

NECESSIDADES EM(DE) SAÚDE E SUAS CONCEITUAÇÕES, IMPLICAÇÕES E DESAFIOS: DIALOGANDO COM AS NECESSIDADES DE REPRODUÇÃO DO CAPITAL.

Camila Biancchi Ferraz* e Leonardo Carnut**

*Especialista em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**Docente do curso de Pós Graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura científica sobre necessidades em(de) saúde e sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). Tratou-se de uma revisão narrativa e utilizou-se o portal Bireme para a coleta de dados relacionados ao tema, artigos com resumo, disponíveis em texto completo e com foco específico no SUS e na questão levantada na pesquisa foram os critérios de inclusão. Totalizou-se 17 artigos incluídos, dos quais 88,8% estavam indexados na base LILACS. De acordo com os resultados dessa revisão foi possível perceber que há uma variada forma de apropriação da temática ‘necessidade em(de) saúde’ e que por ser um conceito muito amplo muitos dos autores não delimitam bem sua definição, direcionando-a há três núcleos de sentido. À ideia de direito social constituído, um conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais e ajuste entre as condições de vida e trabalho com a diversidade inerente às coletividades. Em relação às implicações para o SUS apresentou-se uma gama variada que puderam ser compiladas em sete blocos: ‘capitalismo e sua crise’, ‘financiamento’, ‘características da formação social brasileira’, ‘problemas da gestão pública na saúde’, ‘mescla público-privado’, ‘problemas terminológicos’ e ‘escassez de recursos’. E por fim os principais desafios da aplicação do SUS baseado em Necessidades em(de) Saúde. Nesse contexto o que pudemos observar foi um movimento permanente e contraditório de contenção de gastos, a apropriação privada da saúde e a disputa entre dois grandes projetos antagônicos na saúde, o privatista, que aposta na saúde como fonte de lucro e o da reforma sanitária. Concluindo-se que a reinserção do cidadão nas discussões políticas e sociais e a ressignificação do conceito de cidadania se torna imprescindível na luta pela efetivação da saúde como um direito público e não mera mercadoria.

Descritores: Sistema Único de Saúde, Financiamento da Assistência à Saúde, Direito à Saúde, Política de Saúde, Equidade na alocação de recursos e Capitalismo.

1. INTRODUÇÃO

O termo Necessidades Humanas Básicas nunca se apresentou de maneira consensual. Antes de mais nada, é preciso defini-la para que se possa estabelecer um limite claro entre *desejos* e *necessidades*, para assim aprofundar sobre o que pode vir a ser a ideia de ‘necessidades em saúde’.

A esse respeito, Júnior e Pereira (2013) declaram que:

“o entendimento é o de que as mesmas são pré-condições universais para a participação social ou a libertação de homens e mulheres das necessidades. Estas pré-condições são identificadas como saúde e autonomia. A saúde física é essencial para alguém viver, ser capaz de agir e de participar socialmente. Portanto, trata-se daquilo que, havendo negligências no seu atendimento, implicará ameaça real ao exercício do direito à vida humana, para além da sua dimensão biológica.” (JÚNIOR e PEREIRA, 2013, p. 54).

Sendo assim, pode-se dizer que para estes autores a maneira como se vive, traduz-se em diferentes ‘necessidades de saúde’, e que suas formas de expressão estão totalmente vinculadas às exigências não apenas biológicas, mas, sociais da vida em coletividade².

Neste sentido, vale à pena tornar mais clara a diferença entre ‘necessidades em saúde’ e ‘necessidades de saúde’. A literatura científica brasileira ainda é muito confusa

sobre o assunto³. Mesmo assim, o mínimo que podemos apontar é que o ‘social’ está oculto no termo. Quando se fala em ‘necessidades em saúde’ se refere, como descrito por Almeida-Filho e Paim (1998), ao objeto da ‘nova saúde pública’, reconhecida no Brasil como ‘Saúde Coletiva’. Trata-se, portanto, da expressão do ‘social’ na saúde, ou seja, como as condições políticas, econômicas, ambientais, educacionais dentre tantas outras da organização das sociedades são responsáveis pela geração de saúde-doença nas populações.

Neste sentido, podemos afirmar que ao empregar o termo ‘necessidades em saúde’ quer se ressaltar a compreensão de um ‘elo’, de uma ‘conexão intrínseca’, ou em palavras mais certas, de um ‘processo de determinação’. Longe de ser uma relação de exposição-desfecho unicausal, deve ser compreendida como a síntese de múltiplas determinações em que o ‘social’ e seus (re)arranjos produtivos são a base para compreender o padrão de salubridade-adoecimento de uma sociedade.

Em contrapartida, quando a literatura se refere às ‘necessidades de saúde’ ela está considerando um leque mais amplo de significados. A diferença pode ser de ‘grau’, mais ela existe. Este termo trata, portanto, das múltiplas dimensões em que os diversos segmentos sociais e interessados na discussão (usuários, grupos específicos, gestores, pesquisadores, técnicos, profissionais de

saúde etc) compreendem sobre o que necessitam para se ter saúde a partir de seus repertórios, o que pode transitar entre um espectro de possibilidades que vai desde ‘acesso aos serviços de saúde’ até simplesmente ‘ser feliz’.

Por isso que, quem emprega o termo ‘necessidades *de* saúde’, parece estar mais focado em operacionalizar estas necessidades. Quem utiliza o termo está preocupado em: como medi-las? como torná-las quantificáveis? como garantir a precisão necessária entre quem necessita e quem deve ofertar? Neste sentido, o que subjaz este termo, em última instância, é a preocupação com o elo entre ‘planejamento’ e ‘a alocação de recursos em uma perspectiva equânime’.

Mesmo nesta tentativa de elucidar as diferenças existentes entre os dois termos, é necessário reafirmar que eles são totalmente interdependentes um do outro. Por isso que, ao se falar em ‘necessidade *em(de)* saúde’, não se pode desconsiderar que estas necessidades são necessidades humanas, portanto, são o que sustentam a ideia de que o seu atendimento adequado pertence à esfera da vida em coletivos humanos e de forma gregária. No que tange aos marcos da modernidade, especialmente aqueles cunhados pela filosofia política liberal, cabe aos Estados o dever de assegurar o direito à vida dos indivíduos, o que, em termos de operacionalidade se constituiu na constituição das políticas sociais¹.

