Revista Buriti: Direito, Sociedade e Sustentabilidade. ISSN 2595-6795. V. 9 N 1 2026

SAÚDE COMO MERCADORIA DESIGUALDADES E ASSIMETRIAS TERRITORIAIS NO ACESSO À ASSISTÊNCIA MÉDICA NO ESTADO DO AMAZONAS NO PERÍODO DE 2023 A 2025.

Health as a commodity: inequalities and territorial asymmetries in access to medical care in Amazonas from 2023 to 2025.

Ellen Caroline dos Santos Simões1
Rosana Reis de Melo Silva2
Veridiana Spínola Tonelli[3]
Leda Mourão Domingos [4]
Afrânio da Silva Ribeiro Júnior[5]

RESUMO

A presente pesquisa analisa a mercantilização da saúde privada e seus impactos sobre a efetivação do direito fundamental à saúde no Estado do Amazonas, no período de 2023 a 2025, com atenção às desigualdades territoriais entre a capital e os municípios do interior. Parte-se da compreensão constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, considerando a expansão das clínicas populares e os planos de saúde privados em um contexto marcado por limitações estruturais do sistema público, dificuldades geográficas e concentração de serviços especializados. A fundamentação teórica apoia-se no Direito Constitucional e na proteção dos direitos fundamentais, bem como na literatura sobre saúde suplementar, mercantilização e privatização da gestão da assistência médica, com referências a Bahia, Andreazzi e Bravo, Ventura e Finkelman. A pesquisa adota método dedutivo, natureza aplicada e abordagem qualitativa, mediante pesquisa bibliográfica e documental. São consultados livros, artigos científicos e dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar, do Ministério da Saúde, do DATASUS, do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Busca-se compreender os impactos jurídicos e sociais da mercantilização da saúde e sua relação com as assimetrias de acesso no contexto amazônico.

Palavras-chave: Direito à saúde; Mercantilização; Saúde privada; Desigualdade territorial; Amazonas.

---

[1] Graduando(a) Ellen Caroline dos Santos Simões do Curso de Bacharelado em Direito, no Centro Universitário - FAMETRO. Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: ellencsimoess@gmail.com . Nº do Orccid:https://orcid.org/009-004-1060-9837.

[2] Prof.ª Esp. Rosana Reis de Melo Silva, Orientadora e Coordenadora do TCC II do Centro Universitário FAMETRO. Graduada em Direito pela Escola Superior Batista do Amazonas (ESBAM). Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: profrosanareis.tcc@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-2590-3608.

[3] Graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2013). Advogada atuante desde 2016 na cidade de Manaus - AM. Graduanda no curso de História na Universidade Federal do Amazonas (2018). Mestre em Direito no programa de Direito Constitucional da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (2021). E-mail: vtonelli.advocacia@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8648-4824.

[4] Prof.ª Ma. Leda Mourão Domingos, Coorientadora do TCC II, no Centro Universitário FAMETRO. Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: Leda.mourao@gmail.com. Nº do ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0663-2554.

[5]Prof. Me. Afrânio da Silva Ribeiro Júnior - Mestre em Direito Ambiental pela Universidade do Estado do Amazonas – UEA e-mail: ribeirojunior.advogados@gmail.com. Nº do ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3206-3259.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

ABSTRACT

This research analyzes the commodification of private health care and its impacts on the effectiveness of the fundamental right to health in the State of Amazonas, from 2023 to 2025, focusing on territorial inequalities between the capital and municipalities in the interior. It starts from the constitutional understanding of health as a right of all and a duty of the State, considering the expansion of popular clinics and private health plans in a context marked by structural limitations of the public system, geographical difficulties and the concentration of specialized services. The theoretical framework is based on Constitutional Law and the protection of fundamental rights, as well as on the literature on supplementary health, commodification and privatization of health care management, drawing on Bahia, Andreazzi and Bravo, Ventura and Finkelman. The research adopts a deductive method, an applied nature and a qualitative approach, through bibliographic and documentary research. Books, scientific articles and official data from the National Agency for Supplementary Health, the Ministry of Health, DATASUS, the Institute for Health Policy Studies and the State Health Department of Amazonas are consulted. The study seeks to understand the legal and social impacts of the commodification of health and its relationship with access asymmetries in the Amazonian context.

Keywords: Right to health; Commodification; Private health care; Territorial inequality; Amazonas.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida pela Constituição Federal de 1988 como direito fundamental de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, nos termos do artigo 196 (Brasil, 1988). Essa previsão, regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, deu origem ao Sistema Único de Saúde, estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990), consolidando a saúde como expressão da dignidade da pessoa humana e como obrigação estatal de caráter prestacional.

Não obstante essa proteção normativa, observa-se no Brasil um crescimento contínuo da iniciativa privada no setor da saúde, impulsionado, sobretudo, pelas limitações estruturais do sistema público. Esse movimento, contudo, não alcança de modo homogêneo o território nacional. No Amazonas, marcado por desigualdades sociais e por barreiras geográficas expressivas, 34 municípios dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde, sem qualquer oferta de serviços particulares (Brasil, 2023). A fragilidade da rede assistencial também se manifesta na capacidade instalada: Manaus é a capital brasileira com a menor razão de leitos hospitalares por habitante, com apenas 17,9 leitos por 10 mil habitantes, ao passo que a região Norte apresenta o menor índice do país (Ieps, 2024).

