáveis pelo capital, as crises cíclicas foram gatilhos para o refinamento das formas de exploração do trabalho e enfrentamento de algumas contradições, que resultaram não em ameaça ao próprio sistema, mas no seu fortalecimento. Assim sendo, “No modo de produção capitalista, as crises constituem os mecanismos mediante os quais ele se restaura, com níveis mais complexos e instáveis, o que cria condições para sua continuidade” (SANTOS, 2023a, p. 104).

A fase concorrencial do capitalismo – que se estende da revolução industrial do século XVIII a meados do século XIX – e o seu processo de constantes crises cíclicas, desencadearam um movimento de concentração e centralização do capital de forma bastante acelerada, permitindo a monopolização de esferas de produção e de consumo em âmbito mundial. Assim sendo, foi por volta de 1860 que o sistema passou a apresentar características diferenciadas de seu nascedouro. Maduro para lidar com as crises de superprodução e consumo; dominante globalmente; e poderoso politicamente, o capitalismo se configura em seu aspecto monopolista.

As consequências desse processo para os produtores, a classe trabalhadora, é de maior exploração do trabalho, aprofundamento da desigualdade social, enfraquecimento da força opositora ao capital e crescimento da miséria em meio a abundância de produção dos bens materiais necessários à subsistência. Pois a fase monopolista do capitalismo amplia o leque de formas de extração de trabalho

excedente, por meio da gerência científica do trabalho, e inaugura uma forma de atuação do Estado capitalista de controle e reprodução da força de trabalho, através das políticas sociais públicas³.

A medida em que o sistema penaliza o cotidiano dos indivíduos explorados, procura amenizar os efeitos perversos da geração do lucro, com uma gama de serviços e benefícios sociais, que não objetiva emancipar o trabalho do capital, mas o torna mais permissível e apto a ser explorado. Então, longe de atingir as causas dos problemas sociais, que se gestam na produção material, as ações sociais e políticas lidam com os efeitos desse processo no âmbito da circulação e do consumo da riqueza materialmente produzida. Como se a questão fosse distribuir melhor a riqueza e não produzir o necessário sem objetivar o lucro.

Isso significa que, no capitalismo, a riqueza de produção não é importante. Nesse sistema, a produção de riqueza é o que move das mais simples às mais complexas atividades e relações humanas. Assim, o acúmulo da riqueza e a exacerbação da miséria andam lado a lado.

Ao analisarmos a contemporaneidade, podemos identificar um momento de crise geral. Crises políticas, econômicas, sociais, morais e individuais. O desemprego, a concentração de renda e o aumento da criminalidade não ficam restritos aos países periféricos, impactam fortemente até as nações ditas mais avançadas. As guerras provocam a destruição de territórios, a migração de diversos povos e a morte de milhares de pessoas. Os preconceitos, xenofobia, racismo, a homofobia, as intolerâncias religiosas assombram grupos diferentes em todo o mundo. O adoecimento dos corpos e das mentes se manifesta independentemente de classe social, embora seja mais agudo na parcela mais empobrecida. A destruição ambiental provoca diversos fenômenos naturais e eventos climáticos extremos que seriamente ameaçam a manutenção e sobrevivência de diversas espécies, inclusive dos próprios seres humanos.

³ Apenas nessa fase foi possível a generalização das políticas sociais nos países centrais por meio do chamado “Estado de bem-estar social”, que vigorou da década de 1940 aos finais da década de 1960. Período o qual o capitalismo vivenciou o que ficou conhecido como “Anos dourados”, com a associação do Keynesianismo e do Fordismo como base material desse processo.

Na contemporaneidade, mais especificamente a partir da década de 1970, identifica-se um processo de crise econômica diferenciado das crises cíclicas clássicas do capitalismo. István Mészáros (2011) denomina essa crise de *estrutural*. Ela é sistêmica e duradoura. Atualmente, o sistema capitalista ainda está vivenciando essa crise. De acordo com o teórico, as características dessa crise são: caráter universal, atinge todas as esferas produtivas; alcance global, está presente em todo o mundo; permanente, ainda não foi superada; e desenvolvimento lento e constante.

Para lidar com os efeitos devastadores dessa crise estrutural a partir de 1980, os países centrais, seguidos pelos países periféricos depois de 1990, procuraram realizar mudanças na produção e na circulação, bem como transformações em aspectos políticos, que colocaram o Estado a atuar voltado mais para as necessidades do capital do que as necessidades do trabalho.