No que se refere ao asseguramento do direito à vida no Brasil, este está diretamente relacionado a um direito social, disposto no Art. 6 da Constituição Federal de 1988, que se trata do ‘direito à saúde’. O fato de o Brasil ter garantido constitucionalmente o direito à saúde aos moldes de uma atenção integral para todos pode ser, por um lado, considerado como um grande avanço na luta de classes em um país de economia dependente, por outro lado por ser considerado uma estratégia na mercantilização deste direito, e por que não dizer aos interesses do grande capital, materializado nos documentos do Banco Mundial ⁶.

Não à toa, nos anos de 1990, o Banco Mundial sugeriu que o Brasil realizasse reformas que favorecessem maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde ⁷. Dentre essas diversas reformas, o apequenamento da ideia de atenção primária (através, na época, do Programa de Saúde da Família) e o processo de intensificação do subfinanciamento crônico da saúde pública no país ⁸ totalmente alinhada à lógica de solapamento do fundo público têm sido as estratégias utilizadas para que o capital se estabeleça por meio do desmonte estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que esta forma de reprodução pode ser considerada a “necessidade básica” para o capital que para sua sustentabilidade é

necessário que a mercantilização da saúde torne-se um elemento estratégico de sua sobrevivência é que o conflito entre necessidades humanas e necessidades do capital se apresenta ¹. Assim o foco deste estudo recai sobre uma das necessidades humanas essenciais e que garante a existência dos seres humanos que é as ‘necessidades em(de) saúde’.

A saúde das coletividades representa um campo do domínio público através de sua positivação constitucional enquanto direito social. Assim, compreende-se que, mesmo com um enorme potencial de investimento, na medida em que articula vários processos produtivos, conformando o que convencionou-se chamar de Complexo Econômico - Industrial da Saúde (CEIS) ⁷, os produtos/processos/serviços desse complexo são desigualmente acessados, tendo como fundamental critério de divisão a capacidade de pagamento/investimentos públicos no setor saúde.

É neste cenário que a ‘cidadania’ se confunde com o ‘poder de consumir’. Assim, a operacionalização das políticas públicas têm sido determinada por essa perspectiva, que demonstra-se mais alinhada à ‘capacidade de reproduzir as necessidades do capital’ do que garantir as ‘necessidades em(de) saúde’ das populações. Portanto, considerar as ‘necessidades em(de) saúde’ apenas restrita ao consumo de um serviço de saúde, ou geralmente a uma consulta médica ou um

procedimento, está fadado a retroalimentar a lógica eminentemente consumidora que rotaciona as necessidades do capital.

A lógica financeira atual consiste em “fazer dinheiro a partir de dinheiro”, sem necessariamente passar pela esfera da produção, trata-se, portanto, de um capital fictício e que efetivamente comanda a economia como um todo desde os anos ‘80.

O capitalismo, que antes era pautado na livre concorrência se torna cada vez mais monopolizado e o sistema financeiro é o que mais controla a economia, aumentando os lucros e, acumulando cada vez mais o capital. Para obterem lucro, essas empresas monopolistas buscam principalmente nos países subdesenvolvidos matérias-primas, mão-de-obra barata e assim, a ampliação dos mercados consumidores pelo mundo. Tendo a área da saúde como um dos focos para essa lucratividade, com planos privados, seguro saúde e estímulos para “consumir saúde” e o *desejo* se manifesta em ato de consumo não havendo a correspondência com as *necessidades*.

Neste sentido, considera-se que atender às ‘necessidades em(de) saúde’ deve significar implementar ações que incidam diretamente nos determinantes sociais da saúde, e não só na doença ou agravo instalado ³. Corroborando com essa ideia, em 2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, em seu Comentário-Geral N° 14, já reafirmava a

saúde como direito humano fundamental. O texto enfatiza que:

“o direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável, mas como um direito inclusivo ampliado não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas também a determinantes de saúde como o acesso à água potável e saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição e moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à informação e educação em saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva.”

Desta forma os princípios do SUS só poderão ser implementados em uma perspectiva razoável se trabalhados a partir da apropriação, reconceitualização e adequada operacionalização das necessidades em(de) saúde².

Logo, o objetivo do artigo é revisar sistematicamente a literatura científica sobre necessidades em(de) saúde e suas implicações para o Sistema Único de Saúde.

Parte-se do pressuposto de que o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido feito com “escassez relativa” de recursos, o que implica uma crise na qualidade do Sistema Único de Saúde e na abordagem às necessidades em(de) saúde, aliando-se, via fundo público, as necessidades do capital

2. MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como uma revisão narrativa conforme descrito por Rother (2007) cujo objetivo foi revisar, de forma minimamente sistematizada, a literatura científica sobre necessidades de saúde e sua aplicação no Sistema Único de Saúde. Para isso, dois objetivos guiaram a extração dos dados dos artigos incluídos nessa revisão: a) identificar os termos ‘necessidade em (de) saúde’ em contraponto às necessidades do capital na literatura revisada, e b) descrever o contexto de análise dos termos e a ligação/nexo entre necessidade em(de) saúde e necessidades do capital.

Neste sentido, a primeira etapa consistiu em um procedimento de busca sistematizada nas bases de dados que indexam estudos nessa temática. Assim, elegeu-se o portal de informação científica da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), (www.bvsalud.org) como portal que aglutina diversas bases de dados da América Latina e do Caribe para coletar os dados relacionados ao tema, de acordo com a pergunta norteadora da busca: O que a literatura científica apresenta sobre as necessidades em(de) saúde no Sistema Único de Saúde? Dentre os descritores utilizados, encontrou-se no DeCS os seguintes descritores que derivaram dos itens-chave da pergunta: “*Sistema Único de Saúde*”, “*Financiamento da Assistência à*

Saúde”, “*Direito à Saúde*”, “*Política de Saúde*”, “*Equidade na alocação de recursos*” e “*Capitalismo*”.

