UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CLARA MORGANA TORRES DA ROCHA SILVA

A RELAÇÃO ENTRE OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE NA DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS DE UTI COVID-19 PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: O LUCRO ACIMA DA VIDA

Maceió

2023

CLARA MORGANA TORRES DA ROCHA SILVA

A RELAÇÃO ENTRE OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE NA DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS DE UTI COVID-19 PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: O LUCRO ACIMA DA VIDA

Dissertação de mestrado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFAL.

Orientação: Maria Valéria Costa Correia

Maceió

2023

Catalogação na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Biblioteca Central Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

P654f Silva, Clara Morgana Torres da Rocha.
A relação entre os setores público e privado de saúde na disponibilização dos leitos de UTI COVID-19 para o enfrentamento da pandemia : o lucro acima da vida / Clara Morgana Torres da Rocha Silva. – 2023.
95 f.

Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.
Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 90-95.

1. Política de saúde. 2. Fundo público. 3. Complementaridade invertida. 4. Pandemias. 5. UTI COVID-19. I. Título.

CDU: 614:578.834

AGRADECIMENTOS

Enfim, mais um ciclo se encerra. Os percalços enfrentados durante o caminho, o tornaram mais íngreme do que o esperado, e com isso a satisfação de conseguir concluí-lo torna-se ainda maior. E, no término desta etapa, não poderia deixar de agradecer...

À minha família, por todo suporte e motivação. De modo especial, à Ana Sofia e Nicolas Miguel - que mesmo diante das faltas da titia, que precisava estudar, foram calmaria em meio às tantas tempestades que se apresentaram ao longo desse caminho.

Ao meu companheiro de vida, Erik, por todo apoio, compreensão e trabalho empenhado na confecção dos gráficos aqui contidos. Por ser abraço acolhedor, nos momentos de aflição; presente, nas minhas ausências; e, meu principal incentivador. Não sei como seria esse processo sem seu companheirismo (certeza que alguns gráficos com nome de comida se fariam presentes neste trabalho...).

Às amigas, Leilane, Gláucia, Poly, Vanessa, Lívia, Denise por compartilharem momentos de descontração, sorrisos e reclamações.

Às companheiras de trabalho, às quais agradeço em nome de Arabella e Geanne, por toda compreensão, incentivo e por não medirem esforços para que eu pudesse me dedicar à escrita dessa pesquisa. Dividir lamentações, desesperos e gargalhadas com vocês, foi fundamental para aliviar os momentos de tensão. Gratidão!

Às companheiras, jurássicas, do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, Vivi e Pâmela - com as quais compartilhei momentos de luta e construção de conhecimento. Gratidão por todos os socorros e incentivos durante essa jornada.

Às professoras, Maria Inês Souza Bravo e Andréa Pacheco, por participarem das bancas de qualificação e defesa, e pelas valorosas contribuições para o aprimoramento desta pesquisa.

À magnífica orientadora, Valéria Correia, por não ter desistido de mim. Por acreditar, incentivar, compreender e acolher... Gratidão, por ser você!

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar,

só assim é possível mudar a realidade"

Nise da Silveira

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar a relação entre os setores público e privado de saúde na disponibilização dos leitos de UTI para o enfrentamento à Covid-19 no Brasil, no contexto de pandemia, crise do capital e aprofundamento do neoliberalismo. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica para fundamentar a compreensão dos rebatimentos da crise do capital na política de saúde brasileira, sobre a égide neoliberal de cortes no financiamento de políticas públicas, restrição de direitos, apropriação privada do fundo público, precarização, privatização e focalização das políticas públicas, no contexto de pandemia da Covid-19. O estudo destacou ainda durante a pandemia a atuação não pautada pela ciência do Governo Federal, dirigido por um chefe de Estado negacionista, cuja única e irrestrita preocupação era a defesa dos lucros do setor privado, levando a milhares de mortes que poderiam ser evitadas. Através da pesquisa documental aos bancos de dados do ministério da saúde, buscou-se observar os aspectos da complementaridade invertida no país, bem como a forma como se consolidou a oferta dos leitos de UTI para o atendimento exclusivo aos pacientes com Covid-19 no território brasileiro. Destacou-se a luta em torno da unificação da fila de acesso aos leitos de cuidados intensivos encabeçada por movimentos sociais na defesa da vida de brasileiros que não tinham acesso ao setor privado de saúde. O estudo aqui desenvolvido apontou que o processo de inversão da complementaridade do setor privado ao público, a partir da compra dos serviços hospitalares e ambulatoriais, seguiu a tendência dos anos anteriores à pandemia da Covid-19, mostrando-se acima dos 50% nos dois primeiros anos da crise sanitária. Em linhas gerais, embora, de acordo com os parâmetros de análise da pesquisa aqui desenvolvida, tenha sido observado que no início da pandemia a oferta dos leitos de UTI Covid-19 deu-se predominantemente no âmbito do setor privado, esse cenário que foi alterado no decorrer do ano seguinte com o aumento significativo de leitos próprios do SUS. Constatou-se ainda, diversas formas de subsídios concedidos ao setor privado de saúde, com vultuosos volumes de recursos públicos destinados a este setor, em detrimento do fortalecimento do setor público. Contudo, ao realizar uma análise comparativa per capta, para cada 10 mil habitantes, entre os leitos de UTI Covid-19 exclusivos SUS e Não SUS, identificou-se um cenário de desigual relação de leitos, no qual a maior disponibilidade de unidades de terapia intensiva esteve inquestionavelmente no âmbito Não SUS, ou seja, esteve concentrada no setor privado. A campanha “Vidas iguais e leitos para todos” não foi considerada pelas autoridades federais e a maior chance de ter acesso a leitos UTI Covid-19 ficou concentrada nos 25% que tinham planos de saúde, supondo que suas vidas valem mais que as demais. Conclui-se que, mesmo em um período de profunda crise sanitária e humanitária, em um país que possui o maior sistema público do mundo, o lucro esteve acima da vida.

Palavras-chave: Política de Saúde; Fundo Público; Complementaridade invertida; Pandemia; UTI Covid-19.

ABSTRACT

This work aims to analyze the relationship between the public and private health sectors in the provision of ICU beds to combat Covid-19 in Brazil, in the context of a pandemic, capital crisis and deepening neoliberalism. To this end, a bibliographical research was developed to support the understanding of the repercussions of the capital crisis on Brazilian health policy, on the neoliberal aegis of cuts in public policy financing, restriction of rights, private appropriation of public funds, precariousness, privatization and focusing public policies, in the context of the Covid-19 pandemic. The study also highlighted during the pandemic the Federal Government's non-science-based actions, led by a denialist head of state, whose only and unrestricted concern was the defense of private sector profits, leading to thousands of deaths that could have been avoided. Through documentary research in the Ministry of Health's databases, we sought to observe aspects of inverted complementarity in the country, as well as how the supply of ICU beds was consolidated for exclusive care for patients with Covid-19 in the territory. Brazilian. The struggle surrounding the unification of the queue for access to intensive care beds, led by social movements in defense of the lives of Brazilians who did not have access to the private health sector, stood out. The study developed here pointed out that the process of reversing the complementarity of the private sector to the public, through the purchase of hospital and outpatient services, followed the trend of the years prior to the Covid-19 pandemic, showing above 50% in both first years of the health crisis. In general terms, although, according to the analysis parameters of the research developed here, it was observed that at the beginning of the pandemic the supply of Covid-19 ICU beds occurred predominantly within the private sector, this scenario has changed over the course of the following year with a significant increase in SUS's own beds. It was also noted that various forms of subsidies were granted to the private health sector, with large volumes of public resources allocated to this sector, to the detriment of strengthening the public sector. However, when carrying out a per capita comparative analysis, for every 10 thousand inhabitants, between SUS and Non-SUS exclusive Covid-19 ICU beds, a scenario of unequal bed ratio was identified, in which the greater availability of therapy units Intensive care was unquestionably in the Non-SUS scope, that is, it was concentrated in the private sector. The “Equal lives and beds for all” campaign was not considered by federal authorities and the greatest chance of having access to Covid-19 ICU beds was concentrated in the 25% who had health insurance, assuming that their lives are worth more than others. It is concluded that, even in a period of profound health and humanitarian crisis, in a country that has the largest public system in the world, profit was above life.

Keywords: Health Policy; Public Fund; Inverted complementarity; Pandemic; Covid-19 ICU.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Orçamento Federal Executado 2018-2021
Gráfico 2. Oferta de leitos SUS UTI Covid-19 no Brasil – 2020
Gráfico 3. Oferta de leitos SUS UTI SUS Covid-19 no Brasil - 2021

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabela nacional de valores anuais 2012-2022 dos recursos do SUS para Produção Hospitalar

Tabela 2. Tabela nacional de valores anuais 2016-2022 dos recursos do SUS para Produção Ambulatorial

Tabela 3. Valores por complexidade segundo natureza jurídica – 2016-2021 - Brasil

Tabela 4: Quantidade de leitos UTI COVID-19 no Brasil – 2020-2021 – SUS e Não SUS

Tabela 5. Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2020 – SUS e Não SUS - Por Região

Tabela 6: Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2021 – SUS e Não SUS - Por Região

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Declarações de Jair Bolsonaro em março e abril de 2020

Figura 2: Quantidade de leitos UTI Covid-19 no Brasil – 2020 – SUS e Não SUS - Por Região

Figura 3: Quantidade de leitos UTI Covid-19 no Brasil – 2021 – SUS e Não SUS - Por Região

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BM - Banco Mundial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

FMI - Fundo Monetário Internacional

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

NRF - Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

SIOP - Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

1. FUNDO PÚBLICO, CRISE DO CAPITAL E POLÍTICAS SOCIAIS 19

1.1 Considerações sobre a natureza do Fundo Público 20

1.2 Crise do capital, neoliberalismo e políticas sociais: fundo público para o capital 23

2. POLÍTICA DE SAÚDE E COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 34

2.1 As raízes da privatização do Fundo Público da saúde no Brasil 35

2.2 Crise sanitária da Covid-19: negacionismo e o não enfrentamento da Pandemia pelo governo brasileiro 44

2.3 A complementaridade invertida em tempos de Pandemia de Covid-19 57

3. CRISE SANITÁRIA E LEITOS DE UTI COVID-19 NO BRASIL: O LUCRO ACIMA DA VIDA 64

3.1. Vidas iguais, leitos iguais – a fila única para acesso igualitário aos leitos públicos e privados UTI Covid-19 65

3.2 A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos de UTI Covid-19 70

CONSIDERAÇÕES FINAIS 85

REFERÊNCIAS 90

INTRODUÇÃO

A presente dissertação propõe o estudo sobre como se deu a relação entre os setores público e privado de saúde na disponibilização dos leitos de UTI para o enfrentamento à Covid-19 no Brasil. O interesse pelo tema da relação entre o público e privado na saúde, iniciou a partir do desenvolvimento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) intitulado "Os rumos do Sistema Único de Saúde: Privatizações, Judicializações e Programas Governamentais do governo Dilma", ciclo 2012-2013, no qual fui bolsista. Com o fim do ciclo PIBIC foi dada continuidade a investigação junto às atividades do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, sob coordenação da Prof.ª Dr.ª Maria Valéria Costa Correia, como forma de subsidiar os debates e a militância do Fórum Alagoano em defesa do SUS e contra privatização da saúde.[1]

Os estudos seguiram com o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que resultaram na publicação de dois artigos: o primeiro, em 2015, intitulado "A privatização do fundo público da saúde: a complementaridade invertida no SUS", que integra a coletânea "Reforma Sanitária e Contrarreforma da saúde: interesses do capital em curso", e aborda o processo de captura do fundo público[2] da saúde pelo setor privado/filantrópico, através da "complementaridade invertida"[2]; o segundo, "A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil: o lucro acima da vida", na coletânea Determinação social da saúde e enfrentamento da Covid-19 – o lucro acima da vida, traz os apontamentos iniciais acerca da inversão da complementaridade e o processo de privatização do fundo público da saúde durante a pandemia de Covid-19.

O recorte no período pandêmico não foi ao acaso. Optou-se por estudar a realidade brasileira, a partir do cenário de crise sanitária ao qual o mundo

[1] Espaço de lutas em defesa da saúde e contra a privatização dos serviços públicos que congrega trabalhadores da saúde, movimentos sociais, sindicatos, conselheiros, usuários dos serviços públicos e estudantes em torno de um Sistema Único de Saúde público, estatal e de qualidade.

[2] Expressão utilizada por Correia (2012) para caracterizar a crescente tendência de destinação do fundo público para compra de serviços privados em saúde, em detrimento à expansão e fortalecimento do setor público. O que se apresenta de forma inversa ao que está previsto no arcabouço legal do SUS.

estava submerso. As pesquisas desenvolvidas e o cenário de pandemia instigaram o processo de inquietação e investigação a respeito da relação estabelecida entre o processo de contrarreforma[3] do Estado brasileiro, o aprofundamento do neoliberalismo, por meio do ultraneoliberalismo[4] e a maneira como se estabeleceu o fortalecimento e ampliação do setor privado/filantrópico com o uso do fundo público da saúde, em tempos de pandemia, através da oferta de leitos de UTI SUS, disponibilizados ao tratamento da Covid-19.

Assim, a pesquisa aqui desenvolvida partiu das seguintes questões: Qual a relação estabelecida entre a crise do capital, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e o avanço do neoliberalismo? Quais os rebatimentos do avanço do ideário neoliberal no financiamento das políticas sociais, em especial na captura do fundo público da saúde pelo setor privado? Como se relacionou o setor público e o privado na oferta de leitos de UTI para o enfrentamento da Covid-19 no período crítico da pandemia? Qual o montante do fundo público da saúde foi utilizado para a ampliação dos leitos de UTI Covid-19 próprios do SUS e para contratualizar leitos privados; Houve complementaridade invertida na ampliação de leitos e serviços públicos de saúde para atender às demandas geradas pela pandemia de Covid-19? Por que não houve adesão do governo federal à adoção de fila única de leitos UTI/Covid para o acesso de leitos públicos e privados?

Buscou-se identificar os rebatimentos da crise do capital na política de saúde brasileira, sobre a égide neoliberal de cortes no financiamento de políticas públicas, restrição de direitos, apropriação privada do fundo público, precarização, privatização e focalização das políticas públicas, no contexto de pandemia da Covid-19.