Nesse cenário, a lógica mercadológica aplicada à saúde tende a favorecer a seletividade no atendimento, a elevação dos custos dos serviços médicos e a exclusão de parcelas

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

socialmente vulneráveis, transformando um direito fundamental em serviço condicionado ao poder aquisitivo e à localização geográfica do cidadão. Como os investimentos e os serviços de maior complexidade tendem a concentrar-se na Região Metropolitana de Manaus, aprofunda-se o isolamento do interior e das calhas de rios, reforçando desigualdades territoriais historicamente existentes.

Diante desse quadro, o presente artigo parte do seguinte problema de pesquisa: de que forma a mercantilização da saúde privada contribui para o aumento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Estado do Amazonas?

Como resposta provisória, adota-se a hipótese de que a crescente mercantilização da saúde privada no Amazonas intensifica as desigualdades no acesso, favorecendo grupos economicamente privilegiados em detrimento da população socialmente vulnerável. Essa mercantilização manifesta-se, ainda, pela fragmentação do acesso em novas modalidades de saúde acessível, que cobram por consultas, mas não resolvem procedimentos de alta complexidade, direcionando o paciente novamente ao Sistema Único de Saúde. Assim, a predominância da lógica de mercado na prestação de serviços privados afasta-se da função social do direito à saúde e reforça desigualdades históricas e territoriais.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os impactos da mercantilização da saúde privada na efetivação do direito fundamental à saúde no Estado do Amazonas, no período de 2023 a 2025. De modo específico, busca-se: identificar os fundamentos constitucionais e os limites legais da atuação complementar da iniciativa privada no setor da saúde no ordenamento jurídico brasileiro; mapear os impactos sociojurídicos da mercantilização da saúde no Amazonas, com foco na assimetria de acesso entre a capital e o interior; e avaliar o papel regulatório e fiscalizatório do Estado diante do crescimento do setor privado de saúde no contexto regional.

A relevância do estudo manifesta-se em três dimensões. No plano social, discute-se de que modo a lógica mercadológica influencia a exclusão de parcelas vulneráveis da população amazonense. No plano jurídico, analisam-se os limites constitucionais da atuação econômica na área da saúde, considerando o dever estatal de efetivação dos direitos fundamentais sociais, que exigem atuação positiva do Estado, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social e desigualdade material (Sarlet, 2019; Barroso, 2020). No plano acadêmico, justifica-se pelo aprofundamento dos estudos sobre saúde suplementar, mercantilização dos direitos sociais e desigualdades territoriais no contexto amazônico, contribuindo para o debate interdisciplinar entre Direito, políticas públicas e saúde coletiva.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Metodologicamente, o trabalho adota o método dedutivo e caracteriza-se como pesquisa aplicada e qualitativa, desenvolvida por meio de análise documental e bibliográfica, com apoio em dados de fontes oficiais, como o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o IEPS e o DATASUS. Quanto à organização, o artigo estrutura-se em referencial teórico, no qual se examinam o direito fundamental à saúde, os princípios do Sistema Único de Saúde e a mercantilização da assistência médica; metodologia; resultados e discussão; e considerações finais.

2 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E EXPRESSÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 inseriu a saúde entre os direitos sociais fundamentais, conforme dispõe o art. 6º, ao lado de outros direitos indispensáveis à proteção da pessoa e à redução das desigualdades sociais. O reconhecimento constitucional da saúde como direito social desloca sua compreensão de uma perspectiva exclusivamente individual ou assistencial para uma dimensão de responsabilidade pública e de garantia de condições mínimas para o exercício da cidadania.

O art. 196 da Constituição estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A norma constitucional, portanto, vincula a proteção da saúde à atuação estatal e estabelece como elementos fundamentais a universalidade e a igualdade de acesso.

A relação entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana também decorre dos fundamentos da República previstos no art. 1º, III, da Constituição. A dignidade constitui fundamento jurídico que orienta a interpretação e a concretização dos direitos fundamentais, especialmente daqueles relacionados às condições materiais necessárias para uma existência digna.

Nesse contexto, a efetividade do direito à saúde não pode ser analisada exclusivamente pela existência formal de serviços. A disponibilidade de estabelecimentos, profissionais, consultas, exames e procedimentos deve ser considerada em conjunto com sua distribuição territorial e com as condições concretas de acesso da população. A existência de profundas

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

diferenças entre territórios pode representar obstáculo à concretização material de um direito que, constitucionalmente, possui caráter universal.

Sarlet destaca a centralidade da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro e sua relação com a proteção dos direitos fundamentais. Nessa perspectiva, os direitos sociais possuem relevância para a concretização das condições necessárias ao desenvolvimento da pessoa e à participação social.

A análise do território amazonense torna essa discussão particularmente relevante. A extensão territorial do Estado, a distribuição desigual da população e a concentração de determinados serviços em centros urbanos constituem elementos que devem ser considerados quando se examina a efetividade do direito à saúde. Assim, a universalidade prevista constitucionalmente deve ser compreendida não apenas como garantia formal de titularidade do direito, mas também em sua dimensão concreta de acesso às ações e aos serviços de saúde.

2.1 O Sistema Único de Saúde e os princípios da universalidade, integralidade e equidade

A Constituição Federal de 1988 instituiu as bases do Sistema Único de Saúde, posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/1990. O SUS constitui um sistema público organizado a partir de princípios e diretrizes destinados a garantir o acesso às ações e aos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entre seus princípios fundamentais encontra-se a universalidade, que estabelece o acesso aos serviços de saúde como direito de todos. A universalidade rompe com modelos restritivos de acesso baseados exclusivamente na condição econômica ou na vinculação do indivíduo a determinada categoria profissional ou sistema de financiamento.

A integralidade, por sua vez, pressupõe que a atenção à saúde seja considerada em suas diferentes dimensões e níveis de complexidade. A assistência não se limita à consulta médica, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, conforme as necessidades da população.