A partir destes descritores foi utilizada a técnica do funil para testar a utilização dos descritores como forma de indexação dos estudos sobre o tema. Desta primeira testagem, realizou-se a técnica da somação (fenômeno, população e contexto) gerando a seguinte final: *(mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Direito à Saúde”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Política de Saúde”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Equidade na alocação de recursos”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Direito à Saúde” AND “Política de Saúde”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Direito à Saúde” AND “Capitalismo”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Política de Saúde” AND “Equidade na alocação de recursos”)))) OR (mh:(((“Sistema Único de Saúde” AND “Política de Saúde” AND “Capitalismo”))))).*

Esta sintaxe registrou 140 estudos identificados. Foram incluídos somente trabalhos com o texto completo disponível gratuitamente e com foco específico no Sistema Único de Saúde e na questão levantada na pesquisa. Não houve restrição

quanto à data de publicação nem ao idioma. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados livros, capítulos de livros, editoriais, entre outros formatos de textos, por não passarem por processo rigoroso de avaliação por pares, como ocorre com os artigos científicos.

Destes, apenas 65 estavam disponíveis na íntegra, sendo a primeira etapa de seleção das produções realizada mediante a leitura e a análise dos títulos e resumos, dentre os quais 05 eram estudos repetidos, 11 monografias, 08 livros, revistas, entrevistas, cursos e vídeos do Ministério da Saúde, e, portanto, estes estudos não compuseram o escopo final por não se apresentarem em formato de artigo científico. Após essa triagem inicial, na segunda etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos 41 estudos selecionados, a qual possibilitou que outros textos também fossem excluídos por não atenderem à proposta da revisão. Ao total, obteve-se 17 artigos científicos incluídos na revisão, disponíveis gratuitamente e que atingiram os critérios estabelecidos.

3. RESULTADOS

Os artigos desta revisão narrativa foram coletados através do portal Bireme e apresentaram a seguinte distribuição por banco de dados de indexação (tabela 1). A maior parte dos estudos (15) se encontram indexados na base de dados LILACS (88,8%). A partir da identificação das bases

de dados, confirmação da disponibilidade gratuita dos estudos e serem filtrados pelos critérios estabelecidos. Após essa primeira sistematização, os estudos foram lidos na íntegra e seus achados, segundo o interesse de investigação desta revisão (conceito e relação como SUS), puderam ser identificados no quadro 1.

Tabela 1. Bases de dados do portal Bireme nas quais se encontravam os artigos incluídos na revisão narrativa sobre necessidades em saúde.

Bases de dados	n	%
LILACS	15	88,8
BDENF – Enfermagem	01	5,6
Coleciona SUS	01	5,6
TOTAL	17	100,0

Fonte: Pesquisa direta

Segundo o quadro 1, é possível identificar que a maior parte dos estudos (11) se utilizam de métodos revisão narrativa (64,7%). Onze artigos (64,7%) do total (17) não apresentam um conceito sobre ‘necessidades em(de) saúde’. Três artigos (17,6%) não apresentaram a importância relacionada às ‘necessidades em(de) saúde’ e suas implicações e desafios para sua aplicação no SUS que justificariam a escolha da temática como objeto estudo, porém os mesmos textos discutem o financiamento da política de saúde no Brasil, o financiamento da Atenção Básica e a relação Saúde e Direito, e por esse motivo foram adicionados à análise.

4. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados dessa revisão foi possível perceber que há uma variada forma de apropriação da temática ‘necessidade em(de) saúde’ e que por ser um conceito muito amplo muitos dos autores não delimitam bem sua definição, variando desde a mera citação do termo, sem sequer descrevê-lo ou conceituá-lo, até o uso mais refinado do termo e sua identificação e conceptualização mais precisa em práticas e relatos de experiências nos serviços de saúde. Dentre os autores que de certa maneira ‘apenas tangenciam’ o tema, Mendes (2015); Santos e Gerschman (2004); Mendes (2013); Rizzoto e Campos (2016); Mendes e Louvison (2015); Mendes e Marques (2009); Cohn (2018) e Miranda, Mendes e Silva (2017) não citam o termo ‘necessidade em(de) saúde’ em nenhuma parte do texto, porém no decorrer da leitura podemos perceber que a discussão é baseada nas necessidades, implicações para o SUS e os desafios de sua aplicação; outros por sua vez como, Silva e Junior (2015); Barros e Sousa (2016); Garbois, Vargas e Cunha (2007); Batista, Machado e Lima (2009); Araújo (2015) e Gonçalves et al (2007) citam o termo e o conceitualizam, mas em nenhum deles as ‘necessidades em(de) saúde’ aparece como um indexador.

Quadro 1. Artigos incluídos e respectiva metodologia, conceito de Necessidades em(de) Saúde, implicações para o SUS e os principais desafios de sua aplicação no SUS.

Autores Ano	Metodologia	Conceito de Necessidades em Saúde	Implicações para o SUS	Conclusões e desafios de sua aplicação no SUS
MENDES 2013	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Desde a criação do SUS houve melhora na condição de saúde da população brasileira. Contudo, dois problemas persistem, impedindo a continuidade de seu avanço: a dificuldade de acesso e o problema do financiamento.	Esse debate é essencial para todos aqueles que não medem esforços no desenvolvimento do olhar crítico e denso no conflituoso caminho de consolidação do direito à saúde no Brasil, inserida no cenário de constrangimentos da saúde universal, acirrados pelos problemas de financiamento e gestão do SUS.
SANTOS e GERSCHMAN 2004	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Na contramão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível.	O caráter universalista do SUS parece desacreditado nos grandes centros urbanos, onde a percepção de contraste entre a qualidade do sistema público e privado é muito intensa. O padrão SUS hoje parece estar caminhando no sentido do “plano de cuidados básicos” e já é evidente uma segmentação público-privada que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores.
MIRANDA, MENDES e SILVA 2017	Entrevista semiestruturada e revisão crítica da literatura.	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Persistência de desafios relacionados a questões como a organização e a fragmentação das políticas, o insuficiente financiamento, as complexas relações entre a esfera pública e o mercado, as fragilidades nos processos regulatórios e as desigualdades em saúde que permanecem e que marcam a sociedade brasileira	É preciso criar espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS, estudando as responsabilidades sanitárias e o papel das esferas de governo, planejamento de políticas que superem os desafios atuais e futuros, mas que assegurem o direito social do cidadão de acesso universal à saúde, consolidar as redes de saúde e reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira.