---

[3] Aqui, utilizamos “contrarreforma”, de acordo com Behring (2008), para tratar das reformas que adotadas a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (e que tiveram continuidade com todos os governos seguintes), que põem em xeque aos direitos sociais já assegurados.

[4] Termo aqui empregado como a intensificação das medidas neoliberais, que passaram a ser adotadas no Brasil na conjuntura pós-golpe de 2016. De acordo com Cislaghi (2021, p.18), o ultraneoliberalismo no Brasil inicia-se “com o golpe parlamentar, jurídico e midiático que levou o vice-presidente Michel Temer ao poder, depois do ciclo de neoliberalismo progressista de cooptação do Parti do dos Trabalhadores (PT). A primeira e mais importante medida do seu governo foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) no 95, que instituiu um teto de gastos orçamentários no Brasil, que pretende garantir a transferência de fundo público com pagamento de juros e amortizações da dívida para o capital financeiro com vigência por 20 anos.

A pesquisa desenvolvida apresenta-se como uma importante contribuição tanto para o Serviço Social, uma vez que o/a Assistente Social é uma/uma profissional da área da saúde, quanto para os diversos sujeitos sociais (trabalhadores do SUS, usuários e demais profissionais de saúde), que também são diretamente impactados com o desmonte do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a relação entre o setor público e o setor privado na disponibilização dos leitos de UTI para o enfrentamento à Covid-19, no contexto de pandemia, crise do capital e aprofundamento do neoliberalismo no Brasil. Tem como objetivos específicos conhecer a relação estabelecida entre a crise do capital, o processo de contrarreforma e o avanço do neoliberalismo no Estado brasileiro; Compreender o processo de financiamento da saúde no contexto de avanço neoliberal e captura do fundo público; Analisar a destinação dos recursos públicos do SUS aplicados na ampliação dos leitos de UTI Covid-19 próprios do SUS e para contratualizar do setor privado; Analisar se houve complementaridade invertida na ampliação dos leitos e serviços públicos de saúde no contexto de crise sanitária gerada pela pandemia de Covid-19; Identificar os motivos da não adesão do governo federal à fila única de acesso aos leitos UTI Covid-19 púbicos e privados.

Considerando que cada objeto é “o resultado de um determinado processo histórico e social", conforme aponta Tonet (2013, p. 114), partimos da compreensão de que o método materialista histórico é o que melhor atende ao escopo do estudo aqui desenvolvido, por se fundamentar na análise do concreto e da realidade, vista em Marx como a síntese de múltiplas determinações, levando a projeções que se colocam para além da imediaticidade ou das expressões fenomênicas. O que nos permite refletir criticamente sobre o objeto e analisar suas determinações a partir da totalidade[5].

Nessa perspectiva, no que se refere aos procedimentos metodológicos aqui utilizados na busca por apreender o movimento da realidade desenvolveu-

[5] Aqui entendida conforme aponta Tonet (2013, p. 115): “um conjunto de partes, articuladas entre si, com uma determinada ordem e hierarquia, permeadas por contradições e mediações e em constante processo de efetivação.”

se a pesquisa exploratória visto ser um tema de pouca produção teórica de cunho crítico.

Com isso, para atender as demandas teóricas metodológicas para alcançar os objetivos geral e específicos, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica com base em autores fundamentais para compreensão das determinações sociais e as contradições que permeiam o processo de agudização da crise do capital e as respostas dadas à tal crise.

Para análise da relação entre o setor público e o setor privado de saúde, no contexto de pandemia realizou-se uma vasta pesquisa documental junto às diversas bases de dados disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de onde pode-se extrair informações sobre os hospitais que receberam recursos federais para habilitar leitos SUS de UTI para atendimento de pacientes exclusivos Covid-19, bem como o apanhado da capacidade instalada dos leitos de UTI no Brasil antes e durante a pandemia. Também foram analisados os motivos do Ministério da Saúde não disponibilizar de forma igualitária os leitos Covid públicos e privados para acesso à população que necessitava, não atendendo ao movimento Vidas Iguais Leitos Iguais. Assim, o presente estudo foi divido em três capítulos, os quais estão intrinsecamente articulados.

O primeiro capítulo, intitulado “Fundo público, crise do capital e políticas sociais”, fundamenta-se em autores como Elaine Behring (2008; 2011; 2021), Evilásio Salvador (2010; 2012), Tatiana Brettas (2017; 2020), Valéria Correia (2005; 2007; 2011; 2012) traz o debate sobre a natureza do fundo público, a tendência de sua utilização e a relação que se estabelece com as políticas sociais, abordando também os instrumentos de sua captura que são adotados pela política de ajuste fiscal que toma conta do Brasil, a partir dos anos de 1990, para assegurar a ampliação da acumulação privada do capital.

No segundo capítulo, “Política de saúde e complementaridade invertida em tempos de pandemia da Covid-19”, abordamos as raízes da privatização do fundo público da política de saúde no Brasil, com um resgate histórico do Movimento Sanitário no Brasil, suas das bandeiras de luta e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), a partir das obras de Bravo (2009; 2020), Correia (1997; 2022) e Mendes (1999). Situamos ainda o contexto de

crise sanitária global, gerada pelo Novo Coronavírus, apontando breves considerações sobre como o governo negacionista atuou durante a pandemia. E, a partir dos dados obtidos no DataSUS, fazemos a análise de como a complementaridade invertida vem se consolidando no Brasil, através da compra dos serviços de produção ambulatorial e procedimentos hospitalares, em detrimento à progressiva estatização dos serviços e recursos públicos de saúde, defendidas na 8ª CNS.

Por fim, o terceiro capítulo “Crise sanitária e leitos de UTI Covid-19 no Brasil: lucro acima da vida” resgata elementos do contexto pandêmico no Brasil apontados no capítulo anterior e debate a importância da fila única para o acesso aos leitos de UTI para tratamento da Covid-19 no Brasil. É nesta parte que trazemos a análise da relação entre o setor público e o setor privado na oferta de leitos de UTI SUS habilitados pelo governo federal, para o enfrentamento à Covid-19.

Concluímos que, no decorrer da fase mais crítica da pandemia de Covid-19 no Brasil, o fortalecimento do setor privado e a intransigente defesa de sua lucratividade estiveram acima da vida de milhares de brasileiros/brasileiras que dependiam exclusivamente dos serviços do SUS para terem atendimento em saúde. Observou-se ainda, que, a majoritária ampliação dos leitos de UTI exclusivos ao tratamento da Covid-19 no setor público, não diminui a concentração da oferta desses leitos no setor privado, tão pouco a desigualdade no acesso ao serviço, uma vez que o número de usuários/usuárias exclusivos/exclusivas do SUS é aproximadamente três vezes maior que o número de usuários/usuárias da saúde suplementar.

1. FUNDO PÚBLICO, CRISE DO CAPITAL E POLÍTICAS SOCIAIS

Neste primeiro capítulo, pretende-se desenvolver um estudo sobre o fundo público, sua natureza, a tendência de sua utilização e a relação estabelecida com as políticas sociais, bem como os instrumentos de captura adotados pela política de ajuste fiscal que acontece no Brasil a partir dos anos de 1990, com o processo de contrarreforma do Estado brasileiro.

Aqui, estudaremos também a relação estabelecida entre a crise do capital, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e o avanço do neoliberalismo, bem como, os rebatimentos do avanço do ideário neoliberal no financiamento das políticas sociais, em especial na captura do fundo público da saúde.

Para tanto, fundamenta-se em Elaine Behring (2008; 2010; 2011; 2021), Evilásio Salvador (2010; 2012), Tatiana Brettas (2017; 2020), Valéria Correia (2005; 2007; 2011; 2012) e outros autores que abordam elementos fundamentais para compreensão do caráter político e a função que o Fundo Público assume tanto no financiamento das políticas sociais, quanto no fortalecimento e ampliação do capital.

No primeiro momento, abordamos brevemente a natureza e a constituição do fundo público na sociedade capitalista. Por conseguinte, trazemos a relação entre crise do capital e o fundo público, explicitando o papel que ele vem assumindo, em tempos de crise do capital e contrarreforma do Estado, sob a orientação de mecanismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM).

Em seguida, abordamos o processo de consolidação do neoliberalismo e a ascensão do ultraneoliberalismo no Brasil, a partir do golpe de 2016, com a ascensão de Temer ao governo, e, depois com o governo Bolsonaro, discutindo brevemente sobre os impactos do ultraneoliberalismo na política de saúde, e procuramos demonstrar os principais instrumentos de captura do fundo público para ampliação do capital, apontando as privatizações, a Desvinculação de Receitas da União e a Dívida Pública como fundamentais na transferência de recursos sociais para a esfera financeira, que ampliam e fortalecem os interesses do capital no Estado brasileiro.

1.1 Considerações sobre a natureza do Fundo Público

Ao dialogarmos com Brettas, Behring e Salvador, compartilhamos aqui a perspectiva de que discutir fundo público vai além do debate técnico em torno de sua composição e destinação, e perpassa pelo necessário entendimento do processo de produção e apropriação de riquezas na sociedade capitalista, sendo um espaço privilegiado da luta política entre as classes**.**

Partimos aqui, da concepção de Behring (2021), de que o fundo público é constituído a partir da extração da mais-valia que é socialmente produzida e constitui-se em parte do trabalho excedente que se transforma em lucro apropriado pelo Estado, para desempenhar suas funções, ocupando significativo lugar no processo de reprodução ampliada do capital. Assim, para a autora,

> O fundo público se forma a partir de uma punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas – da mais-valia socialmente produzida, ou seja, é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções. O fundo público atua na reprodução do capital, retornando, portanto, para seus segmentos especialmente nos momentos de crise; e na reprodução da força de trabalho, a exemplo da implementação de políticas sociais (Behring, 2010, p. 20).

Behring (2010) destaca que, no capitalismo maduro, a formação do fundo público não se limita ao trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas se constitui também com a parte do trabalho necessário que é extraído da classe trabalhadora a partir do pagamento de impostos diretos e indiretos.

Nessa perspectiva, a partir de Marx, Behring (2018) afirma que no capitalismo, a base da arrecadação tributária está na extração da mais-valia. A autora situa,

> Por tanto, a origem do financiamento das atividades estatais está na exploração da força de trabalho pelos proprietários dos meios de produção, sendo a renda dos trabalhadores tributadas diretamente via imposto de renda, o que reduz e renda disponível desses e, indiretamente, via os tributos que incidem sobre os produtos consumidos pela classe trabalhadora (Behring, 2018, p. 96).

Aqui, vale destacar a discussão sobre tributação trazida por Brettas (2020), na qual a referida autora aponta que

> [...] os tributos assumem a forma de impostos e contribuições sociais e econômicas. A parte mais significativa é arrecadada por meio de impostos, e esses podem ser regressivos, progressivos ou proporcionais, a depender da forma como incidem na remuneração dos ‘contribuintes’ (Brettas, 2020, p.211).

E completa, afirmando que

> a composição da estrutura tributária depende da capacidade dos capitalistas de evitar a tributação e da classe trabalhadora de garantir que o sistema funcione como um mecanismo de redistribuição de renda (Brettas, 2020, p.213).

Para Brettas (2020) os impostos regressivos são classificados como aqueles que oneram de forma mais incisiva, as pessoas que possuem menor remuneração - à exemplo, os impostos que recaem sobre o consumo de bens e serviços. Já os impostos progressivos, são aqueles que incidem em conformidade com o aumento da remuneração, tendo incidência sobre a renda e o patrimônio. E, por fim, os impostos proporcionais, que são os que apresentam "uma relação proporcional entre a contribuição e o nível de renda, de modo que não produz alterações no nível de distribuição dos recursos" (Brettas, 2020, p. 212).

A autora supramencionada aponta ainda, que

> o Estado brasileiro teve um papel chave para viabilizar as condições de acumulação capitalista, e a política tributária regressiva foi um dos mecanismos que alimentou a consolidação de projeto neoliberal em curso. A reorganização da produção e o aumento da superexploração também demandavam recursos do fundo público, inviabilizando a adoção de políticas efetivamente redistributivas (Brettas, 2020, p. 216).

Dito isso, observa-se que na concepção de Salvador (2010), de forma contrária ao que acontece em países desenvolvidos, no Brasil, a maior parte dos tributos é extraída de forma indireta, onerando de maneira mais categórica os trabalhadores - uma vez que a maior parte da carga tributária brasileira recai sobre o consumo de bens e serviços.

Assim, fundamental ao sistema capitalista, o Fundo Público é, nos termos de Brettas (2020, p. 210), "o conjunto de recursos à disposição do Estado", utilizado tanto para financiar a acumulação do capital como para a reprodução da força de trabalho. E tem como representação mais visível o orçamento público - que expressa as prioridades de ações e investimentos governamentais, mas que não deve apresentar-se como mero instrumento técnico desprovido de interesses, conforme aponta Brettas (2020).

No que tange o orçamento público, apontado por Brettas (2020) como a concreta representação do fundo público, Salvador (2012), aponta que

> o orçamento público não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento, ele é, desde suas origens, uma peça de cunho político. No orçamento é que são definidas as prioridades de aplicação dos recursos públicos e a composição das receitas, ou seja, sobre quem vai recair o peso do financiamento tributário. Não se trata de uma escolha somente econômica, mas principalmente resultado de opções políticas, refletindo a correlação de forças sociais presente na sociedade (Salvador, 2012, p.19).

O autor afirma que o fundo público compreende a perspicácia que o Estado tem de movimentar recursos para intervir na economia - com o uso das políticas monetária e fiscal, e também com as empresas públicas e o orçamento público. Tendo assim os impostos, as contribuições e as taxas, as mais importantes formas de constituição do fundo público. Para o autor,

> [...] o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital enquanto: 1. [...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (Salvador, 2010, p. 91).

Nesse viés, Brettas (2020) traz ao debate que a forma como esses recursos são repartidos entre as classes, vai depender da correlação de forças e das condições históricas do momento. Para a autora, mesmo que o Estado tenha um caráter de classe, a análise da disputa entre as classes sociais, deve se dar a partir do estudo de como os recursos são arrecadados e gastos - que podem ser destinados para ampliação das taxas de lucro do capital, ou para políticas de distribuição de renda e melhorias para classe trabalhadora. Desse modo, Behring (2018) afirma que

> As políticas sociais vêm sendo pensadas para compensar a intensificação da exploração, que implica em processos de pauperização absoluta e relativa na maioria das vezes combinados, a depender da luta de classes nos espaços nacionais [...]. As políticas sociais vêm sendo também um importante impulso para a rotação do

> capital em contexto de crise estrutural, impulsionando o consumo a partir da ênfase na transferência de renda [...] (Behring, 2018, p. 49).