No processo de reestruturação do capital para lidar com a sua crise estrutural, destacam-se três questões principais: 1) uma revolução tecnológica e organizacional de produção, chamada de reestruturação produtiva; 2) pelo processo de financeirização do capital; 3) pelo ajuste de caráter neoliberal, dando uma nova tônica às políticas econômicas e industriais dos Estados nacionais e com um novo padrão da relação Estado/sociedade civil.

De acordo com Santos (2023b), a reestruturação produtiva,

[...] traz uma série de mudanças na produção, volta-se para a demanda, flexibiliza as formas de contratação da força de trabalho e os direitos trabalhistas, aprofunda as formas de extração da mais-valia com a polivalência da força de trabalho, entre outras consequências — altera-se o padrão de produção de taylorista-fordista para toyotista (SANTOS, 2023b, p. 260-261).

Já a financeirização intensifica a especulação financeira com a geração de capital fictício, aumentando o poder do capital bancário e financeiro. Por fim, o neoliberalismo implica diretamente a forma da atuação econômica e política do Estado, que passa a auxiliar o capital com a retração dos gastos estatais na área social, por meio de ajustes fiscais, incentivos e subsídios financeiros a empresas privadas, privatizações de empresas estatais, mediações e propostas políticas e econômicas capitaneadas agências financeiras internacionais (SANTOS, 2023b).

É diante dessa realidade que o capital busca se renovar para manter seu domínio e continuar sua reprodução e movimento de acúmulo de riquezas, criando novas formas de produzir, ecoar e valorizar o capital. De um lado, procura explorar

cada vez menos força de trabalho, na economia de trabalho vivo, ampliando tecnologias e ciência voltadas para a produção. Por outro lado, especula lucratividade que pode ou não ser condizente com a materialidade e utiliza como fonte de investimentos os recursos coletivos que deveriam ser garantidores de serviços públicos estatais gratuitos e de qualidade. É nessa lógica que podemos analisar as políticas de saúde na contemporaneidade, levando em consideração o processo de reprodução do capital.

3 A relação saúde-doença no processo de reprodução do capital

No que se refere ao desenvolvimento da humanidade, marcado pela dinâmica dos modos de organização da produção social, concepções sobre saúde e doença, noções de curabilidade e tratamentos empregados também acompanharam as transformações decorrentes das demandas da produção e reprodução social de cada momento da história.

Por diferentes períodos históricos, muitos povos acreditavam que as doenças procediam de forças sobrenaturais decorrentes de poderes de deuses ou das feitiçarias lançadas por homens. Essa concepção mágico-religiosa perdurou por muitos séculos, e compreendiam que os elementos determinantes da relação saúde-doença estavam associados às causas de ordem transcendental, principalmente por não se conhecer os agentes etiológicos dos males que atingiam e dizimavam populações. Muitas das enfermidades temíveis do passado, descobertas suas causas, desenvolveram tratamentos eficazes e até mesmo a cura, e, grande parte decorrente do avanço científico e pesquisas na área da saúde com o desenvolvimento e a consolidação do modo de produção capitalista.

No entanto, ao mesmo tempo que no capitalismo decorre o desenvolvimento das forças produtivas e, com ela, a possibilidade promover saúde, e prevenir, tratar e erradicar doenças, este mesmo modo de produção é também capaz de gerar novas doenças e agravos, impulsionado pela sua necessidade de ambicionar por lucros ainda que isso implique progressivamente no risco à sobrevivência da humanidade (CAMILO, 2012).

Para o debate acerca da saúde, partimos do pressuposto que a produção econômica e os processos de transformações sociais e políticas interferem decisivamente na existência da problemática saúde-doença na sociedade. Portanto, essa

relação pode ser alterada pelos contextos social, político e econômico.

Nesse entendimento, à medida em que se aprofunda a desigualdade social, as precárias condições de vida, de trabalho, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, maiores são as iniquidades em saúde. Da mesma forma que quanto maior é a exploração da força de trabalho, serão geradas novas formas de adoecimentos e agravos à saúde do trabalhador, que o atingem integralmente, por vezes doenças relacionadas diretamente pelo trabalho desempenhado ou tendo uma relação indireta à ocupação desenvolvida.

Desde a década de 1960, foram observadas mudanças na área da saúde, assentadas no processo de capitalização. Estas mudanças estariam articuladas à formação do Complexo Médico-Industrial (CMI), ou seja, um complexo composto por entidades prestadoras de assistência à saúde e de produção de insumos. É resultante de práticas que se tornaram hegemônicas e determinantes das funções e relações de cada ator no interior do setor saúde a responder às necessidades e consumo em saúde. No entanto, estas, além das suas funções naturais, respondem também às necessidades de acumulação do capital (CORDEIRO, 1980; VIANNA, 2002).