MENDES 2015	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Em sintonia com esse processo, as políticas macroeconômicas adotadas levaram – e ainda levam – à diminuição dos gastos públicos com direitos sociais, em destaque na saúde, aumentando os riscos da “desuniversalização” e “desassistencialização” das políticas sociais.	A questão que nos coloca é como a saúde pública universal e todas as políticas sociais de direitos podem sair da crise do capitalismo de uma forma diferente? Seria possível tal caminho somente equalizando o crescimento econômico e mantendo o patamar de (des)investimento que as políticas sociais de direitos vêm recebendo? Nessa perspectiva, entendemos ser fundamental enfatizar as possibilidades de valorização dos direitos universais à saúde, por meio da prioridade ao financiamento do SUS.
BARROS e SOUSA 2016	Revisão Narrativa	Necessidades em saúde são diferentes entre os distintos grupos sociais, que são tanto determinadas pela diversidade de sexo, idade e raça, quanto por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e ainda por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos.	O SUS, enquanto política pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, essa política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização.	Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais. Assim, acima de tudo, é preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para o enfrentamento de tais situações, para que possa ser atingido o ideal de um sistema de saúde que seja capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades.

<p>ARAUJO 2015</p>	<p>Revisão crítica da literatura.</p>	<p>Condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.</p>	<p>Através dos setores privados dominantes da saúde, o fundo público foi/é apropriado para acumulação e reprodução do capital, hoje na fase da financeirização. Nesse sentido, faz-se necessário e imperativo analisar as tensões em torno da saúde no campo da questão social, visto que historicamente o capital vem penetrando e expropriando esse setor no país.</p>	<p>A partir do panorama histórico da saúde pré e pós-SUS, constatamos o processo da apropriação privada da saúde, desde a assistência até a administração da saúde – ou seja, o setor privado historicamente apropria-se da coisa pública, dos fundos públicos. Desse modo, a saúde é alvo de políticas restritivas expressas por ações, como o subfinanciamento e a privatização dos serviços, bem como por meio das novas modalidades de gestão propostas para o serviço público, com as OSs e outras, refletindo a lógica neoliberal do Estado.</p>
<p>SILVA e JUNIOR 2015</p>	<p>Pesquisa com observação direta e entrevista.</p>	<p>Conjunto de práticas democratizantes que “integram a totalidade social”, noção de direito à saúde que implica, dentre outros fatores, na garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços”, além de acesso universal e igualitário em todos os níveis.</p>	<p>A luta pela efetivação do direito à saúde também se insere em um contexto de disputa política por recursos públicos do orçamento estatal, sequestrado para “o pagamento de juros e amortização da dívida pública” e destinado à “valorização exclusiva do setor econômico mais desenvolvido”. Na saúde, são expressões desse processo as múltiplas articulações entre o público e o privado que consolidaram uma realidade muito distante da preconizada pelo projeto de Reforma Sanitária.</p>	<p>Apesar de conquistas como o processo de descentralização das decisões pela municipalização e maior acesso à rede de serviços, por exemplo, isso está distante do expresso pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira, pela persistência do não cumprimento da universalidade, equidade e qualidade no acesso à saúde. As políticas macroeconômica e da Reforma do Estado levaram à “implementação tortuosa do SUS” e resultaram “em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde”, levando à progressiva conformação de um Estado mínimo que se isenta de seu papel na efetivação dos direitos.</p>

MENDES e MARQUES 2009	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	A crise do financiamento, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva, resultando em tentativas de diminuição dos gastos na saúde. Atualmente o principal inimigo da saúde pública é o grande capital financeiro e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular.	Na implementação do SUS, ao longo dos vinte anos de sua existência destaca-se, por um lado, o “princípio da construção da universalidade”, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros e de outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público. Trata-se de um movimento permanente e contraditório, ao longo do processo de implementação do SUS.
RIZZOTTO e CAMPOS 2016	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado.	As crises de acumulação têm levado o capital a expandir-se para todos os espaços da vida social, transformando-os em esferas de valorização do capital.. O Banco Mundial, como instância desse novo ciclo de capitalismo financeiro, reafirma a centralidade do mercado como mecanismo organizador e gestor mais eficiente das políticas públicas, entre elas a saúde. O SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente, o direito universal à saúde. O que deve servir de modelo são os países que possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde.

COHN 2018	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Dada a premência de construção e de institucionalização do SUS, num contexto crescentemente desfavorável tanto em termos de políticas econômicas (o subfinanciamento do SUS é algo crônico em virtude das políticas de ajuste fiscal sucessivamente adotadas) quanto em termos das dificuldades impostas por um Estado patrimonialista e uma sociedade conservadora, ambos avessos a quaisquer medidas de distribuição mais equitativa dos recursos sociais, mesmo que modestas, a sua implantação vem sendo marcada por avanços e recuos.	A questão da saúde sensibiliza e mobiliza segmentos da sociedade, mas, exatamente por demandar que se vá além da saúde como consumo ou acesso a serviços e tecnologias de diagnóstico e terapêutica, esbarra na relativa fragilidade para se constituir isoladamente em fator de organização e mobilização da sociedade de forma transversal, envolvendo uma multiplicidade de sujeitos sociais.
MENDES e LOUVISON 2015	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	A nova “universalidade” compreende uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado. Sabe-se que a interferência do setor privado na saúde provoca sérias consequências ao atendimento das necessidades em saúde das populações, e ainda inviabiliza a implementação da saúde como um direito universal, conforme preconizado pelo SUS.	Atualmente, grande parte dos municípios ampliaram fortemente o acesso aos serviços locais contribuindo para a ampliação da universalidade do sistema, mas este encontra-se estrangulado em sua capacidade de avanço e de promoção de integralidade e de equidade, o que não poderá ser construído solitariamente. Além disso, apesar da determinação de mecanismos de alocação equitativa de recursos das transferências do governo federal para os municípios pela lei 141/2012, não se conseguiu definir até o momento critérios baseados em necessidades de saúde e tampouco efetivar a participação, ainda muito incipiente, dos governos estaduais na transferência de recursos fundo a fundo para municípios.