Nos termos de Salvador (2017), “os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas” (Salvador, 2017, p. 128).

1.2 Crise do capital, neoliberalismo e políticas sociais: fundo público para o capital

Boschetti e Teixeira (2019) abordam que, no Brasil, o final da década de 1980 e início da década de 1990 foi marcado pela possibilidade de instituição de um sistema de seguridade social amplo, financeiramente estruturado em fontes orçamentárias de caráter progressivo - que foi previamente fadado ao fracasso devido à adoção de políticas contrarreformistas, por parte dos governos neoliberais a partir dos anos de 1990.

Nesta perspectiva, Salvador (2010), aborda que

> A Constituição Federal [...], contemplou avanços em alguns aspectos relacionados aos direitos da cidadania, sobretudo os direitos trabalhistas e sindicais, às políticas de previdência e assistência social e saúde, que vão edificar a seguridade social no país, aos direitos educacionais, entre outros.
> A efetivação dessas conquistas e a perspectiva da consolidação de um sistema de bem-estar social no Brasil deveriam implicar aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento público, além da elaboração de um conjunto de legislações complementares. Contudo, esse direcionamento vai ser frustrado a partir da década de 1990, marcada pelo predomínio da ideologia neoliberal e da contrarreforma do Estado, em cenário claramente desfavorável à efetivação das mudanças propostas pela Constituição de 1988 (Salvador, 2012, p. 128-129).

Silva (2011) traz ao debate o retrocesso que os direitos e as políticas sociais apresentam, em momentos de contrarreforma e crise do capital com a forte tendência de privatização do fundo público, ao afirmar que

> após o amplo período de expansão das conquistas da classe trabalhadora naquilo que se chamou de proteção social, tem-se uma diminuição da apropriação de parte da riqueza socialmente produzida por aqueles que a produzem, a classe trabalhadora. Em outras palavras, assistimos a um largo processo de desmonte das políticas sociais, sobretudo aquelas mais universais, destinadas à reprodução social da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas, donos do capital que porta juros. E os mecanismos estratégicos para tanto são a transferência crescente

> de recursos sociais para a esfera financeira por meio das contra-reformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública (Silva, 2011 p. 10).

A autora aborda também que, na contemporaneidade, em tempos de mundialização do capital, esses rentistas orientam o Estado política e ideologicamente, ao tempo em que demandam a direta intervenção do fundo público em prol dos seus interesses. O Estado por sua vez, desempenha o papel de “almofada amortecedora da crise”, conforme descrito por Bhering e Boschetti (2008), garantido ao capital as condições propícias de acumulação e valorização em momentos de crise, utilizando os recursos públicos que deveriam ser destinados ao financiamento da reprodução da classe trabalhadora.

Em países de capitalismo avançado, o período compreendido entre os anos de 1930-1970, foi marcado pelas políticas de cunho keynesiano, com considerável aumento da taxa de lucro e crescimento econômico do capital. Salvador (2010) aponta que as medidas de amortecimento da crise, adotadas pelo Estado, já não davam mais respostas às necessidades impostas para o desenvolvimento do capital e não eram mais capazes de conter a tendência à queda da taxa de lucro, apresentando sinais de extenuação do parâmetro de financiamento das políticas sociais. Para o autor, a expansão do capitalismo expôs sua própria contradição, pondo em xeque os anos de crescimento e a composição da social-democracia com as políticas sociais. Assim, “a recessão após 1974 põe fim ao sonho de que a crise do capitalismo seria contornável por políticas de cunho keynesiano” (Salvador, 2010 p.37).

Behring (2011) aponta que o neoliberalismo se consolida no cenário de crise do capital como uma oposição ao Estado intervencionista de bem-estar social. Para a autora, na concepção neoliberal tal crise resultou em um processo inflacionário que se deu devido aos elevados gastos sociais do Estado, com a implementação de políticas públicas – emergentes como produtos das manifestações operárias e sindicais.

De acordo com Paniago (2012), o neoliberalismo se efetiva como um conjunto de medidas políticas econômicas e sociais que visam tirar o capitalismo da crise e criar as condições necessárias para a recuperação da lucratividade da ordem global do capital em queda.

O Estado nessa nova forma de organização do capital passa a desempenhar um importante papel quanto à restauração da normalidade de crescimento econômico capitalista, através das políticas de incentivos fiscais, subsídios de toda ordem, financiamentos com taxas de juros reduzidas e investimentos necessários para a estabilização do sistema como um todo (Paniago, 2012, p. 62).

Se ampliam então, os interesses do capital no fundo público das políticas sociais e o Estado, norteado pelos ideais neoliberais, assume políticas de austeridade, flexibilização e desregulamentação das relações trabalhistas, com incentivo às privatizações e focalizações das políticas sociais. Tem-se ainda, que o prazo para empréstimos e suas concessões para países periféricos foram reduzidos pelos bancos, com taxa de juros mais elevadas, o que influenciou no aumento significativo dos custos com os serviços da dívida, colocando o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) num patamar de preceptores das políticas econômicas dos países que se encontram em desenvolvimento, dentre eles, o Brasil, impondo condicionalidades às nações que com eles adotam empréstimos (Correia 2005).

Nesta perspectiva, de condicionalidades impostas pelo FMI e pelo BM, Harvey (2014) afirma que para negociar pendências com a dívida, os países devedores tiveram que adotar “reformas institucionais como cortes nos gastos sociais, leis do mercado de trabalho mais flexíveis e privatização” (Harvey, 2014, p. 29). Na concepção do autor, o neoliberalismo pode ser considerado como um projeto de reestruturação da acumulação capitalista, à medida que reestrutura o poder das elites econômicas.

Tem-se então, que a ascensão do projeto neoliberal no sistema político e econômico brasileiro - que inicia a partir dos anos de 1990 com o presidente Fernando Collor, mas se mostra mais incisivo a partir de 1995 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), em que o ministro Bresser Pereira formulou o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE).

O MARE amplia as investidas neoliberais nas políticas sociais e, a partir do PDRE, aponta rigorosas medidas de “reconstrução do Estado”, dentre elas, a retirada das políticas sociais das atividades exclusivas do Estado, colocando-as no âmbito dos “serviços não exclusivos”, de forma a oportunizar a oferta de

serviços de saúde por “organizações públicas não-estatais e privadas” (PDRE, 1995).

Diante do avanço dos intensos do setor privado na política de saúde brasileira, Correia (2022, p.76) afirma que “a criação de um terceiro setor ‘público não estatal’ foi o canal de expansão dos interesses privados por dentro do setor público.”

Essas medidas frustram as expectativas de ampliação dos direitos sociais assegurados constitucionalmente, diante de seu caráter regressivo frente às políticas sociais, e na saúde acomete os princípios integrados à CF de 1988 que fundamentaram o SUS: universalização, integralidade e equidade.

Segundo Correia (2005), o ideário neoliberal que envolve o Brasil, apresenta em seu bojo um extenso leque de reformas do Estado, sendo o FMI e o BM os principais agentes que induzem os Estados periféricos a adotarem reformas políticas e econômicas.

As referidas reformas são consideradas por Behring (2011) como contrarreforma do Estado, e consiste em

> reformas orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. Reformando-se o estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social [...], estaria aberto o caminho para o novo ‘projeto de modernidade’. Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio histórica (Behring, 2011 p. 148-149).

Nos termos de Behring (2011, p.148), as “reformas” foram direcionadas para o mercado, no momento em que as causas da intensa crise econômica e social vivenciadas desde a década de 1980, eram apontadas para os problemas do Estado brasileiro. Assim, reformando-se o Estado, com foco na privatização e na previdência social, o caminho estaria aberto para “o novo projeto de modernidade”.

Correia (2012, p.04) ao tratar dos avanços neoliberais no país, traz ao debate que “esta ação segue as recomendações de organismos financeiros

internacionais para as políticas sociais: privatização, contenção de gastos através de medidas que promovam austeridade e seleção de demandas". A autora aponta que o escopo do projeto de contrarreforma, em sintonia com as recomendações do BM, é a necessidade de reordenamento das ações do Estado - em função de atender e dar respostas às demandas da crise contemporânea do capital –, que se desresponsabiliza da execução das políticas sociais, e passa agora a financiá-las e coordená-las – com o desígnio de fortalecimento do setor privado, principalmente no campo da saúde.

Para a autora,

> constata-se que o reflexo das mudanças macroeconômicas sob a égide do capital nos países periféricos e a opção destes por se inserir em condição subalterna no processo de globalização têm implicado a submissão dos Estados nacionais às regras das agências financiadoras internacionais, sua desregulação, a fragilização das democracias construídas [...] e, consequentemente, a redução e/ou precarização das políticas sociais e a tendência à sua privatização e mercantilização (Correia, 2005, p. 42).

Os estudos de Correia (2007) evidenciam que o BM, entre os anos de 1991 e 2007, elabora três documentos para orientar a política de saúde no Brasil, que ferem os princípios constitucionais estando voltados à focalização e privatização, defendendo a ampliação do setor privado na área da saúde. A autora afirma que as transformações econômicas a nível global, e a crise contemporânea do capital, vão interferir nas políticas públicas dos países de capitalismo periférico; e no Brasil é a partir da década de 1990, que tais transformações vão refletir na política de saúde, de modo a colocar em xeque seu caráter público e universal, assegurado na Carta Magna brasileira e em suas leis orgânicas.

Sabe-se que a contrarreforma do Estado, como expressão das necessidades da classe dominante de manter seus índices de acumulação, traz em si características regressivas frente aos direitos trabalhistas e sociais como a desregulamentação das funções do Estado, privatizações, focalização, flexibilização dos vínculos trabalhistas, aprofundamento da precarização do trabalho e dos serviços, (des)universalização dos direitos sociais, (des)regulamentação da economia, apropriação e repasse do fundo público para o setor privado, mostrando-se um Estado que se coloca, cada vez

mais, voltado à ampliação do capital e, cada vez menos, para a reprodução do trabalho.

Brettas (2017) aponta que o governo federal vem apropriando-se das contribuições sociais que deveriam ser destinadas à seguridade social, para priorizar a composição de superávits primários, a fim de garantir o pagamento de juros e amortização da dívida pública. Salvador (2010) afirma que no Brasil é alocado no superávit primário, uma boa parte da receita que deveria ser direcionada às políticas sociais.

Correia (2022) expõe a continuidade do processo de contrarreforma e "implementação dos modelos privatizantes de gestão para as políticas sociais", durante os governos de Lula e Dilma. A autora traz o resgate das propostas de privatização da saúde pública, durante os mandatos dos referidos governos: a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, no ano de 2007, através do Projeto de Lei Complementar nº 92; e, a Lei Federal nº 12.550, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2011.

Brettas (2020) traz à reflexão que apesar de parte do fundo público se originar a partir da mais-valia que é repassada para o Estado através dos impostos, ela retorna ao capital de diferentes formas, dentre as quais: pagamento da dívida pública, incentivo de crédito para empresas privadas, formalização de contratos com o setor privado, etc. Sendo possível afirmar a substancial participação do fundo público na salvaguarda das condições de acumulação capitalista.

Evidencia-se assim, o desmantelamento das políticas sociais, principalmente daquelas vinculadas à seguridade social – e consequentemente, na área da saúde, derivado dos rebatimentos das contrarreformas neoliberais, cristalizadas nas condicionalidades impostas pelos agentes econômicos internacionais. Tais contrarreformas vão atuar numa perspectiva de garantir ao capital condições favoráveis ao seu pleno desenvolvimento, nem que para isso os gastos sociais sejam cortados e/ou destinados ao pagamento dos juros e amortização da dívida e mesmo para incentivar o desenvolvimento de empresas privadas.

Demier (2020) traz ao debate que

> A intensificação vertiginosa da crise econômica e a necessidade do capital de implementar as contrarreformas, isto é, a retirada de direitos e a austeridade fiscal, numa velocidade e profundidade sem

> precedentes fizeram com que a classe dominante não pudesse aceitar o resultado eleitoral do final do ano de 2014 e começasse a preparar o golpe (Demier, 2020, p. 92).

Temos então, que a partir do Golpe de 2016, acentua-se o avanço dos governos neoliberais e a continuidade dos fortes ataques e desconstrução dos direitos e políticas sociais no Brasil.

Bravo e Pelaez (2020) afirmam que é com o governo de Michel Temer que

> tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (Bravo e Pelaez, 2020, p. 195-196).

Nesse cenário de incisivos ataques e subfinanciamento da política de saúde, também em 2016 é aprovada a Emenda Constitucional 95, a qual Mendes e Carnut (2020), ao tratarem das ofensivas do capital na saúde brasileira, apontam como sendo “a face mais vil da demolição dos direitos sociais e, entre os quais, está o direito à saúde” uma vez que congela o gasto público na área social por 20 anos sendo assim, expressão do modelo golpista da extrema-direita (Mendes e Carnut, 2020, p.117).

A EC 95, restringe os gastos públicos destinados ao financiamento das despesas primárias pelos próximos 20 anos, incluindo então os gastos destinados aos direitos sociais fundamentais, como a saúde, a educação e a assistência social. Sendo assim, os gastos públicos primários serão ajustados unicamente para cobrir a inflação referente ao ano anterior, “isto é, não haverá aumento dos recursos financeiros, o que se tornará cada vez mais incompatível com as demandas pelos serviços sociais públicos” (Freire e Cortes, 2020, p.41).

Behring, Cislaghi e Souza (2020), abordam que o país passou a viver sob “um ajuste fiscal permanente", apontando a agudização dessas ofensivas com a ascensão do governo ultraneoliberal de Bolsonaro, em 2019, ao afirmar que “estamos diante do capítulo mais recente do ambiente de ajuste fiscal permanente com o qual o Brasil vem convivendo ao longo da redemocratização

com nuances diferentes entre os governos, mas que não alteraram significativamente a ideia de 'estabilidade econômica a qualquer custo' " (2020, p.103).