O termo CMI foi utilizado pela primeira vez pelo casal norte-americano Bárbara e John Ehrenreich no ano de 1969 em um artigo intitulado "The Medical Industrial Complex". Essa expressão foi utilizada para demarcar o processo de capitalização da saúde imbricado a um conjunto constituído por insumos materiais, equipamentos/maquinários, indústria farmacêutica, seguradoras de saúde, e a assistência dos profissionais de saúde. Tal complexo, semelhante ao complexo industrial-militar, é caracterizado pelo escoamento de capital, no sentido de atender às necessidades de obsolescência, seja ela programada ou planejada demarcadas pelo consumo intenso de mercadorias, tanto pelos profissionais da área como pela própria população, e não necessariamente com presença de um quadro de doença.

O período em que o CMI, voltado para produção e consumo foi incorporado, teve sua expressão durante o Estado de Bem-Estar Social. A constituição do CMI foi permeada por um processo de intensa obsolescência da tecnologia, de modo que a área da saúde pôde expandir seu processo de mercantilização.

No entanto, com a crise estrutural houve uma redução no investimento de grandes segmentos de capitalistas no setor produtivo industrial e, com isso, uma hipertrofia do setor financeiro, de maneira que foram necessários ajustes através de

estratégias como a reestruturação produtiva, transferência sistemática de capitais para o mercado financeiro e a ascensão do neoliberalismo. A crise estrutural é acompanhada de piora nos resultados dos indicadores de saúde em muitos países com repercussões diretas nos serviços públicos de saúde como redução dos gastos, aumento da desigualdade e das necessidades sócio-sanitárias (MARTINEZ, et al, 2016).

A saúde é fortemente impactada pelo movimento do capital no contexto de respostas à sua crise estrutural, buscando a valorização do capital através da ampliação de novos mercados, dentre eles o surgimento de um mercado médico-hospitalar.

Assim, além do complexo industrial-militar voltado para a esfera da produção e do consumo, ocorre também, em consonância com a fase neoliberal, o processo de financeirização da saúde, compreendendo o aumento da penetração financeira de grandes corporações no setor saúde, e, por conseguinte, de valorização do capital, denominado por complexo médico-financeiro (CMF) (VIANNA 2002).

De forma mais hegemônica, o CMF faz parte de uma tendência geral do capitalismo contemporâneo quanto à expansão do processo de financeirização do capital. Entretanto, convém destacar que os dois complexos coexistem e colocam-se como complementares para os interesses do capital (VIANNA, 2002).

O CMI e o CMF são um produto histórico de maneira que os valores associados à natureza da função da saúde são subsumidos frente à necessidade de atender às práticas capitalistas. Sendo assim, todo o aparato no âmbito da saúde voltado ao desenvolvimento de pesquisas, novas descobertas científicas, produção de medicamentos, capacitação profissional além de destinadas às melhorias na saúde e aumento da expectativa de vida da população é também capturada pela lógica capitalista e transformada em mercadoria para favorecer a valorização do capital.

Para esclarecer a atualidade dos dois complexos, apresentamos alguns exemplos. Um deles é o fenômeno da “farmacêuticalização”, demarcado pelo consumo exagerado de fármacos por vezes desnecessários, promovido pelo viés lucrativo. Com o avanço tecnológico, e o consumo exponencialmente crescente de medicações para todos os males, têm-se um mercado ampliado de opções e constantemente renovado e robusto, com clientela assegurada para o lucro igualmente esperado (FIGUEREDO et al, 2020).

A expansão do consumo de medicamentos reflete em muito sobre as condições de vida, e portanto, a medicalização dos problemas que os indivíduos enfrentam em sua rotina. Sob essa lógica, os medicamentos são utilizados para intervir em situações de fadiga, transtornos de ansiedade, insônia crônica, esgotamento físico e mental, entre outras, muitas vezes provocadas pelas próprias relações sociais existentes no sistema vigente, pela precarização do trabalho, pelo pauperismo, e que passam a ser ordenadas como doenças e medicalizadas de forma paliativa, para atenuar os sintomas.