A equidade está relacionada à necessidade de considerar as diferentes condições sociais e territoriais existentes entre indivíduos e grupos. Embora a universalidade estabeleça que todos são titulares do direito à saúde, a concretização desse direito pode exigir respostas diferenciadas diante de desigualdades concretas. Dessa forma, tratar igualmente situações profundamente desiguais pode não ser suficiente para assegurar igualdade material de acesso.

A organização do SUS deve ser analisada, portanto, também a partir da dimensão

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

territorial. A distribuição dos serviços, equipamentos e profissionais interfere diretamente na possibilidade de utilização da assistência pela população. Em um estado caracterizado por grandes distâncias geográficas e desigual distribuição populacional, a existência formal de uma rede de saúde não significa, necessariamente, que todos os indivíduos tenham condições semelhantes de acesso.

A Constituição também reconhece a participação da iniciativa privada na assistência à saúde. O art. 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, admitindo sua participação de forma complementar ao SUS, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial.

Essa previsão constitucional demonstra que o sistema brasileiro não está estruturado exclusivamente sobre a prestação estatal. Existe uma relação entre Estado e iniciativa privada que se manifesta tanto na participação complementar de entidades privadas no SUS quanto na existência de um setor privado de assistência médica.

A Lei nº 8.080/1990 também disciplina a participação da iniciativa privada no sistema de saúde, estabelecendo parâmetros para sua atuação complementar. Paralelamente, a saúde suplementar constitui um segmento regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

A coexistência desses diferentes mecanismos de acesso constitui aspecto relevante para a presente pesquisa. A análise da oferta pública, da oferta privada e da cobertura por planos de assistência médica permite observar como os serviços se distribuem entre os diferentes municípios e como as condições territoriais e econômicas podem interferir nas possibilidades concretas de acesso.

2.2 A mercantilização da saúde e a lógica de mercado

A saúde apresenta uma característica peculiar no campo econômico: embora possa ser objeto de prestação de serviços e de atividades empresariais, constitui simultaneamente um direito fundamental e uma necessidade humana essencial. Essa dupla dimensão produz tensões entre a lógica de garantia de direitos e a lógica de organização econômica da oferta de serviços.

A mercantilização da saúde pode ser compreendida, para fins desta pesquisa, como o processo pelo qual atividades relacionadas à assistência médica passam a ser organizadas,

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

ofertadas e consumidas também segundo relações de mercado. Esse fenômeno pode envolver a expansão dos planos privados de assistência à saúde, hospitais e estabelecimentos privados, clínicas especializadas e modelos de atendimento voltados ao pagamento direto pelos usuários.

A atuação privada, entretanto, não deve ser confundida automaticamente com violação do direito à saúde. A própria Constituição admite a participação da iniciativa privada no setor. O problema analítico consiste em compreender como essa participação se articula com a estrutura pública existente e como sua distribuição territorial e econômica pode produzir diferentes possibilidades de acesso.

Nesse contexto, Bahia analisa a trajetória da saúde suplementar brasileira e as relações estabelecidas entre o setor público e o setor privado, evidenciando a importância de compreender historicamente a formação desse mercado e sua relação com o sistema público de saúde.

Andreazzi e Bravo também contribuem para a discussão ao examinarem as relações entre o mercado de planos de saúde e o sistema público brasileiro. A coexistência entre diferentes formas de financiamento e prestação de serviços produz uma estrutura complexa, na qual os indivíduos podem acessar a assistência por diferentes mecanismos, de acordo com suas condições econômicas, vínculos institucionais e disponibilidade territorial.

A expansão de estabelecimentos privados de menor custo, frequentemente denominadas clínicas populares, constitui outro fenômeno relevante para a discussão. Esses estabelecimentos podem ampliar determinadas possibilidades de acesso, sobretudo para indivíduos que não possuem planos privados e enfrentam dificuldades de acesso ou demora no sistema público. Entretanto, sua atuação deve ser analisada em conjunto com os serviços efetivamente ofertados, sua distribuição territorial, os preços praticados e os limites da assistência disponibilizada.

Desse modo, a existência de uma oferta privada não significa necessariamente disponibilidade integral de atenção à saúde. Um estabelecimento pode oferecer consultas médicas a preços reduzidos e, simultaneamente, não dispor de determinados exames, procedimentos de maior complexidade ou atendimento hospitalar. Nesses casos, o usuário pode necessitar recorrer a outros estabelecimentos ou ao próprio SUS para completar seu percurso assistencial.

A partir dessa perspectiva, a mercantilização da assistência médica será analisada neste trabalho não como fenômeno isolado, mas em relação à distribuição territorial dos serviços, à cobertura da saúde suplementar e à capacidade instalada nos municípios amazonenses. O objetivo é identificar se existem padrões de concentração territorial e diferenças relevantes entre

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

os municípios e, posteriormente, discutir essas evidências à luz dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

A análise também considera que as desigualdades territoriais não são explicadas exclusivamente pela existência do mercado privado. Aspectos demográficos, econômicos, geográficos, administrativos e relacionados à infraestrutura de saúde podem interferir na distribuição dos serviços. Por essa razão, a pesquisa busca evitar relações causais automáticas, utilizando os dados empíricos para identificar padrões e, a partir deles, discutir possíveis relações entre organização do mercado de assistência médica e desigualdades de acesso.