BAPTISTA, MACHADO e LIMA 2009	Revisão Narrativa	Saúde como direito social de cidadania e um conjunto integrado de ações de bem-estar e justiça social.	Restrições ao exercício de responsabilidade da atuação do Estado na garantia da saúde como direito de cidadania. Tais restrições se manifestaram de forma acentuada, principalmente em cinco âmbitos: os obstáculos à consolidação da Seguridade Social; o instável aporte de recursos financeiros; a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, como medicamentos; a fragilidade das políticas de recursos humanos em saúde e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde.	Ainda que tenham ocorrido avanços, permanece como grande desafio do Estado, entendido de forma ampla, garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada, visando ao bem estar coletivo e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos.
GONÇALVES et al 2007	Revisão crítica da literatura.	Alimentar-se adequadamente, ter condições dignas de moradia, ter direito ao trabalho e horas de lazer. A saúde é então sinônimo de cidadania.	Os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos. A questão da alocação de recursos passa por três perguntas: a quem destiná-los? Quem decide? Quais recursos e para quais ações? Será que os recursos para a saúde são inevitavelmente escassos ou tal escassez é na verdade apenas reflexo de escolhas políticas? Em uma sociedade onde o lucro domina as prioridades na pesquisa, e em consequência, no sistema de assistência em saúde, do qual a prevenção representa hoje uma parte mínima.	Adoção do princípio de equidade nas políticas públicas de saúde não devem se ater exclusivamente a considerações de ordem econômica, e sim buscar o bem-estar das pessoas, respeitando as diferenças entre elas e dando-lhes oportunidade de se manifestar e participar das decisões, que problemas da saúde pública sejam abordados através de ações direcionadas a partir da priorização de demandas que partam dos cidadãos menos favorecidos. Essas mesmas ações deveriam passar por um controle social, que averiguaria se o que está sendo executado contempla as necessidades sanitárias de interesse comum, e isso tudo, no contexto da pluralidade das necessidades humanas e de valores da sociedade atual.

GARBOIS, VARGAS e CUNHA 2007	Descritiva com abordagem qualitativa com pesquisa bibliográfica e documental e entrevista semiestruturada.	Condições de vida da população, problemas de saúde de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade. Condições de acesso à habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Padrões dignos de qualidade de vida.	A Estratégia Saúde da Família visa a reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe priorizar a família e o ambiente no qual ela vive como centro da atenção à saúde, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, insistindo-se em relacionar a saúde ao exercício pleno da cidadania. Um dos grandes desafios da estratégia é superar as iniquidades que se alastram ao longo da história e que acumulam hoje uma dívida social que desencadeia uma série de outros fenômenos associados, como a violência, o desemprego, a fome, entre outros, todos eles manifestações da exclusão social. Outro desafio é operacionalizar uma proposta como a da ESF dentro de um território nacional heterogêneo do ponto de vista geopolítico, econômico, cultural e social e, principalmente, nas grandes metrópoles.	Na realidade brasileira, em que a maioria dos cidadãos não alcança a concretização da “saúde como direito de todos e dever do Estado” as conquistas da Estratégia Saúde da Família estão diretamente relacionadas às conquistas da sociedade brasileira, condição <i>sine qua non</i> para concretizar o SUS, a estruturação de um Estado capaz de combater as profundas e gritantes desigualdades sociais, na medida em que elas expressam a injustiça e exclusão social.
LIMA 2007	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Não apresenta implicações para o SUS.	Não apresenta desafios relacionados à aplicação no SUS.
MERHY 2012	Revisão Narrativa	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Não apresenta implicações para o SUS.	Não apresenta desafios relacionados à aplicação no SUS.

PINTO 2018	Estudo descritivo analítico, revisão de literatura.	Não apresenta um conceito sobre Necessidades em Saúde.	Não apresenta implicações para o SUS.	Não apresenta desafios relacionados à aplicação no SUS.
---------------	---	---	---------------------------------------	--

Nestes seis autores onde ‘necessidades em(de) saúde’ são conceituadas, há a ideia geral de que a saúde não se restringe apenas às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas ²². De forma específica pode-se dizer que o termo ‘necessidades (de)em saúde’ pode ser composto por três núcleos de sentido.

O primeiro relaciona o termo à ideia de *direito social constituído* ^{16.19}. Para esse autores as necessidades em(de) saúde são: “*um direito social de cidadania e um conjunto integrado de ações de bem-estar e justiça social*”, ou ainda “*um conjunto de práticas democratizantes que integram a totalidade social, noção de direito à saúde que implica, dentre outros fatores, na garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e participação da população na organização, gestão e controle dos serviços, além de acesso universal e igualitário em todos os níveis*”. Sob esta ótica é possível dizer que as necessidades de(em) saúde não expressões concretas que devem conformar os alcances em que o direito à saúde deve se delinear. Mesmo considerando que a legislação infraconstitucional, considera as necessidades de saúde com forma de guiar o financiamento ²³, há problemas em operacionalizá-la, especialmente quando se trata de um direito social, assim sendo, devendo compulsoriamente articular diversos elementos da vida social que fazem parte da

múltipla determinação da saúde das coletividades e indivíduos, como suposto nestas conceituações.

O segundo núcleo de sentido que compôs a ideia de necessidades em(de) saúde nesta revisão foi a do *conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais* ^{20.21}. Neste sentido, o termo encerra sua semelhança nos seguintes significados: “*condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde*” ou, em outras palavras, “*alimentar-se adequadamente, ter condições dignas de moradia, ter direito ao trabalho e horas de lazer*”.