Trata-se da patologização, ou mercadorização da doença, muitas vezes encontrada na literatura como “*disease mongering*”. Tal fenômeno, trata de convencer pessoas saudáveis, de que elas estão doentes, de forma a obter lucro com a venda de produtos para aumentar o consumo de uma população que não necessitaria utilizá-los (MOREL SIXTO et al., 2009). Assim, o fenômeno tende a transformar pessoas saudáveis em pacientes consumidores, impulsionados pela ideologia do consumo.

Os avanços tecnológicos na área de saúde são um campo em expansão. Sabe-se que recursos beneficiam a saúde prolongando vidas e com mais chances de sucesso em procedimentos de risco. Paralelo a isso, há um mercado em expansão e cada vez mais competitivo e que não está ao alcance de toda a população que necessita.

A relação saúde-doença assume um papel significativo no contexto da acumulação de capital quando mercantilizada. Nesse contexto, a política de saúde tende a perder o caráter de direito social e passar a se transformar em um produto de consumo que pode ser vendido e comprado, principalmente após a implementação das reformas neoliberais, das quais trataremos a seguir.

4 O domínio do mercado nas políticas de saúde: aspectos internacionais

No último quinto do século XX expande-se o processo de mercantilização das políticas sociais públicas, iniciado nos países centrais e disseminado, mundialmente, de forma mais acentuada com o aprofundamento da crise estrutural, aumentando sua dependência das ações estatais para manter e garantir a lucratividade do capital. A função social das políticas sociais públicas, nessa perspectiva é de converter o Estado em grande comprador e consumidor, como medidas anticrises.

Tratando do processo de mercantilização, podemos destacar a análise de Netto e Braz (2009), quando afirmam que essa expansão do setor de serviço expressa a marcante tendência de mercantilizar as atividades humanas, transformadas em

mercadoria desde as mais essenciais como educação, saúde, cuidados pessoais, e submetidas à lógica capitalista. Neste aspecto, observamos que o fenômeno da mercantilização da saúde teve diferentes expressões ao longo da história, influenciado por uma interação complexa de fatores contextuais e político-econômicos.

Assim sendo, durante o Estado de Bem-estar Social, países de capitalismo central, como a Inglaterra, criaram seus sistemas de saúde com pautas que definiam a saúde como direito de todos e o Estado em salvaguardar o acesso igualitário e universal. No entanto, com a emergência da política neoliberal, tais preceitos precisaram ser reformulados para abrir espaço para o mercado e o crescimento do setor privado. É na contemporaneidade da ação política neoliberal que os sistemas de saúde nos países centrais tiveram que ser reajustados, através de reformas incorporando preceitos mercadológicos pautados pelas diretrizes da Nova Gestão Pública.

Já no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido, na década de 1980, pautado em uma política de saúde pública, gratuita e de qualidade, fruto de um cenário político pós-ditatorial, em meio a uma crise econômica mundial do capital e uma crise sanitária estabelecida por muitas doenças epidêmicas e relacionadas às precárias condições socioeconômicas. Foi nesse contexto de incertezas, de ambiguidades e de redemocratização que o SUS é criado como uma necessidade de dar respostas às demandas de saúde para ser de direito de todos e dever do Estado.

Caso semelhante ao ocorrido em Portugal que, por conta do Regime do Estado Novo, o processo de redemocratização do país foi tardio e só após a revolução de 25 de Abril de 1974 e em seguida, a Constituição de 1976, o Estado passa a reconhecer a saúde como um direito, cabendo-lhe a responsabilidade de garantir a concretização do acesso aos cuidados de saúde, à luz do modelo beveridgiano (Reino Unido, 1946). Deparou-se com uma conjuntura mundial de crise dos Estados de Bem-Estar Social, conferindo ser um dos principais mecanismos de inviabilização das conquistas sociais instituídas.

Identificamos que a mercantilização da saúde está diretamente imbricada à implementação e implantação de estratégias de mercado no âmbito da saúde pública. Isso acontece através da introdução de elementos de mercado no financiamento ou na prestação de cuidados de saúde, no aumento da presença privada nos serviços ofertados para a população, com as privatizações; também quando a lógica do mercado é incorporada, o paciente é convertido em consumidor de serviços de saúde. O objetivo

passa a ser não apenas a prestação de cuidados de saúde e o avanço da ciência e tecnologia para melhorar esse fim, mas também a maximização dos lucros para o mercado privado (CHRISTIANSEN, 2017).