Fundamentadas na Nota Técnica 28, de 2016, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Bravo, Pelaez e Menezes (2020) ressaltam os impactos da EC 95 no financiamento da política de saúde no Brasil. A referida nota estima que em 20 anos de "congelamento dos gastos", o SUS perderia cerca de R$ 654 bilhões de reais, considerando o crescimento do PIB de 2% ao ano; valor que chega a R$ 1 trilhão, num cenário de crescimento do PIB de 3% ao ano. "Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde" (Bravo, Pelaez e Menezes, 2020, p. 196).

Para além da EC 95, apontamos aqui, outros quatro mecanismos de captura do fundo público fundamentais na transferência de recursos sociais para a esfera financeira, que ampliam e fortalecem o capital no Estado brasileiro, foram intensificados: as privatizações, a Desvinculação das Receitas da União (DRU), a EC 109 e a Dívida Pública.

Correia (2012) aborda o processo de apropriação privada dos bens e serviços públicos, é o que se apresenta como "privatização". A autora coloca que, dentre outras faces, a privatização concretiza-se quando o Estado renuncia a execução direta dos serviços, delegando esta função à iniciativa privada, seja diretamente – transferindo a gestão e execução desses serviços à empresas privadas com ou sem fins lucrativos – ou indiretamente – quando financia a oferta dos serviços no setor privado, mediante a transferência do fundo público, assim como através da isenção de impostos, ou ainda no caso da saúde quando o Estado subsidia empresas e planos privados através do fundo público.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) apontam que

> O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990, tem-se como marco a proposta dos chamados "Novos Modelos de Gestão", em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital (Bravo, Pelaez e Menezes, 2020, p. 194).

Como "Novos Modelos de Gestão", Correia (2011) aponta as Organizações Sociais (OSs), criadas pela Lei Federal nº 9.637/98; as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criadas pela

Lei Federal n.º 9.790; as Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei Federal nº 12.550/2011. Que, apesar de suas especificidades, tem em comum a "natureza de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público" (Correia, 2011, p. 44).

A autora afirma que por meio de contratos e parcerias, o repasse da gestão da política de saúde é uma forma de "privatização por dentro do SUS", na qual há o fortalecimento do setor privado a partir do repasse do fundo público.

Behring (2008) afirma que

> A tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos mais perversos da crise [...] prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização, aqui compreendida como mero repasse de responsabilidades para entes ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, que configuram o setor público não-estatal, componente fundamental do programa de publicização (Behring, 2008, p. 248-249).

Percebemos a intencionalidade de rompimento com as barreiras entre o público e o privado, ampliando a oferta de serviços privados financiados com o fundo público, mediante pretexto de aumentar qualidade e a eficiência dos serviços ofertados ao, agora não apenas cidadão, mas, "cidadão cliente", reforçando a premissa de ter o Estado apenas como fiscalizador e financiador das políticas públicas, não mais como executor.

No que diz respeito à DRU, Behring (2008) aponta sua ilegalidade ao destacar que, ao recair sobre os recursos da União transferindo-os para outros setores que não a Seguridade Social, há uma afronta ao que foi assegurado constitucionalmente afirmando que as fontes de financiamento da Seguridade Social devem ser destinadas única e exclusivamente ao fim que destina, ou seja, ao financiamento da política de Seguridade Social. A autora estabelece a DRU, instituída em 1999, como a atualização do Fundo Social de Emergência e o Fundo de Estabilização Fiscal, respectivamente dos anos de 1994 e 1997, evidenciando que "a DRU é, de forma indireta e escamoteada, um desvio de recursos para a ciranda financeira, penalizando a área social" (Behring, 2008, p.274.), que após a aprovação da Emenda Constitucional 93, aprovada em 2016,

ampliou a desvinculação dos recursos de 20% para 30%, e prorrogou sua vigência até o ano de 2023 (Behring, 2020).

> A criação do Fundo Social de Emergência em 1994 (denominado de Desvinculação de Receitas da União – DRU, desde 2000), as metas de superávit primário – fruto de um acordo com o FMI em 1998 –, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2000, são algumas das principais alterações voltadas para priorizar o pagamento da dívida e a disponibilidade para, se necessário, sacrificar recursos destinados a outros fins, como as políticas sociais, por exemplo (Brettas, 2017, p.64).

Na concepção de Behring e Boschetti (2011)

> [...] um dos grandes vilões do Orçamento da Seguridade Social e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo de superávit primário [...]. O volume de recursos retidos para a formação do superávit primário, tem sido muito maior que os gastos nas políticas da seguridade social, exceto a da previdência social. [...] seu impacto na redução dos gastos sociais, com vistas a dar garantias ao capital financeiro internacional da capacidade brasileira para pagamento da dívida pública (Behring e Boschetti, 2011, p.168).

Ainda nessa perspectiva de destinação do superávit primário para o pagamento de juros e amortização da dívida, a EC 109 de 15 de março de 2021, traz em seu bojo a desvinculação do superávit financeiro das fontes de recursos públicos do Executivo, para os gastos com amortização da dívida. Moretti, Ocké-Reis e Funcia (2022), a partir de uma análise do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), estimam que o impacto da referida Emenda Constitucional na política de saúde, nos anos de 2020 e 2021, tenha sido de R$ 11,3 bilhões. Que, somando aos efeitos da EC 95, onerou o SUS em cerca de R$ 48 bilhões, entre os anos de 2018 e 2022.

Os referidos autores analisam que

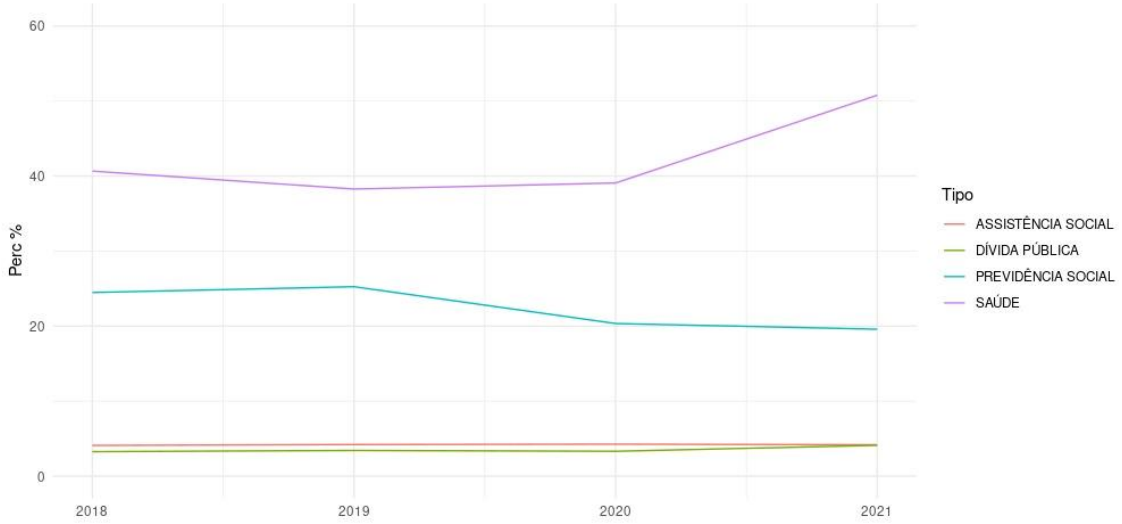
> Na verdade, há uma forte conexão entre a Emenda 95 e a Emenda 109, que acabou aprofundando a política de austeridade fiscal em meio ao recrudescimento da pandemia: o teto de gastos limita artificialmente a ação do Estado, impedindo a execução de recursos, ainda que haja receitas disponíveis para financiá-la.
> Quando os gastos não são realizados, o recurso se converte em superávit financeiro e pode ser desvinculado de suas finalidades, sendo canalizado para a amortização da dívida pública, em benefício dos proprietários da riqueza financeira, sob a forma de títulos da dívida pública (Moretti, Ocké-Reis e Funcia, 2022).

Salvador (2012) expõe que maior parte do orçamento brasileiro é destinada ao capital através do pagamento de juros e amortização da dívida pública, o que se pode visualizar a partir dos dados disponibilizados pela

Auditoria Cidadã da Dívida[6], os quais apontam que no ano de 2021, o equivalente a 50,78% do orçamento federal executado, foi destinado ao pagamento dos juros e amortizações da dívida - o que corresponde a R$ 1,96 trilhão, valor “que representa um aumento de 42% em relação ao valor gasto em 2020, que por sua vez já tinha sido 33% superior a 2019. Portanto, nos últimos dois anos, os gastos financeiros com a dívida federal quase dobraram.” (Fatorelli e Ávila, p.1, 2022).

Quando analisados os valores repassados às políticas de seguridade social (assistência, saúde e previdência) e comparados àqueles que foram destinados ao pagamento dos juros e amortização da dívida, observamos que sob amparo do Novo Regime Fiscal, implantado no Brasil com a aprovação da EC 95, entre os anos de 2018 e 2021, enquanto os investimentos destinados ao pagamento da dívida pública aumentaram exponencialmente, as políticas de seguridade social permaneceram praticamente com o mesmo volume de recursos no decorrer dos quatro anos, conforme gráfico 1.

Gráfico 1. Orçamento Federal Executado 2018-2021



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida Elaboração: Erikson Calheiros

Tais dados, reafirmam que a crescente arrecadação tributária foi direcionada para cobertura do pagamento dos juros e amortização da dívida

[6] Disponível em: https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gasto-com-divida-publica-sem-contrapartida-quase-dobrou-de-2019-a-2021/

pública, em detrimento à ampliação e financiamento dos serviços públicos, em especial os da seguridade social, conforme aponta Salvador (2010).

> O Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, está transformando o subfinanciamento crônico do SUS em desfinanciamento. A primeira condição é entendida como quantidade insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e igualitário, considerando os aspectos equitativos. A segunda condição implicaria redução dos recursos já insuficientes e se perpetuado por muito tempo inviabilizará o SUS universal e integral (Abrasco, p.71, 2022).

Nesse sentido, Behring afirma que "[...] a dívida pública que nos coloca numa condição de ajuste fiscal permanente com sua inesgotável chantagem e punção do fundo público é uma espécie de calvário: um longo sofrimento, especialmente para a classe trabalhadora" (Behring, 2021, p. 146).

Assim, Correia (2022) aborda a necessidade da

> luta pela revogação da EC n. 95 e pelo fim da DRU deve estar no horizonte, pois, ao mesmo tempo que essas medidas diminuem os gastos sociais, aumentam os recursos para o financiamento do capital via pagamento dos juros e amortizações da dívida pública. Nessas condições, é necessário reverter e enfrentar a desigualdade própria do capitalismo e acelerada pelo ultraneoliberalismo no Brasil e no mundo.

Observa-se que a intensificação do ajuste fiscal propicia ao mercado um ambiente favorável à ampliação dos negócios "que assegura 'trabalhadores livres como os pássaros' para aceitarem qualquer trabalho precarizado", assim como propicia "o saque ao fundo público, como um suporte imprescindível para o grande capital em tempos de crise" (Behring, Cislaghi e Souza, 2020, p. 105).

No capítulo a seguir, a partir da discussão sobre a política de saúde e a complementaridade invertida, abordaremos a forma como o setor privado se apropria do fundo público da saúde, através da venda de serviços hospitalares e ambulatoriais ao SUS.

2. POLÍTICA DE SAÚDE E COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

No presente capítulo, fundamentados em autoras como Bravo (2009; 2020) Correia (1997; 2022), Medeiros (2008), Teixeira (2011) e Brettas (2017;

2020), buscamos apreender quais as raízes da privatização do fundo público da política de saúde no Brasil, trazendo a importância do Movimento Sanitário Brasileiro, suas das bandeiras de luta e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), para a consolidação do SUS Constituição Federal de 1988.

Posteriormente, para compreender o processo de financiamento da saúde no contexto de avanço neoliberal e captura do fundo público, contextualizamos brevemente os rumos da política de saúde no Brasil a partir dos governos Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro, com ênfase no cenário de surgimento da crise sanitária global, gerada pelo Novo Coronavírus, com breves considerações sobre as formas de (não) enfrentamento à Covid-19 adotadas pelo governo brasileiro.

E, por fim, com a finalidade de apreender qual o efeito da complementaridade invertida no financiamento da ampliação dos serviços públicos de saúde na pandemia de Covid-19, trazemos o debate sobre a complementaridade à luz do que está legalmente assegurado fazendo o contraponto ao que de fato é efetivado, a partir de uma pesquisa ao banco de dados do SUS - DataSUS -, na qual buscou-se identificar a relação entre os setores público e privado da saúde, no âmbito da produção hospitalar e produção ambulatorial no Brasil, estratificando também por nível de complexidade, com ênfase no período pandêmico.

2.1. As raízes da privatização do Fundo Público da saúde no Brasil

No período de regime militar – compreendido entre as décadas de 1960 a 1980 - a assistência à saúde consolidou-se a partir de ações ligadas à previdência social, com a absorção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Este instituto intermediava as contratações do setor privado para a assistência à saúde que, à época, era fundamentada em ações médico hospitalares individuais, de cunho privatista.

Para Menicucci (2003), nesse período houve um aumento dos gastos individuais com assistência médica e uma redução de investimentos estatais em saúde. A referida autora, aponta ainda que

> com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, cuja materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado. Será, assim, somente com a ampliação da demanda após a unificação dos institutos e com a expansão da cobertura previdenciária, associada a uma opção pela compra de serviços, que o setor privado irá se fortalecer ao ser o mecanismo pelo qual se garantirá a ampliação da cobertura assistencial pública. Ao não se optar pela expansão da rede própria, a política governamental irá favorecer a expansão da rede privada [...] (Menicucci, 2003, p. 74).