Neste sentido, corrobora-se como a afirmação anterior, contudo, a ênfase recai nos critérios ‘social’ e ‘efetivo’. Quando se pensa a saúde como fenômeno socialmente determinado, o enfoque deve ser orientado mais ao ‘social articulado’ do que ao núcleo essencial. Isso força com o que o direito seja obrigado a se dilatar para congregar a amplitude do que significa garantir saúde, que, como já sabido ²⁴ transcende o próprio setor. No que se refere a efetividade do direito, significa a operação deste na vida concreta dos indivíduos, que, em suas situações cotidianas, devem acessar os serviços em função de uma ação estatal proativa e não o seu contrário.

No terceiro, Garbois, Vargas e Cunha (2017) e Barros e Souza (2016) convergem ao

rebuscarem o termo tentando maior precisão analítica. Nestes, ‘necessidades em(de) saúde’ está relacionada com o *ajuste entre as condições de vida e trabalho com a diversidade inerente às coletividades*. Assim, dizem que são “*necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, que são tanto determinadas pela diversidade de sexo, idade e raça, quanto por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e ainda por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos*” ou “*condições de vida da população, problemas de saúde de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade. Condições de acesso à habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, ou ainda, padrões dignos de qualidade de vida*”.

É interessante perceber que, neste sentido, o ajuste é o mais importante, e talvez o mais desafiador. Mesmo tentando-se considerar a imensa diversidade de necessidades em(de) saúde dos mais variados grupos populacionais, isso exige uma acomodação entre da oferta em função das necessidades e não contrário. Isso exige, certamente, um movimento de diagnóstico e planejamento local em direção ao nacional (ascendente) que, em termos concretos tem sido visto apenas como figura de retórica²⁵, em alguns textos jurídicos como mais uma letra morta²⁶

ou, quando muito, em experiências pontuais²⁷.

Este sentido, ainda traz à tona a discussão da Saúde Coletiva sobre as necessidades do ponto de vista de sua heterogeneidade. Estas originam-se da reprodução da vida em sociedade e devem estar articuladas entres si²⁸. Nos textos, é possível perceber como valorizar o conhecimento e a forma como os sujeitos estão inseridos na reprodução social requerendo a compreensão da realidade objetiva, simultaneamente às concepções subjetivas que se manifestam dos indivíduos, identificando-se os diferentes significados atribuídos a seus modos de vida, saúde e sofrimento, o que pode revelar o potencial transformador das práticas de saúde vigentes²⁹. Ainda outro aspecto importante deste último sentido se deve ao fato que este cita a qualidade de vida como uma ‘dimensão’ da necessidade. Ora, em que pese a interpenetração de todos esses conceitos na realidade concreta, é necessária a definição precisa sobre qual conceito está subjacente ao outro³⁰, ao passo de este elemento ser mais um desafio na concretização das necessidades de(em) saúde enquanto medida. Ao fim, tem-se, ainda, três autores, Lima (2007), Pinto (2018) e Merhy (2012), que não citam nada sobre o conceito ‘necessidades em(de) saúde’, porém os mesmos textos discutem o financiamento da política de saúde no Brasil, o financiamento da Atenção Básica e a relação Saúde e

Direito e por esse motivo foram utilizados nesta revisão.

Em relação às implicações para o SUS dos estudos sobre as necessidades de(em) saúde, os mesmos apresentam uma gama variada de implicações que puderam ser compiladas em sete blocos. Mesmo sabendo que todas as implicações para o SUS estão intimamente interligadas, há uma frequência em que são citadas.

O primeiro bloco de implicações mais frequente foi aquele que aponta ao *'capitalismo e sua crise'*. Assim, os estudos apontam que a implicação mais forte sobre a não concretização das necessidades em(de) saúde é o caminho percorrido entre os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo, que impacta na não-efetivação do direito à saúde em função do pagamento de juros e amortização da dívida pública. Aponta-se ainda que a financeirização dos recursos públicos através do grande capital financeiro é o responsável pela apropriação do fundo público servindo de forma de acumulação e reprodução do capital ¹³. Isso se reflete, através da decisão política em realizar cortes nos recursos para a área social, diminuição dos gastos com os direitos sociais, dos quais a saúde é um deles ⁸. Apesar da recessão econômica e do SUS, o que se observa é que não tem ocorrido retração do mercado dos planos de saúde, isso seria esperado caso o SUS estivesse oferecendo produtos comparáveis aos

oferecidos pelos planos, o que não é observado, criando a possibilidade de crescente focalização da oferta no sistema público ¹¹.

Ao mesmo tempo em que a Reforma Sanitária Brasileira veio como ponto de apoio para a redefinição radical das políticas públicas, revela-se também com fonte de enormes tensionamentos e conflitos ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial. No Brasil, esse movimento se expressa no crescimento rápido do sistema privado de saúde no qual vem se firmando como fonte para acumulação de capital ³⁴.

As crises de acumulação têm levado o capital a expandir-se para todos os espaços da vida social, entre eles a saúde transformando-os em esferas de valorização do capital, com orientações do Banco Mundial, reafirmando que a centralidade do mercado como mecanismo organizador e gestor são as formas mais eficiente para as políticas públicas ⁶.

O segundo bloco das implicações se refere exclusivamente ao problema do *'financiamento'*. O subfinanciamento do SUS é algo crônico em virtude das políticas de ajuste fiscal sucessivamente adotadas ¹⁴, mesmo a aprovação de uma fonte de financiamento específica para saúde em um momento subsequente (a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

(CPMF) em 1996) não assegurou o aumento substantivo e a estabilidade de recursos para o setor ¹⁹.

Diante da predominância de políticas macroeconômicas restritivas adotadas pelos governos federais, a partir dos anos 1990, conciliado ao capitalismo contemporâneo, o percurso do financiamento da Seguridade Social e do SUS, em particular, permaneceu altamente sob forte tensão ³⁵. Por um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros e de outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica ¹³, além dos incentivos concedidos pelo governo federal à saúde privada, com redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, e as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica ³⁵.

É o Estado criando o mercado para o setor privado como medida para “desafogar” a demanda do SUS e manter o seu subfinanciamento ¹⁴.