Esse reordenamento gerou um aumento no processo de mercantilização do sistema de saúde, tanto no financiamento, quanto nas prestações dos serviços. As reformas nos sistemas de saúde, ainda que não tenham seguido um padrão idêntico, tiveram características semelhantes, particularmente nos países centrais. Pois, de acordo com Ferreira e Mendes (2018), nas reformas dos sistemas de saúde da Alemanha, da França e do Reino Unido, houve a inserção dos mecanismos de mercado.

Para esses autores, a mercantilização pode ocorrer de ordem explícita, quando há transferência de responsabilidade do Estado para o setor privado de maneira direta; ou de forma implícita, quando se refere a incorporação da lógica privada para o interior do setor público.

A mercantilização explícita, no âmbito do financiamento, está relacionada à participação privada nas despesas totais em saúde, expressas na contratação de seguros e planos de saúde privados, e no desembolso direto realizado pelas famílias, a exemplo dos mecanismos de copagamentos (FERREIRA e MENDES, 2018).

No âmbito da oferta de serviços, a mercantilização é expressa na prestação de serviços públicos e privados (com os sem fins lucrativos), na presença de privatizações, fusões e aquisições, seja nos serviços de atividades-meio, quando o Estado não reduz seu escopo da intervenção pública, a exemplo das terceirizações de serviços como segurança, alimentação, lavanderia, e do setor administrativo nos serviços públicos. Ou também nas atividades-fim, quando o setor privado vai além do papel de complementaridade, mas de suprir uma carência do serviço público. Dessa maneira o Estado contrata serviços das instituições privadas para assumir a administração de serviços públicos, como é o caso das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERHs) no Brasil (FERREIRA e MENDES, 2018; MAARSE, 2006).

Em relação a mercantilização implícita, na esfera do financiamento, pode ser manifestada na formação de Parcerias Público-Privadas (PPPs). Na esfera da oferta de serviços, está ligada a empréstimos privados e na incorporação de princípios mercadológicos para o interior do serviço público, baseados no NGP sob justificção de melhorar o desempenho e eficiência.

Assim, o processo de mercantilização da saúde tem suas expressões muito além do aumento das privatizações. Ela aparece na dependência da prestação dos serviços privados para atender as demandas da saúde pública, ou numa vertente mais implícita, na incorporação de princípios da lógica mercadológica inseridos nos serviços ofertados pelos sistemas públicos de saúde. Tal aspecto repercute na precarização de contratos de trabalho, na redução dos investimentos em infraestrutura ao mesmo tempo em que se exige mais produção sob a lógica do mercado (FERREIRA e MENDES, 2018).

Os países centrais, após a crise de 2008, apresentaram como pauta a inserção de princípios da Nova Gestão Pública, aumentando a lógica do mercado no interior do setor público. Além disso, a saúde também sofreu com as políticas de austeridade, mais acentuadamente em Portugal, na Grécia e na Espanha. Já nos países periféricos, a mesma lógica normativa empresarial e de subfinanciamento do setor público costuma ser “recomendada” pelas agências multilaterais, tais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional.

No cenário brasileiro, o aumento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) promove uma abordagem mercantilista em detrimento dos princípios constitucionais que garantem a saúde como um direito universal, acessível e gratuito (Morais et al., 2018). Surgiram novas formas de gestão por meio dos Consórcios Públicos de Saúde (CPS) e as OSS, por meio de contratos para a prestação de serviços de saúde (GOYA e ANDRADE, 2018). Esse processo implicou, dentre outras, na mudança da gestão dos recursos de saúde de caráter público para de caráter privado; na identificação dos serviços de saúde não como direito social, mas como um bem de consumo acessível de forma mercadológica; e na empresarialização dos métodos de produção de serviços de saúde.

As mudanças nas políticas públicas de saúde desencadeadas pelas reformas nos sistemas de saúde que tendem a transformar os serviços de saúde em mercadoria levam a uma maior inequidade em saúde e a uma degradação e desvalorização do serviço público (ECHEVERRI, 2008).

Ao nosso ver, a dinâmica e a expansão do processo de mercadorização da saúde e da doença na contemporaneidade refletem o ímpeto do capital em atender à sua necessidade de acumulação. Entretanto, essa busca incessante por lucro não ocorre sem custos significativos. O preço desse processo muitas vezes se manifesta na

desconsideração das necessidades humano-materiais, revelando um paradoxo entre a busca por acumulação de capital e os impactos sociais.