3 DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA REDE DE SAÚDE NO AMAZONAS

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Amazonas contava, em dezembro de 2025, com 3.200 estabelecimentos de saúde cadastrados, distribuídos entre seus 62 municípios (Cnes/Datasus, dez. 2025). A distribuição desse total, porém, é acentuadamente desigual. Manaus, isoladamente, concentra 1.634 estabelecimentos, o equivalente a 51,1% de toda a rede cadastrada no estado (cálculo próprio a partir de CNES/DATASUS), ao passo que os demais 61 municípios dividem entre si os 1.566 estabelecimentos restantes, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 - Municípios do Amazonas com maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados (dez. 2025)

Município	Estabelecimentos	Leitos
Manaus	1.634	5.167
Parintins	95	222
Itacoatiara	69	110
Humaitá	66	48
Lábrea	61	51
Manacapuru	58	90
Tefé	54	117
São Gabriel da Cachoeira	50	69
Coari	47	117
Tabatinga	46	92
Total do estado	3.200	7.964

Fonte: elaborada pelas autoras a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DATASUS,

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

competência dezembro de 2025.

Nota metodológica (Tabelas 1 e 2): os quantitativos foram obtidos por extração do CNES/DATASUS, competência dezembro de 2025, com filtro UF = Amazonas, contando-se estabelecimentos distintos por código CNES e considerando as unidades ativas na competência. O arquivo bruto da extração, com os campos de competência, município, natureza jurídica e critério de contagem, foi preservado na base de dados auditável que acompanha esta pesquisa, de modo a permitir a reprodução dos números. Como o total de estabelecimentos cadastrados pode variar conforme os filtros aplicados, registra-se que aqui se adotou a contagem de estabelecimentos distintos por código CNES, sem inclusão de unidades desativadas.

O contraste é expressivo: o segundo município em número de estabelecimentos, Parintins, com 95 unidades, reúne menos de 6% do total observado na capital. Parte dessa concentração acompanha a distribuição demográfica, uma vez que Manaus abriga cerca de 53% da população estadual, estimada em 4.321.616 habitantes em 2025 (IBGE). Contudo, quando se pondera a rede pela população, a leitura se altera: a razão de estabelecimentos por 100 mil habitantes na capital (70,9) é próxima à de vários municípios do interior, o que indica que a atenção básica, majoritariamente pública, encontra-se distribuída pelo território. A concentração da capital, portanto, não se explica apenas pelo número de unidades, mas pela natureza e complexidade dos serviços ali reunidos, aspecto examinado nas seções seguintes.

3.1 Distribuição dos leitos e a segmentação público-privada

A capacidade hospitalar do estado reproduz o mesmo padrão de segmentação. Do total de 7.964 leitos cadastrados no Amazonas em dezembro de 2025, 6.330 encontram-se disponíveis ao Sistema Único de Saúde (79,5%), ao passo que 1.634 leitos, 20,5% da capacidade instalada, não estão disponibilizados ao SUS (Cnes/Datasus, dez. 2025). Essa parcela não vinculada ao SUS é fortemente concentrada na capital: Manaus responde por 90,3% dos leitos não disponibilizados ao SUS de todo o estado, o que revela a coincidência territorial entre a maior concentração populacional e econômica do estado e a localização dos leitos não vinculados ao SUS.

A leitura por natureza jurídica dos estabelecimentos, apresentada na Tabela 2, esclarece a lógica dessa distribuição. Predominam, em número de unidades, os estabelecimentos de natureza pública (1.753), o que é coerente com a capilaridade da atenção básica no território.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Os estabelecimentos empresariais somam 1.124 unidades e concentram-se de modo acentuado na capital, que abriga 81,9% deles; os demais correspondem a pessoas físicas (270) e a entidades sem fins lucrativos (53). Cabe registrar que a não disponibilização de um leito ao SUS não equivale, por si, a caráter privado do estabelecimento: a categoria adotada aqui é a natureza jurídica registrada no CNES, e a relação com o SUS diz respeito ao vínculo de disponibilização de leitos, não à titularidade.

Tabela 2 - Estabelecimentos de saúde do Amazonas segundo agrupamento da natureza jurídica (dez. 2025)

Natureza jurídica	Estabelecimentos
Pública	1.753
Empresarial	1.124
Pessoa física	270
Sem fins lucrativos	53
Total	3.200

Fonte: elaborada pelas autoras a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DATASUS, competência dezembro de 2025.

As categorias apresentadas correspondem a agrupamento das naturezas jurídicas registradas na base, realizado pelas autoras. A concentração dos leitos não disponibilizados ao SUS na capital e a distribuição dos estabelecimentos empresariais são consistentes com a coexistência de dois circuitos assistenciais, tal como discutido na literatura sobre saúde suplementar e privatização da gestão da assistência (Bahia, 2001; Andreazzi; Bravo, 2014). A concentração observada coincide com a maior concentração populacional e econômica do estado, aspecto que pode ser interpretado, à luz da literatura sobre saúde suplementar e organização territorial da assistência, como elemento relevante para compreender a distribuição da oferta privada, sem que os dados do CNES, isoladamente, permitam atribuir causalidade a esse padrão.

A leitura no recorte temporal 2023–2025 reforça a estabilidade estrutural desse padrão. Como mostra a Tabela 3, o número de estabelecimentos e de leitos cresceu modestamente no

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

período, ao passo que a parcela de leitos não disponibilizados ao SUS aumentou de 1.307 (2023) para 1.634 (2025) elevando sua participação de 17,3% para 20,5% da capacidade instalada, enquanto os leitos SUS permaneceram praticamente estáveis. Trata-se de descrição dos quantitativos observados nas três competências, sem inferência de tendência para além do período analisado.