O terceiro bloco das implicações se refere às ‘*características da formação social brasileira*’. Para estes autores as dificuldades impostas por um Estado patrimonialista, conservador avesso a quaisquer medidas de distribuição mais equitativa dos recursos sociais ¹⁴, mesmo que modesta é uma

implicação importante na descon sideração das necessidades já que o direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal constitutivo desta sociedade. Além disso, superar as iniquidades que se alastram ao longo da história e que acumulam hoje uma dívida social, a pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, as desigualdades em saúde que permanecem e que marcam a sociedade brasileira operacionalizar em um território nacional heterogêneo aparecem como grande impeditivos ¹⁸.

Essa distinção tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas ao se lidar com a noção de necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, além de situações de injustiça social e características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos ¹⁷.

O quarto bloco das implicações se refere aos ‘*problemas da gestão pública na saúde*’. Desde a criação do SUS houve melhora na condição de saúde da população brasileira, contudo, dois problemas persistem impedindo a continuidade de seu avanço: a dificuldade de acesso e o problema do financiamento ³⁵.

No setor público, verifica-se uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, com aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, fragilidades nos processos regulatórios, longo tempo de espera em filas para o atendimento,

deficiência de recursos físicos e materiais, insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, além de parecer estar desacreditado pela população onde a percepção de contraste entre a qualidade do sistema público e privado, reforçado pela mídia, é muito intensa, demonstrando uma segmentação que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores, onde a percepção de “simplificação” da oferta pública, aliado a dificuldades de acesso, vem contribuindo para o crescimento dos planos de saúde ^{11.15}.

Segundo o Banco Mundial, a governança é um problema crucial no SUS em todos os níveis de governo, pela baixa capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas, pela falta de inovação nos modelos organizacionais e de gestão ⁶.

Os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos. A questão da alocação de recursos passa por três perguntas: a quem destiná-los? Quem decide? Quais recursos e para quais ações? Será que os recursos para a saúde são inevitavelmente escassos ou tal escassez é na verdade apenas reflexo de escolhas políticas? Em uma sociedade onde o lucro domina as prioridades na pesquisa, e em consequência, no sistema de assistência

em saúde, do qual a prevenção representa hoje uma parte mínima ²¹.

O quinto bloco das implicações se refere a ‘*mescla público-privado*’ no qual o SUS organiza a atenção à saúde. Para estes autores a diferenciação não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível, são expressões desse processo de múltiplas articulações entre o público e o privado que consolidaram uma realidade muito distante da preconizada pelo projeto de Reforma Sanitária ¹⁶.

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco Mundial. Sendo a saúde considerada um bem de consumo que deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo tendo a intervenção do Estado somente para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais” ⁶.

Com uma frequência cada vez maior, podemos observar o desabastecimento de produtos importantes para o SUS, tendo como justificativa vários motivos relacionados à tênue relação existente entre as necessidades de saúde pública e as lógicas de mercado ³⁶, introduzindo dispositivos que aumentem a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde.

Assim o que pôde se observar na Reforma Sanitária Brasileira no decorrer dos anos foi uma “confluência perversa” entre um projeto

política democratizante e participativo e o modelo neoliberal que tem prevalecido na gestão do sistema, de modo que “tornar-se cidadão passa a significar a integração individual ao mercado, como consumidor e como produtor”^{16.37}. Sendo a parceria Público-Privada a nova forma de manifestação dessa política, justificada como a racionalização do uso dos recursos, gerando organizações de custo administrativo alto, obrigatoriedade de pagamento dos serviços pela população, negligência pelo sistema dos determinantes sociais e econômicos da saúde, estímulo à competição entre serviços e distribuição de serviços orientada por doenças e intervenções específicas que não necessariamente estão relacionadas às necessidades em saúde das populações, mas são influenciadas por interesses privados^{16.38}.

O sexto bloco sugere ‘*problemas terminológicos*’. Na contramão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível¹¹.

Neste caminho pode-se pensar que a nova “universalidade” compreende uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado. Convertendo o acesso universal, enquanto direito social, em

uma cobertura universal de saúde onde não é o ‘acesso’ em função das ‘necessidades em(de) saúde’ que está no centro da questão, mas sim, o que o orçamento público comprometido e com restrições orçamentárias pode ofertar, além da quantidade de serviços cobertos que podem ser ofertados e consumidos pelo mercado¹².

O sétimo bloco das implicações, este minoritário, trata da ‘*escassez de recursos*’ no SUS.

Pode-se dizer que a restrição acentuada dos recursos no financiamento da saúde foi consolidada pela PEC 241 (Emenda Constitucional 95/2016)³⁹, instituindo um teto “congelado” para os gastos públicos nas funções saúde e educação por 20 anos¹⁴.

O problemático dilema da escassez de recursos para a saúde e a necessidade de alocá-los de forma “justa” para todos se traduz nos três princípios morais e políticos norteadores do SUS, que preconizam a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade e igualdade na assistência à saúde para todos. Porém essa ideia se parece no mínimo contraditória se pensarmos em distribuição justa de recursos com um sistema de saúde que ignora as desigualdades e se nos questionarmos se o grande problema é a escassez de recursos ou a falta de comprometimento político com o destino dado às verbas existentes?²¹

Por fim quais os principais desafios da aplicação do SUS baseado em Necessidades em(de) Saúde?

O SUS é considerado por muitos um experimento que não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, o que deve servir de modelo são os países que possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde ⁶. Num movimento permanente e contraditório, ao longo do processo de implementação do SUS destaca-se, por um lado, o “princípio da construção da universalidade” e identifica-se por outro o princípio da “contenção de gasto” ¹³. A partir do panorama histórico da saúde pré e pós-SUS e pela persistência do não cumprimento da universalidade, equidade e qualidade no acesso à saúde ¹⁶, constata-se o processo da apropriação privada da saúde ²⁰, com a clara segmentação público-privada que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores ¹¹.

Entende-se ser fundamental enfatizar as possibilidades de valorização dos direitos universais à saúde, por meio da prioridade ao financiamento do SUS ⁸, pela melhoria nos problemas de gestão ³⁵ e um Estado capaz de combater as profundas e gritantes desigualdades sociais, na medida em que elas expressam a injustiça e exclusão social ¹⁸, consolidar as redes de saúde e reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira ¹⁵. Considerar a equidade como

sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, alocação equitativa de recursos ¹², atingido o ideal de um sistema de saúde que seja capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades ¹⁷ no contexto da pluralidade das necessidades humanas e de valores da sociedade atual ²¹. Garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada ¹⁹, organizar e mobilizar a sociedade de forma transversal, envolvendo uma multiplicidade de sujeitos sociais ¹⁴.