5 Considerações finais

A partir do debate exposto, evidenciamos que o processo de mercantilização da política de saúde é um fenômeno intrínseco ao sistema do capital, o qual transforma a produção de bens e as relações sociais em mercadorias, tornando-se ainda mais acentuada em meio à crise estrutural. Nesse contexto, o capital encontra seu potencial lucrativo tanto na preservação da saúde quanto na doença.

Devido à sua natureza predatória, acumulativa e expansionista, o capital tende a negar a plena satisfação das necessidades humanas, em prol da sua valorização contínua. Assim sendo, subjuga até a necessidade básica de manutenção da vida, na relação da saúde e da doença, transformando essa relação social em fonte de lucratividade. O Estado, enquanto uma instituição complementar ao sistema sociometabólico do capital, auxilia com suas ações de políticas sociais públicas, não com o intuito de efetivar direitos sociais, mas sim possibilitar novas formas de apropriação dos recursos públicos por instituições privadas.

No âmbito da saúde, a mercantilização se manifesta como uma potencial oportunidade para o capital acumular, ao mesmo tempo em que se configura como um meio de manter a força de trabalho eficiente e produtiva. Por outro lado, na esfera da doença, o capital expande seu alcance ao ampliar o espectro das enfermidades e ao incorporar todos os elementos lucrativos do CMI, médico-financeiro e médico-tecnológico.

Somente com a superação desse sistema é possível também superar essa lógica que coloca o lucro à frente da preservação à vida.

Referências

BREILH, Jaime, (2023) The social determination of health and the transformation of rights and ethics, **Global Public Health**, 18:1, 2193830, DOI: 10.1080/17441692.2023.2193830.

CAMILO, D. I. de S. (2012). “**Na saúde e na doença até que a morte os separe**”: **trabalho e saúde nos tempos do capital**. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas/UFAL]. Repositório Institucional da UFAL. <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/2286>.

- CHRISTIANSEN, Isaac. (2017). Commodification of Healthcare and its Consequences. **World Review of Political Economy**, 8(1), 82–103. <https://doi.org/10.13169/worldrevipoliecon.8.1.0082>.
- CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980, p. 229.
- ECHEVERRI, Oscar. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. **Rev Panam Salud Pública**;24(3) 210-216, 2008. Saúde Pública - Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo.
- EXWORTHY, Mark, Lunt, Neil , Tuck, Penelope et al. From commodification to entrepreneurialism : how commercial income is transforming the English NHS. **Public Money and Management**, 2023.
- FERREIRA, M. R. J., & MENDES, A. N. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. **Ciência e Saúde coletiva**, 23(7), 2159–2170. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12972018>.
- FIGUEREDO et. al. Indústria farmacêutica e medicalização: uma reflexão sobre a democratização da saúde. **Homa Publica - Revista Internacional de Direitos Humanos e Empresas**, Vol. 04, Jan-Dez. 2020.
- GOYA, N., & Andrade, L. O. M. de. O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 31(4). 2018, <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8773>.
- HESPANHA, P. The Impact of Austerity on the Portuguese National Health Service, Citizens' Well-Being, and Health Inequalities. **E-Cadernos CES**, 31, 2019. <https://doi.org/10.4000/eces.4187>.
- MAARSE, H. (2006). **The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis**. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 981–1014. 2006. <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>.
- MARTINEZ, A., et al. La mercantilización de la sanidad: El caso de Catalunya. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, 34(2), 335–355. 2016. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53460>.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Vol. I. Tomo II. Coleção Os Economistas. Trad. Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo à teoria da transição**. Trad. Paulo Cezar Castanheira e Sergio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MORAIS, H. M. M., et al. Organizaciones Sociales de la Salud: Una expresión fenoménica de la privatización de la salud en Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(1). 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.

MORELL SIXTO, M.E., et al. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Pediatría Atención Primaria*, 11(43), 491-512. 2009. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400011&lng=es&tlng=es.

MURILLO, A. L. C. A medicina social-saúde coletiva latino-americana: Uma visão integradora frente à saúde pública tradicional. **Revista Ciencias de La Salud**, 15(3), 397408. 2017. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. Cortez. 2008, 257p.

SANTOS, Milena da Silva. “Questão social” e Estado na crise estrutural: precarização das políticas sociais brasileiras. In: **Temporalis**. Ano 23, n. 45, p. 252-272, jan./jun. 2023b.

_____. **Estado, política social e controle do capital**. 3 ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2023a.

SOUZA, D. O. (2021). Pandemia da COVID-19: mediação para entender a espiral economia-saúde. **Caderno CHR**, 34. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.36686>.

VIANNA, C. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2002, p. 375-390.