Tabela 3 - Evolução da rede assistencial do Amazonas, dezembro de 2023, 2024 e 2025

Indicador	Dez. 2023	Dez. 2024	Dez. 2025
Estabelecimentos	3.034	3.031	3.200
Leitos totais	7.540	7.791	7.964
Leitos SUS	6.233	6.333	6.330
Leitos não SUS	1.307	1.458	1.634

Fonte: elaborada pelas autoras a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DATASUS, competências de dezembro de 2023, 2024 e 2025.

3.2 A Cobertura da Saúde Suplementar

A dimensão da saúde suplementar completa o quadro da segmentação. Segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar considerados os beneficiários de planos privados de assistência médica, com ou sem cobertura odontológica, e excluídos os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o Amazonas registrava, em dezembro de 2025, 698.670 beneficiários de assistência médica, ante 590.767 em dezembro de 2023, o que representa crescimento de 18,3% no período (Ans, 2025). Esse contingente, entretanto, está quase inteiramente restrito à capital: Manaus concentra 684.237 beneficiários, ou 97,9% do total estadual, restando apenas 2,1% distribuídos por todo o interior.

A traduzir esses números em taxas de cobertura, a assimetria torna-se ainda mais nítida. Em Manaus, a cobertura por planos de assistência médica alcança 29,7% da população; no conjunto do estado, situa-se em torno de 16,2%. Já entre os municípios, a mediana da cobertura é de apenas 0,25%, e 55 dos 62 municípios amazonenses apresentam cobertura inferior a 1% (Ans, 2025; IBGE). A Tabela 4 sintetiza esse contraste.

Tabela 4 - Saúde suplementar (assistência médica) no Amazonas: beneficiários e cobertura (dez. 2025)

Indicador	Valor

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Beneficiários de assistência médica no estado	698.670
Beneficiários em Manaus	684.237
Participação de Manaus	97,9%
Cobertura da população de Manaus	29,7%
Cobertura da população estadual	16,2%
Mediana da cobertura municipal	0,25%
Municípios com cobertura < 1%	55 de 62

Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), competência dezembro de 2025, e das estimativas populacionais do IBGE.

A taxa de cobertura corresponde ao percentual da população coberta por plano privado de assistência médica e foi calculada pelas autoras pela razão entre os beneficiários da ANS e a população estimada pelo IBGE, por município. Excluídos os planos exclusivamente odontológicos. O total de 698.670 beneficiários corresponde à soma dos 62 municípios do estado; o total bruto informado pela ANS para o Amazonas na competência é de 698.678, dos quais 8 estão registrados sob a rubrica "município ignorado" e foram excluídos da distribuição municipal, sem impacto relevante sobre os percentuais apresentados.

O recorte temporal 2023–2025 confirma a expansão do contingente de beneficiários, sem alterar o padrão de concentração. A Tabela 5 apresenta a evolução dos beneficiários de assistência médica no estado nas três competências.

Tabela 5 - Evolução dos beneficiários de assistência médica no Amazonas, dezembro de 2023, 2024 e 2025

Indicador	Dez. 2023	Dez. 2024	Dez. 2025
Beneficiários (assistência médica)	590.767	671.330	698.670
Variação anual	-	+13,6%	+4,1%

Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), competências de dezembro de 2023, 2024 e 2025. Variação acumulada no período: +18,3%.

A concentração de praticamente toda a saúde suplementar do estado na capital confirma que esse circuito é fenômeno urbano e metropolitano. Como a cobertura por planos pressupõe rede privada credenciada, sua prática inexistência na maior parte dos municípios indica forte predominância do SUS como referência institucional de acesso à assistência à saúde no interior

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

do estado.

3.3 Barreiras Territoriais e a concentração dos Serviços Especializados

As assimetrias descritas devem ser lidas à luz das particularidades geográficas do Amazonas. O Amazonas é a maior unidade federativa do país em extensão. Segundo o IBGE, sua área territorial era de 1.558.704,331 km² em 2025 e a densidade demográfica registrada no Censo de 2022 era de 2,53 habitantes por km² (IBGE, [s.d.]). A ocupação territorial estrutura-se em torno das calhas dos rios, e o deslocamento depende, em muitos casos, do transporte fluvial ou aéreo. Nesse contexto, a distância física não traduz de forma linear o tempo real de acesso, razão pela qual a acessibilidade territorial deve ser compreendida como estimativa de percurso comunidade, sede municipal, transporte fluvial ou aéreo e, por fim, unidade de referência na capital e não como estatística epidemiológica de tempo médio de deslocamento dos pacientes. As medidas de distância e de tempo estimado de deslocamento por modal, para cada município, não foram objeto de levantamento próprio nesta pesquisa, constituindo agenda para estudos futuros.

A concentração dos serviços de alta complexidade evidencia-se de modo particularmente agudo na assistência hospitalar. Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde indicam que a capacidade instalada de maior densidade tecnológica está fortemente concentrada em Manaus, para onde converge a quase totalidade dos leitos não disponibilizados ao SUS do estado (90,3%) e a maior parte dos estabelecimentos de natureza empresarial (81,9%) (Cnes/Datasus, dez. 2025). Essa configuração é consistente com a centralização dos serviços de referência de maior complexidade na capital, o que obriga o paciente do interior a deslocar-se para acessar tais serviços e transforma a distância geográfica em barreira efetiva ao direito à saúde.