Diante disso, no período ditatorial, a ampliação dos serviços de saúde se deu com o fortalecimento do setor privado, amparado pela interferência estatal, a partir da compra de serviços e insumos na rede privada, uma vez que os baixos salários e o alto custo da assistência médica não permitiriam o acesso de grande parte da população, à saúde privada. Assim, os serviços públicos permaneceram estagnados, enquanto houve a consolidação e expansão dos serviços privados com o financiamento do Estado. Mendes (1999) afirma que

> É de ver-se que, em 1969, havia 74.543 leitos privados no país, e em 1984, eles chegaram a 348.255, ou seja, num período de 24 anos, dá-se um crescimento da rede privada em 465%, possibilitada, sobretudo, pelas políticas da Previdência Social, conformadora de um sistema hospitalocêntrico. (Mendes, 1999, p. 24)

Em 1975, a Lei Federal nº 6.229 institucionaliza o modelo médico-assistencial privatista, define as atribuições das instituições públicas e privadas e se consolida como a divisão dos espaços rentáveis e não rentáveis, conforme definido por Mendes (1999). Em suma, o referido autor expõe que, o que fundamenta o subsistema hegemônico do modelo médico-assistencial privatista é o setor privado.

O modelo médico-assistencial privatista, é caracterizado por Mendes (1999), a partir da relação entre o financiamento do Estado - através da Previdência Social -, e o setor privado nacional e internacional - que assumiam o papel de prestador majoritário de serviços de atenção médica e produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos, respectivamente. Para o autor,

> [...] sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, o que consagrava a separação das ações de ‘saúde pública’ das ações de ‘atenção médica’, reservaram-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor

> privado, intermediado pela Previdência Social [...] (Mendes, 1999, p. 25)

Correia (1997) afirma a essência de privatização do Fundo Público no modelo médico-assistencial privatista, ao enfatizar que 80% dos recursos arrecadados pela Previdência Social, destinados à assistência médica, eram repassados à iniciativa privada, sendo os maiores beneficiados os grandes grupos médicos privados, as empresas internacionais de medicamentos e equipamentos e as indústrias nacionais. Essa realidade se expressa no crescimento da rede privada de serviços de saúde em 465%, no período entre 1969 e 1984. Mendes (1999) expõe que o que fundamenta o subsistema hegemônico do modelo médico-assistencial privatista é o setor privado.

É nesse contexto, que entre as décadas de 1970 e 1980, emergiu no cenário brasileiro o Movimento Sanitário, constituído por diversos movimentos sociais (aqui, destacamos o vanguardismo do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes) que lutavam pela reestruturação da saúde no Brasil, com destaque à luta pela estatização progressiva do fundo público, na medida em que defendia também a redemocratização do país.

Para Bravo (2011, p.76-77)

> A organização de setores progressistas de profissionais de saúde pública, denominada posteriormente de movimento sanitário, inicia-se em meados da década de 1970, quando ocorreu no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva [...]. Esses encontros tiveram como grande e estimulador e articulador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidade civil criada em 1975. [...] Como centro de estudos, propôs ser uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas, com participação constante e efetiva nos eventos nacionais e regionais relativos à temática e um entrosamento efetivo com entidades da sociedade civil preocupadas com as questões populares, entre elas a CNBB, a OAB, a SBPC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias.

O Movimento Sanitário Brasileiro questionava o modelo médico assistencial privatista predominante no período da ditadura empresarial militar, e defendia a concepção do processo saúde doença “como processo ecológico que se dá em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente, no qual se inclui o social” e evidenciava a saúde num contexto de “estrutura das relações sociais de produção, explicitando, na particularidade do capitalismo, a

contradição de se gerar riqueza e pauperização e as repercussões no processo saúde e doença” (Medeiros, 2008).

O ápice deste movimento que lutava pela reestruturação da saúde no Brasil, na medida em que defendia também a redemocratização do país, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, que apresentou como eixos centrais: a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde, e o financiamento setorial da saúde. Colocando-a num patamar de direito universal, norteando de que forma deveria ser implementado o novo sistema de saúde brasileiro e definindo, inicialmente, como se daria seu financiamento.

Teixeira (2011) considera a 8ª CNS como o êxito de um trabalho organizativo em todos os estados brasileiros, condizentes aos interesses dos intelectuais, profissionais de saúde, centrais de trabalhadores e sindicatos, partidos políticos e movimentos populares que defendiam e lutavam por outro modelo de saúde.

O relatório final desta conferência assinala que, na percepção dos mais de 4.000 (quatro mil) participantes, a saúde no Brasil necessitava de mudanças que estavam além das reformas financeiras e administrativas. Precisava de transformações que modificassem o conceito vigente da saúde (saúde concebida simplesmente como a ausência de doença) e a maneira pela qual se procedia a ação médica institucional - através da revisão de sua legislação no que tange a sua promoção “constituindo-se no que se está convencionado chamar de reforma sanitária” (Relatório Final da 8ª CNS, p.02).

Alguns dos debates que envolviam a 8ª CNS eram norteados por concepções a respeito de como se consolidaria esse novo sistema de saúde, como seria seu financiamento e se a estatização deste sistema emergente seria progressiva ou imediata.

Assim, no relatório final desta conferência, fica evidente o caloroso debate acerca da estatização progressiva do sistema, devido à necessidade de ampliação e solidificação/fortalecimento do serviço público, sendo consolidado enquanto proposta que “a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público concedido” e o contrato regido sob as normas do direito público (Relatório Final da 8ª CNS, p.02).

Logo, no novo sistema de saúde proposto, a relação entre o público e o privado se daria de forma que as ações e os procedimentos operacionais realizados por prestadores de serviços privados deveriam estar submissos à função diretiva estatal e sob o controle da sociedade civil organizada.

Em consonância com as diretrizes da 8ª CNS, a saúde teria que se desvincular da previdência – ficando esta, a previdência, encarregada das atividades referentes ao seguro social, como pensões e aposentadorias – tendo seu financiamento não mais ligado às ações previdenciárias, apresentando-se, agora, financiada por receitas advindas de impostos a ela direcionados, constituindo um Fundo Único Federal de Saúde composto de recursos provenientes do orçamento social, destinados à referida área, sendo o Estado o responsável pelo financiamento do novo sistema; devendo haver uma descentralização desses recursos financeiros, de modo a considerar a estrutura de vida e de saúde da população, além da arrecadação fiscal e do contingente populacional da região.

Tal relatório indica ainda que o poder público deveria relacionar-se com a rede privada de serviços, de modo a controlá-la efetivamente, ao tempo em que aponta uma nova forma para estabelecer a relação entre os setores público e privado dos serviços de saúde, de modo a obedecer aos seguintes critérios:

> - [...] estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário ao público; [...]
> - as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa [...]. (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p. 15)

Assim,

> o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através de seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços a população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p. 12)

Observa-se com isso, que a evidente recusa à mercantilização da saúde, bandeira de luta do Movimento Sanitário, consolidou–se enquanto deliberação na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Mostraram-se também como deliberações da referida conferência, a defesa da ampliação do serviço público e a extinção progressiva do financiamento do setor privado com recursos públicos, ou seja, a estatização progressiva dos serviços de saúde. Posição que se opunha ao modelo assistencial médico-privatista até então hegemônico no Brasil, que só irá se reconfigurar a partir da Constituição de 1988, com a redemocratização do Estado brasileiro. Recursos públicos exclusivamente para expansão da rede púbica.

Assim, o sistema de saúde, proposto por diversas lutas sociais travadas, dentre outros movimentos, pelo Movimento Sanitário, foi o símbolo de vitória da luta da população em torno de uma saúde pública, universal, de qualidade, com a participação social legalmente assegurada. Correia (2022, p.03) afirma que

> Os resultados das disputas entre os interesses privatistas e os interesses do Movimento da Reforma Sanitária, durante a Assembleia Constituinte, constituíram o arcabouço legal do SUS - Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990 -, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e um sistema público de saúde descentralizado, com comando único em cada esfera de governo; uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde; acesso universal, com integralidade da atenção à saúde; o financiamento tripartite; e o controle social.

Brettas (2020) afirma que diante dessa conjuntura “pós-88” os direitos formalmente conquistados tiveram grandes dificuldades para serem implementados. A autora destaca que foi na segunda metade dos anos de 1990 que a política econômica brasileira se mostrou um atrativo à rentabilidade financeira, de forma a beneficiar diretamente a burguesia rentista - facilitando a distribuição dos lucros e desoneração do grande capital -, com a criação de mecanismos de renúncias fiscais.

Nos termos de Correia (2022, p.76),

> A contrarreforma neoliberal, para atender às demandas do capital, exigiu uma mudança no papel do Estado de executor dos serviços públicos para fiscalizador e financiador, apoiando todas as formas de o setor privado expandir a oferta de serviços, fora e dentro do SUS. Nesse sentido, destaca-se o avanço dos interesses privados sobre o SUS, desencadeando movimentos para a privatização progressiva. O SUS se estrutura e se expande no contexto em que o Estado

> implementa as contrarreformas para atender às necessidades do grande capital, por meio de ajustes neoliberais, alimentando o processo de financeirização do capital. Essa realidade, somada aos referidos precedentes legais na Constituição de 1988, resultou na expansão dos interesses do capital na área da saúde, no livre mercado e por dentro do SUS.

É nesse cenário, que Bravo (2009 e 2020) assinala a coexistência de dois projetos antagônicos de saúde: o de Reforma Sanitária e o Privatista.

Constituído nos anos de 1980, o Projeto de Reforma Sanitária foi fruto de diversas lutas e mobilizações sociais em torno da saúde como direito de todos e dever do Estado, do acesso universal à saúde, bem como da consolidação de um modelo assistencial integral e equânime. Por sua vez, o Projeto Privatista vinculado ao mercado, pauta-se na política de ajuste e contenção de gastos e fortalecimento do setor privado (Bravo, 2009).

O que se observa a partir dos anos de 1990, no âmbito da saúde, é o ataque à política que foi construída e proposta na década anterior, com incisivas ofensivas aos princípios do SUS - derivado da interferência de agentes econômicos internacionais (BM e FMI) que atuam na perspectiva de garantir ao capital as condições favoráveis ao seu pleno desenvolvimento, através do corte dos gastos sociais, da destinação de recursos públicos ao pagamento dos juros e amortização da dívida pública e mesmo para incentivar o desenvolvimento de empresas privadas (Correia, 2022).

Nos anos seguintes, a eleição de um presidente advindo da base dos trabalhadores, que em seu programa de governo situa como meta o acesso à saúde de forma universal, equânime e integral, e que apresenta nos primeiros documentos ministeriais a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária como alguns dos desafios a serem enfrentados, suscita a possibilidade de fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária. Contudo, o que se efetiva no Brasil, no decorrer dos dois mandatos do governo Lula, é a manutenção da disputa entre os dois projetos na saúde, com ênfase no Projeto Privatista, conforme afirma Bravo (2009).

Em sua análise sobre a política de saúde no governo Lula, a autora aponta aspectos de inovação trazidos pelo governo do Partido dos Trabalhadores, mas também traz aspectos de continuidade da política de saúde antecedente.

No que diz respeito às inovações, Bravo (2009, p.16) elenca

> o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Com relação aos aspectos voltados à continuidade da política de saúde efetivada nos anos de 1990, Bravo (2009, p.18) aborda

> a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

A referida autora sustenta que o Projeto de Reforma Sanitária, neste período, perdeu espaço para o Projeto Privatista, voltado ao mercado.

Por conseguinte, a presidente Dilma Roussef, ainda em seu discurso de posse, situa a consolidação do SUS como sendo prioridade em seu governo. No entanto, afirma também que vai “estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS” (Bravo e Menezes, 2011).

Para Correia (2011) os governos Lula e Dilma continuaram com o processo de implementação da privatização das políticas sociais, com a expansão dos modelos privatizantes de gestão (Fundações Estatais de Direito Privado, OSs, EBSERH). Observa-se, nos referidos governos, que as ações governamentais possibilitaram ampliação do Projeto Privatista na saúde - que se consolidou com a ascensão de Temer ao governo, a partir do golpe de 2016.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p.194) apontam mais dois projetos de saúde que passa a coexistir com os anteriores acima apontados. O Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada - que se consolida nos governos petistas e está relacionado ao “contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo

desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país". E o projeto de SUS totalmente submetido ao mercado – concebido nos governos Temer e Bolsonaro.

Durante o ilegítimo governo de Temer, há a intensificação dos processos de contrarreforma do Estado e de desmonte das políticas públicas. Na política de saúde, consolidam-se os cortes de orçamento (com os impactos da EC 95/2016), os incisivos ataques aos princípios do SUS – dentre outros, com as propostas de Planos de Saúde Acessíveis (ou populares) e o fortalecimento e articulação o com o setor privado através da Coalizão Saúde.

No que tange ao governo Bolsonaro, ao fazerem o resgate das propostas contidas no programa de governo, as referidas autoras apontam para a ausência de conteúdo claro e objetivo sobre o financiamento da política de saúde e a explícita e intransigente defesa da privatização. "Em síntese, verifica-se grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito" (Bravo, Pelaez e Menezes 2020, p.200). No que concerne as declarações à imprensa, as autoras identificaram no discurso de posse do Ministro Luiz Henrique Mandetta, que embora o então ministro tenha afirmado sua pretensão de assegurar os princípios constitucionais, Mandetta declarou também a anseio pelo fortalecimento de setor privado. Ainda nos primeiros meses do governo Bolsonaro, as autoras supramencionadas apontam que houve o desmonte do programa Mais Médicos – com a saída dos médicos cubanos, proposituras referentes ao corte de investimentos na saúde indígena – com a intenção de municipalização da política, fortalecimento das comunidades terapêuticas e o estímulo à eletroconvulsoterapia, e inúmeros outros retrocessos e ataques à política de saúde.

Conforme apontado por Correia (2022), os governos ultraliberais de Temer e Bolsonaro, aprofundaram a expansão do setor privado na saúde, sendo terrenos férteis para o desenvolvimento da agenda privada para a saúde.

Desse modo, no item a seguir, abordaremos como o governo Bolsonaro atuou diante da pandemia de Covid-19 que se instalou no Brasil, a partir de março de 2020, em um cenário de intensos ataques e desmonte das políticas sociais, de privatização e desfinanciamento da saúde pública, alicerçado na agudização do projeto neoliberal.

2.2. Crise sanitária da Covid-19: negacionismo e o não enfrentamento da Pandemia pelo governo brasileiro

Com as primeiras notificações de síndrome respiratória aguda grave - causada por uma nova cepa do coronavírus (SARS-CoV-2) altamente contagiosa, letal e até então desconhecida no universo científico -, registradas em Wuhan[7], em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde - OMS - declarou emergência de saúde pública de importância internacional[8] por surto de novo coronavírus, em janeiro de 2020 - quando já havia casos de Covid-19 registrados em 19 países.