5. CONCLUSÃO

De acordo com o exposto acima, fica evidente que o termo “Necessidades em(de) Saúde” ainda está longe de ser compreendido e utilizado de forma acordante entre os que atuam nos sistemas de saúde. Se por um lado observamos a defesa dos direitos universais de saúde e a ampliação da integralidade e equidade para o atendimento mais abrangente, com respostas às necessidades em(de) saúde de cada cidadão, em cada território, pensando em suas diferenças, como um conjunto de práticas democratizantes que “integram a totalidade social”; por outro lado presenciamos a mercantilização da saúde de forma ostensiva

onde ‘cidadania’ se confunde com o ‘poder de consumir’ e ‘necessidades em(de) saúde’ se resume ao consumo de um serviço ou procedimento de saúde.

Nesse cenário as implicações para o SUS são imensas e somadas a um subfinanciamento crônico e políticas restritivas adotadas pelos governos federais o resultado não podia ser outro, mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde da sociedade, abrindo espaço cada vez maior para as práticas privatistas que surgem no interior do sistema público.

Consequentemente o desafio em se ofertar um SUS baseado em Necessidades em(de) Saúde, com alocação de recursos de forma equitativa e igualitária e qualidade no acesso à saúde se torna cada vez mais difícil, com um movimento permanente e contraditório de contenção de gastos o que se assiste é um processo da apropriação privada da saúde e a disputa entre dois grandes projetos antagônicos na saúde. O privatista, que aposta na saúde como fonte de lucro e o da reforma sanitária.

É nesta realidade de desmonte dos direitos sociais que se torna necessário resgatar o protagonismo do movimento social pela saúde, tornando-se imprescindível construir uma vontade coletiva de mobilização pela saúde buscando democratizar a consciência sanitária, enfrentando coletivamente a onda conservadora do mercado e efetivando a

saúde como um direito público e não mera mercadoria.

REFERÊNCIAS

1. JUNIOR NNG, PEREIRA PAP. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 5, n.1, p.50 - 65, jan./jun. 2013.
2. CECILIO LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.
3. CAMPOS CMS, BATAIERO MO. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.
4. ALMEIDA FN, PAIN JS. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.
5. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: 1988.
6. RIZZOTTO MLF, CAMPOS GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc. São Paulo*. V.25, n.2, p.263-276, 2016.
7. RIZZOTTO MLF. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.
8. MENDES A. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo? *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, v. 24, p. 66-81, 2015.
9. ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). [S. l.]: [s. n.], 2000. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>>. Acesso em: 4 jun. 2014.
10. ROTHER ET. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):v-vi.
11. SANTOS MAB, GERSCHMAN S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):795-806, 2004.
12. MENDES A, LOUVISON M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.393-402, 2015.

13. MENDES A, MARQUES RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):841-850, 2009.
14. COHN A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *ESTUDOS AVANÇADOS* 32 (93), 2018.
15. MIRANDA GMD, MENDES ACG, SILVA ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.2, p.329-335, 2017.
16. SILVA HFS, JUNIOR IF. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 423-442 2015.
17. BARROS FPC, SOUSA MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.1, p.9-18, 2016.
18. GARBOIS JÁ, VARGAS LA, CUNHA FTS. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [1]: 27-44, 2008.
19. BAPTISTA TWF, MACHADO CV, LIMA LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):829-839, 2009.
20. ARAUJO IMM. Direito à Saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. *R. Dir. sanit., São Paulo* v.16 n.1, p. 128-145, mar./jun. 2015.
21. GONÇALVES ER, ALBUQUERQUE GL, AERDMANN AL, RAMOS FRS, AMADIGI FR. Reflections on equality, justice and allocation of resources in health: the bioethical point of view to the inequitable society's dilemmas. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Home > Vol 6, No 2 (2007) > Gonçalves.
22. BREILH J. *Epidemiologia e economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1991.
23. BRASIL. Ministério da Fazenda. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 16 de janeiro de 2012, p. 1.
24. MCKEOWN T, LOWE CR. *Introducción a la Medicina Social*, México, Siglo Veintiuno, 1981, p. 2224.
25. BALDANI MH, FADEL CB, POSSAMAI T, QUEIROZ MGS. A inclusão da odontologia no Programa

- Saúde da Família no Estado do Paraná. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VII.
 27. RUEDA MEBM, NUNES CLMT. Planejamento ascendente e participativo: prática adotada na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru. Saude soc. [online]. 2009, vol.18, suppl.1 [cited 2019-05-06], pp.73-74.
 28. BARROS DG, CHIESA AM. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(n.esp):793-8.
 29. NAKAMURA EE, EGRY EY, CAMPOS CMS, NICHATA LYI, CHIESA AM, TAKAHASHI RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Rev Lat Am Enferm. 2009;17(2):253-8.
 30. FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.33-38. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>.
 31. LIMA LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):511-522, 2007.
 32. PINTO HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. Saúde em Redes. 2018; 4 (1): 35 – 53.
 33. MERHY E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.
 34. ELIAS PE. Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 18(3): 41-46, 2004.
 35. MENDES A. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil - Cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. R. Dir. sanit., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 113-118, jul./out. 2013.
 36. REZENDE KS. Produção: a corda bamba entre o mercado e as necessidades de saúde pública. ISBN: 978-85-7967-108-1 Vol. 1, Nº 4. Brasília, março de 2016.

37. DAGNINO E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando. In: MATO, D. (Ed.). Políticas de Cidadanía y Sociedad Civil en tiempos de globalización. Caracas: FaCES, Universidad Central de Venezuela, 2004.
38. MACIOCCO G, STEFANINI A. From Alma-Ata to the global fund: the history of international health policy. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 7, n. 4, p. 479-486, out-dez. 2007.
39. BRASIL. Congresso Nacional. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 16 de dezembro de 2016, p. 2.