3.4 A Assistência Privada de Baixo Custo e as Clínicas Populares

A expansão da assistência privada de baixo custo, comumente designada como clínicas populares, exige delimitação conceitual rigorosa. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde não possui categoria específica com essa denominação; tais estabelecimentos podem figurar como clínicas, centros de especialidade ou consultórios, entre outros. Adota-se, portanto, definição operacional: consideram-se clínicas populares os estabelecimentos privados de assistência ambulatorial que ofertam consultas ou procedimentos diretamente ao consumidor, mediante pagamento particular e/ou valores reduzidos, independentemente de

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

vínculo a plano privado de saúde. Sob essa definição, seu quantitativo não é diretamente extraível das bases oficiais, uma vez que a denominação não corresponde a uma categoria cadastral. Ainda assim, a distribuição dos estabelecimentos de natureza empresarial, dos quais 81,9% se localizam em Manaus (Cnes/Datasus, dez. 2025) constitui evidência da concentração da oferta privada formalmente cadastrada, mas não permite, isoladamente, identificar ou quantificar as clínicas populares. Para essa finalidade, seria necessário levantamento empírico específico dos estabelecimentos que adotam esse modelo de atendimento.

Do ponto de vista teórico, o modelo articula-se à racionalidade de mercado aplicada à medicina: ao concentrar-se em consultas e exames de baixo custo e alta rotatividade, a assistência privada de baixo custo amplia o acesso a etapas da atenção básica, mas não absorve procedimentos de maior complexidade, redirecionando o paciente ao Sistema Único de Saúde. Produz-se, assim, uma fragmentação do cuidado, em que o setor privado capta as etapas rentáveis e transfere ao sistema público os procedimentos onerosos (Bahia, 2001).

3.5 Síntese das Assimetrias Territoriais no Acesso à Saúde

Os dados analisados permitem responder ao problema de pesquisa não apenas quanto à localização dos serviços, mas quanto a quem consegue acessá-los, em que condições e sob qual modalidade de financiamento. Verifica-se que a rede assistencial amazonense é marcada por tripla assimetria: territorial, pois pouco mais da metade dos estabelecimentos concentra-se em Manaus (51,1%) e a alta complexidade é praticamente exclusiva da capital; de financiamento, pois 20,5% dos leitos situam-se fora do SUS e 90,3% desses leitos estão na capital enquanto a saúde suplementar é quase inexistente no interior, com 97,9% dos beneficiários em Manaus e cobertura inferior a 1% em 55 dos 62 municípios; e de complexidade, pois ao interior resta, majoritariamente, a atenção primária, ao passo que os serviços especializados exigem deslocamento à metrópole.

Essa configuração coincide com a maior concentração populacional e econômica do estado na capital, o que tensiona os princípios da universalidade, integralidade e equidade que fundamentam o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990) e o comando constitucional que define a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). O quadro observado está associado à dinâmica descrita pela literatura sobre segmentação assistencial e privatização da gestão (Andreazzi; Bravo, 2014), na qual as desigualdades territoriais historicamente enraizadas tendem a se reproduzir, alimentando percursos alternativos de acesso, como a judicialização, quando a prestação regular falha (Ventura et al., 2010). À luz da trajetória da

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

saúde pública brasileira (Finkelman, 2002), a atenuação dessas assimetrias não se resolve apenas pela regulação do setor privado de alcance limitado onde não há mercado a regular, mas pela reafirmação do papel prestacional do Estado diante das desigualdades estruturais amazônicas.

Os achados evidenciam forte concentração territorial da oferta privada e da saúde suplementar em Manaus, simultaneamente à maior concentração de serviços especializados na capital. Esse padrão revela uma configuração territorialmente desigual da assistência médica e oferece elementos empíricos para discutir, à luz da literatura sobre mercantilização e segmentação da saúde, como a organização da oferta privada pode se relacionar às desigualdades de acesso existentes no Estado do Amazonas. Os resultados, portanto, são compatíveis com a hipótese de que a organização territorialmente concentrada da assistência privada constitui um dos elementos associados às assimetrias de acesso observadas no período analisado, sem permitir atribuir exclusivamente ao mercado privado a origem dessas desigualdades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo investigou como se organiza territorialmente a oferta de assistência médica no Estado do Amazonas, no período de 2023 a 2025, com o objetivo de compreender em que medida a lógica de mercantilização da saúde se relaciona com as desigualdades de acesso observadas no território. Partiu-se do problema de pesquisa relativo não apenas à localização dos serviços, mas às condições e às modalidades de financiamento que determinam quem efetivamente acessa a assistência. A análise apoiou-se em dados oficiais e reproduzíveis, extraídos do CNES/DATASUS, da ANS e do IBGE, articulados ao referencial jurídico e teórico sobre o direito à saúde e a segmentação assistencial.

Os resultados evidenciaram uma configuração territorialmente desigual da assistência médica no Amazonas, marcada por tripla assimetria. No plano territorial, pouco mais da metade dos estabelecimentos de saúde concentra-se em Manaus, e os serviços de maior complexidade são praticamente exclusivos da região metropolitana. No plano do financiamento, cerca de um quinto dos leitos não está disponibilizado ao SUS, contingente fortemente concentrado na capital, e a saúde suplementar mostra-se quase inexistente no interior, com a maior parte dos municípios apresentando cobertura por planos privados inferior a 1% de sua população. No plano da complexidade, ao interior resta, majoritariamente, a atenção primária, restando os serviços especializados condicionados ao deslocamento até a metrópole.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Diante desses achados, entende-se que a hipótese de pesquisa é compatível com os dados analisados: a organização territorialmente concentrada da assistência privada e da saúde suplementar constitui um dos elementos associados às assimetrias de acesso observadas no período. Ressalva-se, contudo, que os dados descritivos utilizados demonstram a concentração da oferta, mas não autorizam, isoladamente, atribuir exclusivamente ao mercado privado a origem das desigualdades, que se relacionam a fatores históricos, geográficos e estruturais da região amazônica. A leitura jurídica desse quadro revela tensão com os princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade (Brasil, 1988; Brasil, 1990), na medida em que a distribuição territorial da oferta contraria a diretriz de acesso igualitário às ações e serviços de saúde.