Comprovadamente transmitido pela via respiratória, o fácil e rápido deslocamento da população mundial a grandes distâncias, potencializou a disseminação do SARS-CoV-2 e suas variantes a nível global. Assim, três meses depois, em março de 2020, quando cerca de 118 mil pessoas de 114 países já haviam sido infectadas, a emergência de saúde pública de importância internacional foi classificada como pandemia.

A devastadora relação que o homem estabeleceu com a natureza, e o impiedoso sistema econômico capitalista abriu a “caixa de pandora”, trazendo à tona novas doenças que no “terreno virgem” do inexperiente sistema imunológico da humanidade, encontraram solo fértil para sua reprodução - Gripe Espanhola, Ebola, Gripe Aviária, SARS e atualmente o Covid-19, conforme analisa Davis (2020).

Correia e Alves (2021) apontam também que a pandemia de Covid-19 advém da relação predatória estabelecida entre o homem e a natureza, característica do sistema capitalista, que se ampara na desenfreada busca pelo lucro, ainda que a vida humana esteja em iminente ameaça. As autoras enfatizam que

> A pandemia coloca em xeque o atual modelo econômico e social no mundo e seus sistemas de saúde mercantis. Expõe o fracasso das tentativas de enfrentar as crises do capitalismo por meio do neoliberalismo, e do ultraliberalismo mais recentemente. O Estado máximo para o capital tem provocado a destruição da natureza, o aprofundamento da precarização do trabalho e o aumento exponencial da pobreza (Correia e Alves, 2021, p. 12).

[7] Com mais de 10 milhões de habitantes, está entre as maiores cidades da China.

[8] Previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI_2005) da OMS como o nível mais alto de alerta, emitido para orientar seus Estados-membros diante de emergências sanitárias.

Para Davis (2020, p.12), a pandemia de Covid-19 traz ao debate o pressuposto de que o capitalismo se mostra “biologicamente insustentável na ausência de uma verdadeira infraestrutura de saúde pública”. Contudo, para que tal infraestrutura seja tangível, faz-se necessário que os movimentos sociais rompam com o poderio das indústrias farmacêuticas e de cuidados de saúde com fins lucrativos (Davis, 2020). Metaforicamente, Harvey expõe que “a Covid-19 é a vingança da natureza por mais de quarenta anos de maus-tratos grosseiros e abusivos da natureza sob a tutela de um extrativismo neoliberal violento e desregulado” (Harvey, 2020, p. 18).

> A possibilidade de um vírus (e eventualmente outros agentes) deslocar-se do círculo agreste e ganhar capacidade de infectar humanos se relaciona e se intensifica pela forma desregulada com que recursos naturais, em especial, os recursos florestais, têm sido predatoriamente explorados, forçando espécies adaptadas a estes ambientes a sofrerem mutação e se tornarem aptas a circular entre humanos (Abrasco, 2022, p.45).

É nesse contexto, que a crise sanitária causada pela pandemia da Covid-19, agudizou o cenário da crise econômica do capital que, via de regra, afeta categoricamente a classe trabalhadora.

Nesse viés, Harvey (2020) assevera que a política neoliberal vigente há quarenta anos em países da Europa e América do Norte e do Sul, mesmo com as experiências epidêmicas anteriormente vivenciadas, foi incapaz de enfrentar uma crise de saúde pública com tamanha magnitude, deixando suas populações totalmente expostas e vulneráveis. Para o autor, os governos e autoridades estatais responsáveis pelo enfrentamento direto à pandemia “que invariavelmente formam a linha de frente da defesa em emergências de saúde pública e segurança deste tipo, tinham sido privados de financiamento graças a uma política de austeridade destinada a financiar cortes fiscais e subsídios às corporações e aos ricos” (Harvey, 2020, p. 17-18).

No contexto brasileiro, a ABRASCO (2022) aponta que as políticas de austeridade resultaram num cenário de intensas restrições fiscais e elevada baixa na taxa de lucro, de forma a reduzir a capacidade de intervenção governamental na resposta às questões políticas, econômicas e sociais, antes mesmo da emergência da pandemia de Covid-19. Behring, Cislaghi e Souza

(2020, p.106) destacam que “a pandemia desnudou a agressividade do ultraneoliberalismo”.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em fevereiro de 2020 e o primeiro óbito ocorreu na segunda quinzena de março, do mesmo ano. No decorrer de três anos de Pandemia, o país registrou um total[9] de 37.449.418 (trinta e sete milhões, quatrocentos e quarenta e nove mil, quatrocentos e dezoito) casos confirmados, com 701.494 (setecentos e um mil, quatrocentos e noventa e quatro) mortes, até o mês de abril de 2023.

> A população brasileira foi uma das mais atingidas pela pandemia do SARS-CoV-2, ocupando o terceiro posto em número de casos, atrás de Estados Unidos e Índia, e o segundo em óbitos, perdendo apenas para os Estados Unidos. O contágio pelo vírus ocorreu de forma intensa e desigual, afetando sobremaneira o segmento populacional mais vulnerabilizado, aquele com maiores dificuldades de cumprir os protocolos sanitários de distanciamento social e uso de máscaras adequadas e com acesso limitado ao saneamento básico e aos serviços de saúde. (Abrasco, 2022, p. 87)

O Dossiê da Covid-19 no Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, aponta que apesar do Brasil, comparado a outros países, apresentar condições favoráveis para um coerente manejo da doença, o país foi o responsável por 11,4% dos óbitos em todo o planeta, nos dois primeiros anos de pandemia, sendo um dos países que mais sofreu com os impactos da doença, como resultado direto da ausência de um posicionamento técnico, científico e politicamente comprometido com enfrentamento da Covid-19, e da escassez de investimento na política de saúde.

> A pobreza, as altas taxas de desemprego e as moradias deficientes e superlotadas amplificaram a transmissibilidade do vírus. A falta ou o limitado apoio governamental impediu que muitas pessoas cumprissem o distanciamento social, dado que precisaram manter suas atividades laborais para garantir sua sobrevivência. Para agravar o quadro, as populações mais pobres são também as mais atingidas por comorbidades, sabidamente associadas a formas mais severas da COVID-19 (Abrasco, 2022, p. 46-47).

O referido documento traz ao debate que mesmo com todo o empenho e mobilização dos profissionais de saúde em todo o planeta, o mundo não estava preparado para o enfrentamento a uma Pandemia de tamanha magnitude, tampouco o Brasil, que foi atingido pela doença no estágio de recrudescimento

[9] Dados registrados até abril de 2023, no Painel Coronavírus do Governo Federal. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/

da pobreza, desigualdade e desemprego, quando cerca de 14 milhões de brasileiros/as se encontravam em situação de extrema pobreza no ano de 2019.

Correia e Alves (2021) afirmam que as desiguais condições de adoecimento e morte da população, estão diretamente relacionadas à desigualdade social e as desiguais condições de vida e de trabalho. As autoras trazem ao debate que “a pandemia do novo Coronavírus é atravessada pela questão de classe, raça e gênero” (Correia e Alves, p.12-13, 2021), e evidenciam que foi a população pobre e negra que apresentou uma maior taxa de letalidade - aqui, destacamos que a primeira notificação de morte em decorrência Covid-19 no Brasil, foi uma mulher negra, empregada doméstica.

A matéria[10] publicada no jornal da Universidade de São Paulo, em 28 de setembro de 2021, ao analisar a pesquisa realizada pela Rede de Pesquisa Solidária[11], evidencia a disparidade na taxa de mortalidade por Covid-19, quando realizado o recorte em cor e gênero. Segundo a pesquisa, mulheres negras que ocupam atividade laboral de menor instrução têm maior mortalidade por Covid-19, quando comparado a mulheres brancas e homens pretos e brancos em qualquer ocupação.

Em estudo desenvolvido pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro[12], foi constatado que a taxa de mortalidade por Covid-19 entre pretos e pardos é significativamente maior, quando comparada à de brancos. Em pesquisa realizada até maio de 2020, foi identificado que entre brancos a taxa de mortalidade foi de 38%, enquanto entre pretos e pardos foi de aproximadamente 55%. Ao analisarem a referida pesquisa Correia e Alves (2021) abordam que uma pessoa preta e analfabeta tinha 3,8 vezes mais chances de morte por Covid-19, do que uma pessoa branca com nível superior.

A associação dos fatores socioeconômicos, pontuados por Correia e Silva (2021), dos elevados índices de doenças cardiovasculares, diabetes e

---

[10] Disponível em: https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/

[11] Iniciativa de pesquisadores para aperfeiçoar políticas públicas em meio à Pandemia de Covid-19. https://jornal.usp.br/ciencias/rede-de-pesquisa-solidaria-acesse-as-ultimas-noticias/

[12] Disponível em: https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/

obesidade que acomete a população brasileira, e da forma desastrosa como o Governo Federal conduziu o enfrentamento à pandemia no país, e a não priorização de ações para grupos étnicos mais vulneráveis, resultou que o Brasil foi um dos países mais impactado pela Covid-19, com uma vertiginosa propagação do vírus e evolução da doença, intensificadas pela ausência de medidas eficazes, cientificamente comprovadas de controle da Covid-19. E, embora as taxas de contaminação apontem para uma democratização no contágio, o que se observa é sua vultuosa taxa de letalidade entre pessoas pretas e subalternizadas.

Para a ABRASCO, “a inépcia e a incúria do Governo Federal no enfrentamento da pandemia podem ter sido responsáveis pelo maior volume de mortes evitáveis da história republicana brasileira” (Abrasco, p.91, 2022).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva, aponta, em seu dossiê, alguns erros irrefutáveis que levaram o Brasil a ser colocado no ranking mundial dos piores países no enfrentamento da Covid-19. Dentre os erros, estão:

> 1. baixa testagem, isolamento de casos e quarentena de contatos; 2. uso de uma abordagem clínica, e não populacional, para enfrentar a pandemia; 3. desestímulo ao uso de máscaras; 4. promoção de tratamentos ineficazes; 5. atraso na compra de vacinas e desestímulo à vacinação; 6. falta de liderança do Ministério da Saúde e inexistência de um comitê de especialistas; 7. falta de uma política de comunicação unificada (Abrasco, p.102, 2022).

Diante dos deliberados erros constatados e os elevados números de óbitos registrados, o dossiê comparou as mortes por Covid-19 no Brasil com as de outros países, e ao cruzar os dados proporcionais que se referem aos índices populacionais e mortes por Covid-19, no contexto global, referente a março de 2022, foi identificado que

> o Brasil concentrava 2,7% da população mundial e respondia por 10,7% das mortes por COVID-19 no mundo; um evidente descompasso entre as duas proporções. Utilizando-se a mortalidade acumulada por COVID-19 (óbitos por 1 milhão de habitantes) pode-se observar a desproporcional concentração de óbitos no Brasil. Em 22 de março de 2022, enquanto a média global da mortalidade acumulada por COVID-19 era de 770 para cada 1 milhão de pessoas, a aferição no Brasil indicava 3.070 mortes para cada 1 milhão, ou seja, 4 vezes mais que a medida global (Abrasco, p.103, 2022).

Nota-se, portanto, evidentes indícios que se o país tivesse adotado medidas eficazes de contenção da Covid-19, “três de cada quatro mortes por

COVID-19 ocorridas no Brasil teriam sido evitadas caso o país tivesse seguido o padrão médio global" (Abrasco, p.103, 2022).

Em análise das medidas de não contenção da Covid-19 que foram adotadas pelo então presidente da república, Calil (2021) traz um quadro, no qual evidencia algumas falas dos pronunciamentos públicos de Jair Bolsonaro, durante os meses iniciais de pandemia no Brasil, conforme reproduzido a seguir:

Figura 1. Declarações de Jair Bolsonaro em março e abril de 2020

Declaração	Data	Número de casos na data	Número de óbitos na data
"O que está errado é a histeria, como se fosse o fim do mundo. Uma nação como o Brasil só estará livre quando certo número de pessoas for infectado e criar anticorpos"	17/3	346	1
"Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar, tá o.k.?"	20/3	957	11
"O povo foi enganado esse tempo todo sobre o vírus"	26/3	2.902	77
"Se o vírus pegar em mim, não vou sentir quase nada"	30/3	4.630	163
"Está começando a ir embora essa questão do vírus"	12/4	22.192	1.223
"Eu não sou coveiro, tá certo?"	20/4	40.743	2.587
"E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre"	28/4	72.899	5.063

Elaboração: Calil, G.G., 2021

Notadamente, em suas manifestações públicas, Bolsonaro propagou ideias negacionistas, incoerentes com pesquisas e estudos científicos, ao defender a imunidade de rebanho, minimizou os riscos e os impactos da doença, e relativizou as inúmeras mortes causadas pela Covid-19, além de propagar a utilização de medicamentos ineficazes e pôr em xeque a veracidade das orientações e recomendações de contenção da Covid-19 emitidas pelas autoridades sanitárias.

Paralelo a seus levianos pronunciamentos públicos, os inverídicos posicionamentos do então presidente também eram disseminados através de mensagens via redes sociais – as chamadas *Fake News* -, o que potencializou ainda mais o alcance de tais conteúdos, relativizando as medidas de contenção propostas pela OMS e aquelas de mitigação que foram adotadas por diversos estados do país, na contramão do que pregava o presidente e seus seguidores.

Conforme aponta Calil (2021, p.43), “parece-nos inegável que a posição assumida por Bolsonaro levou parcela da população a recusar os cuidados, o que teria sido decisivo para que tais medidas não tenham produzido os resultados esperados”.

Nos termos do relatório final da CPI da Pandemia[13],

> o governo federal foi omisso e optou por agir de forma não técnica e desidiosa no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, expondo deliberadamente a população a risco concreto de infecção em massa. Comprovaram-se a existência de um gabinete paralelo, a intenção de imunizar a população por meio da contaminação natural, a priorização de um tratamento precoce sem amparo científico de eficácia, o desestímulo ao uso de medidas não farmacológicas. Paralelamente, houve deliberado atraso na aquisição de imunizantes, em evidente descaso com a vida das pessoas. Com esse comportamento o governo federal, que tinha o dever legal de agir, assentiu com a morte de brasileiras e brasileiros (CPI da Covid, p.1.270-1271, 2021).