Como contribuição, o estudo reúne e sistematiza, indicadores oficiais capazes de dimensionar a assimetria territorial da assistência médica no Amazonas, oferecendo subsídio empírico para o debate jurídico sobre a efetivação do direito à saúde em contextos de baixa densidade de mercado.

Reconhecem-se, todavia, limitações: a análise é de natureza descritiva e transversal, apoiada em bases secundárias sujeitas a atualizações cadastrais; a quantificação das clínicas populares e a mensuração do tempo real de deslocamento por modal de transporte não foram objeto de levantamento próprio; e a caracterização dos serviços estaduais de referência e de terapia intensiva demanda confirmação direta na documentação institucional da Secretaria de Estado de Saúde.

A conferência e a reprodução dos quantitativos dependem da disponibilização das extrações e dos parâmetros de consulta. Como agenda futura, sugere-se o aprofundamento empírico desses pontos e a incorporação de indicadores de resultado assistencial, de modo a qualificar o debate sobre as políticas de redução das desigualdades regionais de acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). ANS Tabnet: dados gerais da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/. Acesso em: 23 set. 2026.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e indicadores do setor: beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por município - Amazonas. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor. Acesso em: 23 set. 2026.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amazonas: 34 municípios do estado dependem exclusivamente do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/marco. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): estabelecimentos e leitos — Amazonas, competência dez. 2025. Brasília, DF: DATASUS, 2025. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 23 set. 2026.

FINKELMAN, Jacobo (org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Amazonas. Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html. Acesso em: 21 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao. Acesso em: 23 set. 2026.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Manaus é a capital com o menor número de leitos hospitalares por habitantes, mostra estudo do IEPS. São Paulo: IEPS, 18 nov. 2024. Disponível em: https://ieps.org.br/manaus-e-a-capital-com-o-menor-numero-de-leitos-hospitalares-por-habitantes-do-pais-mostra-estudo/. Acesso em: 23 set. 2026.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 10. ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

6 APÊNDICE A – REGISTRO DE COMANDOS E INTERAÇÕES DIGITAIS

O presente apêndice registra o uso de ferramentas digitais e de inteligência artificial generativa utilizadas como recursos auxiliares no desenvolvimento deste trabalho acadêmico, especialmente nas etapas de organização das ideias, revisão textual, estruturação do projeto, adequação da linguagem acadêmica e apoio à sistematização das informações relacionadas ao tema da pesquisa.

Foram utilizadas as ferramentas de inteligência artificial generativa ChatGPT e Oreate AI. A utilização desses recursos ocorreu de forma auxiliar, não substituindo a análise crítica, a autoria intelectual, a seleção das fontes, a conferência das informações, a interpretação dos dados, a escolha das referências bibliográficas ou a redação final do trabalho. A responsabilidade pelo conteúdo apresentado, pela veracidade das informações e pela adequação às normas acadêmicas permanece integralmente com a discente.

REGISTRO DE PROMPT 1

Objetivo: auxílio na delimitação e formulação do problema de pesquisa.

Comando utilizado:

"Considerando o tema 'Saúde como mercadoria: desigualdades e assimetrias territoriais no acesso à assistência médica no Estado do Amazonas no período de 2023 a 2025', auxilie na formulação de um problema de pesquisa que considere as diferenças territoriais entre Manaus e os municípios do interior, a oferta de serviços de saúde e as desigualdades no acesso à assistência médica."

Resultado e utilização:

O conteúdo gerado foi utilizado como apoio à reflexão e à delimitação do problema de pesquisa, sendo posteriormente analisado e adaptado pela discente de acordo com o recorte temático e territorial do trabalho.

REGISTRO DE PROMPT 2

Objetivo: Auxílio na elaboração dos objetivos geral e específicos.

Comando utilizado:

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

"Com base no tema sobre desigualdades e assimetrias territoriais no acesso à assistência médica no Amazonas entre 2023 e 2025, sugira um objetivo geral e objetivos específicos compatíveis com uma pesquisa jurídica de caráter bibliográfico e documental."

Resultado e utilização:

As sugestões foram utilizadas como referência para a construção e organização dos objetivos da pesquisa, com posterior adequação pela discente ao recorte definido no projeto.

REGISTRO DE PROMPT 3

Objetivo: auxílio na construção da justificativa da pesquisa.

Comando utilizado:

"Auxilie na elaboração de uma justificativa acadêmica para pesquisa jurídica sobre a saúde como mercadoria e as desigualdades territoriais no acesso à assistência médica no Estado do Amazonas, considerando a realidade da capital e do interior e a importância dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade da pessoa humana."

Resultado e utilização:

O conteúdo foi utilizado como apoio para organização dos argumentos da justificativa, sendo posteriormente revisado e adequado pela discente.

REGISTRO DE PROMPT 4

Objetivo: auxílio na identificação e organização dos referenciais teóricos relacionados ao tema.

Comando utilizado:

"Indique conceitos e autores que possam fundamentar uma pesquisa jurídica sobre direito à saúde, desigualdades territoriais, acesso à assistência médica, saúde como mercadoria, dignidade da pessoa humana e assimetrias entre capital e interior do Amazonas."

Resultado e utilização:

As sugestões foram utilizadas como ponto de partida para a identificação de referenciais

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

teóricos pertinentes, cabendo à discente a conferência das obras, autores, conceitos e respectivas referências bibliográficas antes de sua utilização no trabalho.