Constata-se, então, que as inúmeras medidas adotadas pelo Governo Federal foram sempre no sentido de negar e minimizar a pandemia, a fim de reduzir seus efeitos na economia do país, fato que custou a vida de milhares de brasileiros.

Destacamos, aqui, a Ação Direta de Inconstitucionalidade, apresentada em maio de 2021, ao Supremo Tribunal Federal - STF, pelo então presidente da república e pela Advocacia Geral da União - AGU, com o intuito de impedir as medidas de contenção do coronavírus, adotadas por estados e municípios, ainda que o STF já tivesse anteriormente se manifestado em defesa da autonomia de estados e municípios nas ações de enfrento à pandemia, conforme discriminado na matéria da CNN[14], publicada em 27 de maio de 2021.

Dito isso, verificou-se que as energias poupadas pelo governo diante das omissões de enfrentamento à Covid-19, foram direcionadas para ações de amparo e fortalecimento da economia e aos incisivos ataques e desmonte à política de saúde pública durante o período pandêmico.

---

[13] Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelos requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021, com o objetivo de investigar as ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Brasil.

[14] Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-vai-ao-stf-contra-lockdown-e-toque-de-recolher-em-estados/

Correia, Santos e Alves (2022) afirmam que mesmo durante a pandemia de Covid-19, a tendência de mercantilização da saúde pública com apoio estatal foi intensificada. As autoras apontam a ampliação da saúde suplementar, a captura do fundo público via complementaridade invertida, o repasse da gestão dos hospitais de campanha para as OSs e a filantropização das respostas à Covid-19, como alguns exemplos.

O estudo desenvolvido pelas referidas autoras, aponta que a ANS adotou medidas de concessão a liberação de incentivos financeiros que potencializaram o aumento a lucratividade das empresas de saúde suplementar em todo território nacional, a exemplo do Grupo Notredame Intermédica, do Qualicorp e do Hapvida, que juntos tiveram um lucro acima de R$ 887 milhões, no primeiro trimestre de 2020. Valores bem superiores ao mesmo período do ano anterior.

As referidas pesquisadoras trazem também ao debate, o fortalecimento do setor privado da saúde através do repasse da gestão dos Hospitais de Campanha, de atendimento exclusivo à Covid-19, para as OSs. As autoras apontam as diversas denúncias de desvios de recursos públicos da saúde, através dessas entidades, no decurso da pandemia. De acordo com Correia, Santos e Alves (2022, p. 80)

> Nesse período, a Polícia Federal, em conjunto com a Controladoria Geral da União, realizou a operação S.O.S, que constatou só no Governo do Estado do Pará a celebração de contratos com OS envolvendo a cifra de R$ 1,2 bilhão (POLÍCIA FEDERAL, 2020) [...].
> Em São Paulo o Governo Dória, em abril, anunciou a entrega do hospital de campanha montado no Pacaembu para a OSS do Hospital Albert Einstein. Outros hospitais de campanha no estado foram entregues a OSS como o do Anhembi, entregue a OSS Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) e à OSS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Em operação realizada pelo Ministério Público do Rio de Janeiro, em junho de 2020, no Rio de Janeiro e em São Paulo, o Iabas foi alvo de investigação, a OSS teria desviado cerca de R$4,3 bilhões em recursos públicos entre 2009 e 2019, no estado do Rio de Janeiro (OTOBONI; SALLES, 2020). Ainda de acordo com a reportagem da CNN, “o Iabas também é a organização social que era responsável pelos hospitais de campanha do governo do estado do Rio de Janeiro, durante a pandemia, e só entregou duas das sete unidades prometidas”.
> Em Minas Gerais, no município de Divinópolis, a Polícia Federal, junto com a Controladoria Geral da União, deflagrou, no dia 11 de outubro de 2020, a Operação “Entre Amigos”, para combater o desvio de recursos públicos na área da saúde. Segundo a investigação “os desvios ocorreram no Hospital de Campanha e na Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Divinópolis, na região Oeste de Minas Gerais, durante o período da pandemia” (NASCIMENTO, 2020). Tais

> desvios teriam ocorrido, segundo as investigações, por uma Organização Social responsável pela gestão das duas unidades.

Observa-se que nos estados em que as Organizações Sociais estiveram a frente dos hospitais de campanha de tratamento da Covid-19, seja na construção das Unidades Hospitalares ou na execução dos atendimentos, houve denúncias e investigações de possíveis desvios de grandes volumes de recursos públicos.

Correia, Santos e Alves (2022, p.81) situam, por fim, o "Todos pela saúde" como a "filantropização das respostas à Covid-19", considerando que a instituição, consolidada como uma organização filantrópica, "que tem o intuito de ofertar serviços de assistência à saúde no combate à pandemia, inclusive prestando serviços ao SUS. Justifica a sua criação pela defasagem existente nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, essa instituição apresenta-se como uma alternativa para ampliar o acesso a esses serviços".

A partir do referido estudo, torna-se notório as diversas formas pelas quais o setor privado da saúde ascendeu, mesmo diante da pandemia, impulsionado por ações e estratégias fomentadas pelo Governo Federal - seja através de concessões aos planos privados, seja com a entrega da gestão dos hospitais de campanha para OSs, via complementaridade invertida (conforme apontado no item anterior), bem como através da filantropização das respostas à Covid-19.

Aqui, apontamos ainda a Lei Federal nº 13.995, sancionada em 5 de maio de 2020, que versa sobre a prestação de auxílio financeiro, no montante de até R$ 2.000.000.000,00 (dois bilhões de reais), às Santas Casas e hospitais filantrópicos de todo o Brasil. A lei que prevê a subvenção aos hospitais sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo equipar os referidos hospitais, a fim de viabilizar o atendimento à população, de forma articulada com o Ministério da Saúde e demais gestores do SUS.

Segundo o artigo 3º da referida lei,

> A integralidade do valor do auxílio financeiro recebido nos termos desta Lei deverá ser, obrigatoriamente, aplicada na aquisição de medicamentos, de suprimentos, de insumos e de produtos hospitalares para o atendimento adequado à população, na aquisição de equipamentos e na realização de pequenas reformas e adaptações físicas para aumento da oferta de leitos de terapia intensiva, bem como no respaldo ao aumento de gastos que as entidades terão com a

> definição de protocolos assistenciais específicos para enfrentar a pandemia da Covid-19 e com a contratação e o pagamento dos profissionais de saúde necessários para atender à demanda adicional (Brasil, Lei nº 13.995/20).

Identifica-se assim, que além dos valores referentes às diárias de UTI SUS Covid-19, alguns hospitais filantrópicos contaram com um incentivo do governo federal para gastos com medicamentos, insumos, suprimentos, equipamentos e realização de reformas, conforme acima descrito.

Foram contempladas 33 (trinta e três) unidades hospitalares na região Norte, 249 (duzentas e quarenta e nove) na região Nordeste, 766 (setecentas e sessenta e seis) na região Sudeste, 509 (quinhentas e nove na região Sul e 94 (noventa e quatro) na região Centro-Oeste. Ao todo, foram contempladas 1.651 (mil, seiscentos e cinquenta e uma) entidades filantrópicas, de 25 (vinte e cinco estados), de acordo com matéria publicada no sítio do Fundo Nacional de Saúde[15].

Aprovada em 07 de maio de 2020, a Emenda Constitucional 106, institui o regime extraordinário fiscal, para adoção de ações de enfrentamento à situação de calamidade pública nacional decorrente de pandemia causada pela Covid-19. De forma simplória, a EC 106/2020[16], conhecida como “Orçamento de Guerra” estabelece um orçamento específico para os gastos ao enfrentamento da pandemia, de forma a simplificar processos de obras, compras e contratação de pessoal, enquanto a situação de emergência de importância nacional estiver vigente, desmembrando assim os gastos com Covid-19 do Orçamento Geral da União.

O Portal da Transparência da Controladoria Geral da União[17], mostra os Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de Covid-19, de forma que podemos identificar:

---

[15] Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/santas-casas-e-hospitais-filantropicos-recebem-r-16-bi-do-governo/

[16] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc106.htm

[17] Disponível em: https://portaldatransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021

a) No ano de 2020, foi orçado um total de R$ 540.150.079.359,08 (quinhentos e quarenta bilhões, cento e cinquenta milhões, setenta e nove mil, trezentos e cinquenta e nove reais e oito centavos), sendo pago o montante de R$ 524.018.453.906,92 (quinhentos e vinte e quatro bilhões, dezoito milhões, quatrocentos e cinquenta e três mil, novecentos e seis reais e noventa e dois centavos), uma diferença de R$ 16.131.625.452,16 (dezesseis bilhões, cento e trinta e um milhões, seiscentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e cinquenta e dois reais e dezesseis centavos). Desse total, os maiores percentuais foram destinados ao Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (56,48%), ao Ministério da Fazenda (34,10%) e ao Ministério da Saúde (7,50%).

Segundo o Boletim Cofin/CNS – Encerramento – 31/12/2020, “a execução orçamentária e financeira dos recursos para enfrentamento da Covid-19 ocorreu de forma mais intensa no período de julho e agosto, em descompasso com o aumento do número de casos e mortes, que cresceu de forma intensa no período de abril a junho” (Cofin, 2020, p.02).

b) No ano de 2021, foi orçado R$ 113.593.825.154,96 (cento e treze bilhões, quinhentos e noventa e três bilhões, oitocentos e vinte e cinco mil, cento e cinquenta e quatro reais e noventa e seis centavos). Desse total, foram gastos R$ 102.492.607.878,25 (cento e dois bilhões, quatrocentos e noventa e dois milhões, seiscentos e sete mil, oitocentos e setenta e oito reais e vinte e cinco centavos), uma diferença de R$ 11.101.217.276,71 (onze bilhões, cento e um milhões, duzentos e dezessete mil, duzentos e setenta e seis reais e setenta e um centavos). Nesse ano, observa-se os maiores percentuais destinados ao Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (58,94%), ao Ministério da Saúde (22,77%) e ao Ministério da Fazenda (11,73%).

No que diz respeito ao ano de 2021, o Boletim Cofin/CNS – 31/12/2020, aponta que 24,4% dos recursos disponíveis na dotação Covid não se efetivaram como ações e serviços de saúde para população, no referido ano (Cofin/CNS, 2021, p.07).

De acordo com reportagem da folha Uol[18], em 06 de maio de 2020, a EC 106/2020 também prevê a possibilidade de "os recursos que o governo conseguir com emissão de títulos para o refinanciamento da dívida pública mobiliária poderão ser utilizados também para o pagamento de seus juros e encargos" (Economia Uol, 2020) e abre margens para que o Banco Central possa

> comprar e vender títulos do Tesouro Nacional nos mercados secundários, vedando a possibilidade de compra de títulos direto do Tesouro, a preferência é para a compra de títulos emitidos por micro, pequenas e médias empresas. O objetivo é garantir a liquidez dessas companhias, ou seja, que elas tenham dinheiro para continuar funcionando (Economia Uol, 2020).

Destaque também para o fato de que as empresas, que estão em débito com a Previdência poderão celebrar contratos com o poder público, e atuar em programas de combate à Covid-19, receber incentivos tributários ou empréstimos do governo.

Em linhas gerais, a institucionalização da PEC 106/2020 ordena as despesas extraordinárias no que concerne às ações de enfrentamento à pandemia. Presumivelmente, a aprovação dos recursos extraordinários pelo congresso nacional, sob pressão da população, compeliu o governo federal a atender as demandas postas pelos estados e municípios para abertura dos leitos de UTI Covid-19 no âmbito do SUS, principalmente no segundo ano de vigência da pandemia no Brasil.

Conforme apontado por Correia (2022), a negação da ciência, intrínseca característica do governo negacionista de Bolsonaro, foi um significativo agravante da pandemia no Brasil. Fundamentada em pesquisas realizadas por cientistas da UERJ, UFRJ e da USP, a autora traz ao debate que

> pelo menos 200 mil vítimas de covid-19 poderiam ter sido salvas no Brasil se o país tivesse adotado políticas públicas para conter a disseminação da doença no território, como lockdown, controle de fronteiras, testagem em massa, campanhas de comunicação e de incentivo ao uso de máscaras (Correia, 2022, p.107).

[18] Disponível em: https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/05/06/entenda-pec-orcmaneto-de-guerra.htm

Para a autora, o incentivo à utilização de medidas não farmacológicas de enfrentamento à Covid-19, por parte do Governo Federal, teria salvado a vida de milhares de pessoas no país.

Assim, decorridos dois anos do início da pandemia, com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão de como a Covid-19 se desenvolveu em território brasileiro, o boletim especial do Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz[19] (FIOCRUZ), realizou o balanço dos dois primeiros anos de pandemia no Brasil.

Os pesquisadores da FIOCRUZ dividiram a referida crise sanitária em seis fases:

- **A primeira fase**, de expansão da transmissão do vírus, ocorrida entre fevereiro de março de 2020, foi caracterizada pela introdução e expansão do vírus SARS-CoV-2 em todo o território brasileiro – “Assim, já nesta fase, observava-se grandes filas de espera para internação em UTI e elevada ocorrência de óbitos por falta de acesso, ou acesso tardio aos cuidados de alta complexidade” (Fiocruz, 2022, p.2), principalmente na região Norte do país;
- **A segunda fase**, entre os meses de julho e agosto de 2020, foi caracterizada por um elevado índice diário de mortalidade, com aproximadamente 1.000 óbitos por dia;
- **A terceira fase**, ocorrida entre os meses de setembro a novembro de 2020, marcada por relativa diminuição no quantitativo de óbitos, com a adoção de medidas de distanciamento físico e uso de máscaras, por governos estaduais;
- **A quarta fase**, apontada pelos pesquisadores, situada entre os meses de dezembro de 2020 e junho de 2021, em que se deu a chamada “segunda onda” de transmissão do SARS-CoV-2, com picos de 3.000 óbitos diários e foi marcada pelo colapso do sistema de saúde, com escassez de equipamentos e insumos. Mais precisamente entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, o estado do Amazonas, que desde o início da crise sanitária apresentava dificuldades para ofertar assistência a sua população, sofreu um novo colapso em seu sistema de saúde – dessa vez, com pacientes morrendo sem acesso a cuidados

[19] Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf

necessários e quando hospitalizados, morrendo por falta de oxigênio. Em março de 2021, dezoito estados brasileiros estavam em alerta crítico e mais sete estados em alerta intermediário diante dos indicadores da taxa de ocupação de leitos UTI Covid-19. Esta fase, foi também marcada pela aprovação da vacina contra Covid-19, no mês em janeiro de 2021, que só veio de fato atingir maior parte da população a partir do mês de março do referido ano;

- **A quinta fase**, compreendida entre julho e novembro de 2021, foi marcada pela redução dos casos graves e de óbitos, bem como da transmissão do vírus, devido a efetividade da vacina.