REGISTRO DE PROMPT 5

Objetivo: auxílio na identificação de fontes institucionais e dados relacionados à saúde no Amazonas.

Comando utilizado:

"Indique fontes oficiais e bases de dados que possam ser utilizadas para analisar as desigualdades territoriais no acesso à assistência médica no Estado do Amazonas entre 2023 e 2025, priorizando órgãos públicos e instituições de pesquisa."

Resultado e utilização:

As sugestões auxiliaram na identificação de fontes institucionais e bases de dados relevantes, especialmente para a pesquisa documental. A conferência dos dados, da atualidade das informações e da pertinência das fontes foi realizada pela discente.

REGISTRO DE PROMPT 6

Objetivo: auxílio na organização da fundamentação jurídica.

Comando utilizado:

"Auxilie na organização dos fundamentos jurídicos relacionados ao direito fundamental à saúde, à Constituição Federal de 1988, à dignidade da pessoa humana, à universalidade do acesso à saúde e às desigualdades territoriais na prestação de serviços de saúde."

Resultado e utilização:

O conteúdo foi utilizado para auxiliar na organização das ideias e dos tópicos da fundamentação jurídica, sendo posteriormente confrontado com a legislação e com as fontes bibliográficas selecionadas pela discente.

REGISTRO DE PROMPT 7

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Objetivo: auxílio na definição e descrição da metodologia da pesquisa.

Comando utilizado:

"Explique como estruturar uma metodologia de pesquisa jurídica de natureza bibliográfica e documental, com análise de legislação, doutrina, dados institucionais e documentos oficiais, aplicada ao estudo das desigualdades territoriais no acesso à saúde no Amazonas."

Resultado e utilização:

As informações foram utilizadas como apoio para a descrição metodológica da pesquisa, com adequação posterior ao método e aos procedimentos efetivamente adotados no trabalho.

REGISTRO DE PROMPT 8

Objetivo: auxílio na organização e interpretação dos dados referentes às desigualdades territoriais em saúde.

Comando utilizado:

"Auxilie na organização e interpretação de dados sobre a distribuição dos serviços e estabelecimentos de saúde no Amazonas, considerando as diferenças entre Manaus e os municípios do interior, sem estabelecer conclusões que não estejam respaldadas pelos dados apresentados."

Resultado e utilização:

O conteúdo foi utilizado como apoio à organização e interpretação dos dados. A análise definitiva e as conclusões apresentadas no trabalho foram realizadas pela discente a partir das fontes efetivamente consultadas.

REGISTRO DE PROMPT 9

Objetivo: auxílio na revisão e adequação da redação acadêmica.

Comando utilizado:

"Revise o texto apresentado, aprimorando a coesão, clareza, objetividade e linguagem jurídico-

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

acadêmica, sem modificar o sentido das informações, os argumentos ou o recorte temático da pesquisa."

Resultado e utilização:

A ferramenta foi utilizada como recurso auxiliar de revisão linguística e textual. A versão final dos trechos foi analisada e ajustada pela discente.

REGISTRO DE PROMPT 10

Objetivo: auxílio na organização do artigo científico e adequação estrutural.

Comando utilizado:

"Com base no projeto de pesquisa sobre saúde como mercadoria e desigualdades territoriais no acesso à assistência médica no Amazonas entre 2023 e 2025, auxilie na organização das seções de um artigo científico, mantendo o tema, os objetivos, a metodologia e o conteúdo da pesquisa."

Resultado e utilização:

As sugestões foram utilizadas como apoio à organização estrutural do trabalho, sendo a definição final da estrutura realizada pela discente conforme as orientações acadêmicas e institucionais.

REGISTRO DE PROMPT 11

Objetivo: auxílio na adequação às normas acadêmicas e de formatação.

Comando utilizado:

"Auxilie na adequação do projeto de TCC às normas de apresentação acadêmica e à estrutura do modelo institucional fornecido, preservando o conteúdo, o tema, os objetivos e os referenciais da pesquisa.

Resultado e utilização:

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

O recurso foi utilizado para auxiliar na organização e padronização formal do documento. A conferência da formatação, das referências e da conformidade com as exigências institucionais permaneceu sob responsabilidade da discente.

REGISTRO DE PROMPT 12

Objetivo: auxílio na revisão final do projeto de pesquisa.

Comando utilizado:

"Analise o projeto de TCC apresentado e identifique problemas de coerência, repetição, estrutura, linguagem acadêmica, metodologia e correspondência entre problema, objetivos e fundamentação, sem alterar o tema central da pesquisa."

Resultado e utilização:

As observações fornecidas foram utilizadas como apoio à revisão do projeto, sendo as alterações realizadas e validadas pela discente antes da elaboração da versão final.

DECLARAÇÃO SOBRE O USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

As ferramentas **ChatGPT** e **Oreate AI** foram empregadas exclusivamente como recursos auxiliares durante o desenvolvimento do trabalho, especialmente para organização de ideias, revisão textual, estruturação acadêmica e apoio à sistematização das informações.

A utilização dessas ferramentas não substituiu a pesquisa bibliográfica e documental, a consulta às fontes originais, a análise jurídica, a interpretação dos dados ou a tomada de decisões acadêmicas. Todas as informações utilizadas no trabalho devem ser conferidas em suas respectivas fontes, sendo de responsabilidade da discente a seleção das referências, a verificação da autenticidade e pertinência das informações, a interpretação dos resultados e a redação final do trabalho.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.

Este trabalho está licenciado sob a **Creative Commons Atribuição–Não Comercial (CC BY-NC)**. É permitida a reprodução, distribuição e adaptação do conteúdo para fins não comerciais, desde que seja atribuída a autoria e indicada a fonte original.