- **A sexta fase**, entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, marcada com uma nova onda de transmissão causada pela variante Ômicron e o aumento dos casos de Covid-19 foi destacada também pela interrupção da alimentação do sistema de vigilância e monitoramento da pandemia.

Os autores apontam que os impactos gerados pela pandemia foram colossais em todo o mundo: sobrecarregou os sistemas de saúde; dizimou milhões de vidas, com número um de óbitos que chega a 5,6 milhões; deixou sequelas que ainda reverberam na saúde da população, derivando em uma combinação de efeitos sociais, econômicos e de saúde mental imensuráveis, que intensificam as desigualdades estruturais de nossa sociedade.

2.3 A complementaridade invertida em tempos de Pandemia de Covid-19

Assegurada constitucionalmente como “direito de todos e dever do Estado”, conforme artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde se constitui em uma das três políticas que compõem o tripé da seguridade social no Brasil, junto à assistência e à previdência social. Seu acesso deve ser garantindo de maneira universal e igualitária, mediante políticas econômicas e sociais que objetivem a redução do risco de doenças e de outros agravos.

Contudo, apesar incorporar alguns princípios do Projeto de Reforma Sanitária, defendidos e aprovados como propostas na 8ª CNS como a equidade, universalidade, participação social e integralidade, aspectos relacionados aos interesses do setor privado também foram assegurados constitucionalmente,

como a possibilidade desse setor participar de forma complementar aos serviços do SUS.

Ao conceber o setor privado como complementar ao público, conforme disposto no artigo 199, a Constituição abre o precedente para a manutenção da alocação do fundo público no setor privado da saúde, como já vinha ocorrendo no período ditatorial, conforme discutido no item anterior.

Assim, no mesmo parâmetro da Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que regulamenta a participação complementar da iniciativa privada ao SUS, dispõe no artigo 24 que

> Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
> Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (Brasil, Lei Federal 8.080/90).

Deste modo, nos parâmetros do que está disposto em lei, apenas quando os serviços do SUS forem insuficientes para dar assistência aos seus usuários é que a iniciativa privada pode ofertar seus serviços através de contratos ou convênios, com a rede pública. O que caracteriza legalmente a complementaridade.

Todavia, para Correia (2012) a contratualização de serviços privados, via complementaridade, configura-se numa das formas de captura do fundo público pelo setor privado que se mantém constante desde a época do período ditatorial, e se materializa com a compra de serviços privados pelo Estado, para serem ofertados aos usuários do SUS, tanto no âmbito da produção ambulatorial, quanto no âmbito dos procedimentos hospitalares.

Assim, de acordo com as classificações dispostas no DataSUS, compreende-se aqui os serviços de produção ambulatorial, aqueles que abrangem todos os níveis de atenção à saúde, que não estão diretamente relacionados ao ambiente hospitalar. Assim, abrange tanto a atenção básica, por ter procedimentos de baixa complexidade, quanto a média e a alta complexidade, que vai desde ações de promoção e prevenção em saúde, medicação, órteses, próteses, ações complementares de atenção à saúde, dentre outros.

E, como procedimentos hospitalares, temos aqueles processos que estão diretamente relacionados aos procedimentos de média e alta complexidade e são exclusivamente do ambiente hospitalar, como transplantes de órgãos, tecidos e células, algumas ações de finalidade diagnóstica, clínicas e cirúrgicas.

Para verificar a forma como essa complementaridade se consolidou no Brasil com os governos ultraneoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro e permaneceu constante no decorrer da pandemia de Covid-19, desenvolvemos uma pesquisa quantitativa junto ao banco de dados do DataSUS. A partir dos resultados dessa pesquisa pudemos observar a relação estabelecida entre os setores público e privado da saúde na oferta de procedimentos de produção hospitalar e de produção ambulatorial, conforme exposto a seguir.

Tabela 1. Tabela nacional de valores anuais 2012-2022 dos recursos do SUS para Produção Hospitalar

ANO	PÚBLICO	PRIVADO	Total
2022	8.217.545.864,94	10.835.581.730,57	19.053.127.595,51
2021	10.541.695.512,30	11.831.974.478,94	22.373.669.991,24
2020	7.278.135.115,80	9.107.387.231,51	16.385.522.347,31
2019	6.581.309.813,47	9.226.668.578,99	15.807.978.392,46
2018	6.550.831.983,78	8.555.556.223,28	15.106.388.207,06
2017	6.360.336.936,40	8.158.241.221,92	14.518.578.158,32
2016	5.939.469.593,44	8.061.633.884,50	14.001.103.477,94
2015	5.556.340.079,71	8.231.642.762,13	13.787.982.841,84
2014	5.259.736.044,35	8.110.671.581,31	13.370.407.625,66
2013	4.956.160.288,14	7.742.199.629,56	12.698.359.917,70
2012	2.612.875.079,33	9.043.246.242,44	11.656.121.321,77

Fonte: DataSUS/Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Elaboração própria

Na tabela 1, que expõe os valores do fundo público da saúde repassados ao financiamento de produção hospitalar no Brasil, observamos que ainda no governo de Dilma Rousseff (2012-2015) a compra de serviços privados com recursos públicos se manteve acima dos 55%. Seguindo essa tendência, nos três anos do governo de Michel Temer (2016-2018), em média, 56,29% dos recursos foram destinados ao setor privado, restando ao setor público, uma média de 43,71%. Na mesma perspectiva de fortalecimento do setor privado com os recursos públicos, durante os quatro anos de governo Bolsonaro (2019-2022),

identificamos uma média de 56,79% dos valores destinados aos serviços de produção hospitalar que foram alocados no setor privado.

A tabela a seguir, traz os valores destinados ao financiamento dos serviços de produção ambulatorial no Brasil, entre os anos de 2012-2022.

Tabela 2. Tabela nacional de valores anuais 2016-2022 dos recursos do SUS para Produção Ambulatorial

ANO	PÚBLICO	PRIVADO	Total
2022	11.400.300.839,15	13.277.348.001,30	24.677.648.840,45
2021	9.474.528.773,55	11.475.147.354,49	20.949.676.128,04
2020	7.931.032.824,88	10.120.857.036,32	18.051.889.861,20
2019	10.159.886.458,52	11.245.883.355,16	21.405.769.813,68
2018	9.757.252.727,40	10.506.407.318,60	20.263.660.046,00
2017	9.155.668.990,34	9.873.260.991,49	19.028.929.981,83
2016	8.756.477.835,23	9.460.155.146,94	18.216.632.982,17
2015	8.413.266.691,60	9.376.003.455	17.789.270.146,60
2014	2.086.938.827,01	15.317.650.787,38	17.404.589.614,39

Fonte: DataSUS/Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Elaboração: Própria

Ao fazermos a análise da tabela 2, identificamos que, não diferente do cenário que se apresentou no âmbito da produção hospitalar, no que diz respeito ao financiamento da produção ambulatorial, durante o governo Dilma, observa-se uma variação entre 51% e 52% na contratualização de serviços privados. O que se manteve no Governo Temer (2016-2018) em uma média de 51,88% de compra de serviços de produção ambulatorial ao setor privado, ficando o setor público com a média de 48,12% dos recursos. Por sua vez, o governo Bolsonaro (2019-2022) ampliou em 2,41% a compra dos serviços privados, tendo uma média de 54,29% de financiamento do setor privado e 45,71% do setor público.

Fato que, para Correia (2015), contradiz também um dos pilares da Reforma Sanitária Brasileira, pois

> ao invés da progressiva estatização da saúde, tem ocorrido um processo de progressiva privatização, o que tende a reatualizar os traços estruturais do modelo de saúde da previdência social, nos anos de ditadura, que era baseado na compra de serviços privados (Correia, 2015, p. 71).

A autora supramencionada afirma que a ampliação dos contratos de serviços privados filantrópicos pelo SUS evidencia a complementaridade invertida[20], divergindo daquilo constitucionalmente assegurado, indo de encontro aos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que no lugar da progressiva estatização, o que vem se desenhando é a progressiva privatização, reatualizando assim, o modelo de saúde vigente nos anos de ditadura militar, fundamentado na compra de serviços privados. O que vem se consolidando é a continuidade com o modelo de saúde da previdência dos anos da ditadura, com a permanência da compra de serviços no setor privado, no lugar da ampliação da rede pública, com a alocação do fundo público exclusivo no setor público, conforme defendido pelo movimento sanitário.

Quando fazemos o recorte nos dois primeiros anos da pandemia de Covid-19, observamos que em 2020, do total de R$ 16.385.522.347,31 (dezesseis bilhões, trezentos e oitenta e cinco milhões, quinhentos e vinte e dois mil, trezentos e quarenta e sete reais e trinta e um centavos), que foram destinados à produção hospitalar, R$ 9.107.387.231,51 (nove trilhões, cento e sete milhões, trezentos e oitenta e sete mil, duzentos e trinta e um reais e cinquenta e um centavos), foram destinados ao setor privado – valor que equivale a 55,58%, conforme dados da tabela 1.

Já em 2021, para os procedimentos no âmbito da produção ambulatorial, foi aplicado um total de R$ 22.373.669.991,24 (vinte e dois bilhões, trezentos e setenta e três milhões, seiscentos e sessenta e nove mil, novecentos e noventa e um reais e vinte e quatro centavos). Desse total, R$ 11.831.974.478,94 (onze bilhões, oitocentos e trinta e um milhões, novecentos e setenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e oito reais e noventa e quatro centavos), foram destinados ao setor privado. Valor que embora apresente uma diminuição de aproximadamente 2,63%, quando comparado ao ano anterior, mantém a tendência de maior aplicação no setor privado, representando 52,88% dos recursos.

[20] Expressão dada por Correia (2012) para especificar a crescente tendência de utilização do fundo público da saúde para compra de serviços privados, em detrimento da ampliação da rede pública, o que caracteriza a inversão da complementaridade legalmente assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990.

Ao analisarmos os procedimentos ambulatoriais, também nos dois primeiros anos de pandemia da Covid-19 (2020-2021), verificamos um total de R$ 21.596.004.390,81 (vinte e um bilhões, quinhentos e noventa e seis milhões, quatro mil, trezentos e noventa reais e oitenta e um centavos) aplicados no setor privado, valor que equivale a 55,37% de todo o montante que foi repassado ao financiamento dos procedimentos ambulatoriais, nos dois anos. Restando ao setor público, 44,63%.

Identificamos, portanto, que entre os anos de 2020 e 2021, tanto no âmbito da produção hospitalar, quanto no âmbito da produção ambulatorial, mais de 50% dos recursos do SUS permaneceram sendo alocados majoritariamente no setor privado, em detrimento ao setor público, a partir da compra dos serviços via contratos e convênios - o que caracteriza a inversão da complementaridade que legalmente é assegurada.

Tais dados demonstram que, não fugindo ao processo de privatização do fundo público da saúde no período anterior à Pandemia de Covid-19, conforme estudos anteriores, a tendência de compras de serviços privados com recursos públicos para auxiliar o SUS, e a perspectiva de utilização do fundo público para ampliação e fortalecimento do setor privado da saúde, no âmbito da produção ambulatorial e hospitalar, se manteve constante mesmo diante de uma crise sanitária, que matou milhares de brasileiros.

Fontes (2020, p.13), afirma que “a doutrina liberal estimula o empresariado – as classes dominantes – a inventar caminhos por dentro do Estado para apropriar-se de bens e de atividades públicos como espaço próprio e pasto de lucros e de retornos privados”. Aqui, consideramos a “complementaridade invertida” como um desses caminhos, no qual entidades privadas se utilizam de recursos públicos como fonte de lucratividade.

Na concepção de Correia (2022, p.75) “a radicalidade no enfrentamento ao setor privado, resultante das decisões da 8ª CNS, perdeu forças, pois a assistência à saúde ficou livre à iniciativa privada, e as instituições privadas estabeleceram-se como complementares ao SUS”

Os dados acima, evidenciam o que fora apontado pela ABRASCO (2022), em seu dossiê sobre a Pandemia de Covid-19, ao afirmar que, no Brasil, quando o Estado passa a efetuar a compra de serviços, o setor privado se impõe sobre setor público, ultrapassando-o em alguns níveis de atenção. Diferentemente do

que ocorre em outros países, nos quais a participação do setor privado acontece de forma residual e subordinada às diretrizes do sistema público.

Mendes e Carnut (2020, p.193) apontam que “dentre os serviços que são mais fáceis de penetrar, ou seja, que se apresentam rentáveis ao capital em sistemas de saúde ditos ‘nacionais’, estão aqueles em que a incorporação tecnológica é maior. Assim, os serviços de atenção terciária e secundária (alta e média complexidade – ou seja, serviços hospitalares e especializados) se apresentaram como um nicho em potencial”.

Assim, partindo do pressuposto assinalado por tais autores, quando analisados os dados de produção hospitalar e produção ambulatorial, discriminados por complexidade, podemos identificar o que fora apontado por Mendes e Carnut (2020), conforme tabela a seguir.

Tabela 3. Valores por complexidade segundo natureza jurídica – 2016-2021 – Brasil

ANO	NATUREZA JURÍDICA	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	ATENÇÃO BÁSICA
2022	PÚBLICO	3.814.541.203,49	14.998.636.246,56	2.685.231,50
	PRIVADO	11.949.699.858,83	11.688.054.749,10	2.135,90
2021	PÚBLICO	3.167.973.483,47	16.198.081.005,88	144.487,30
	PRIVADO	15.097.546.715,87	12.509.590.052,97	13.140,50
2020	PÚBLICO	2.830.910.220,24	11.859.952.688,66	2.097,40
	PRIVADO	9.678.235.164,53	9.177.586.137,59	7.518,00
2019	PÚBLICO	3.167.772.572,87	12.826.216.965,78	8.183,00
	PRIVADO	10.264.384.761,89	9.785.358.007,72	N.I*
2018	PÚBLICO	3.391.365.062,60	12.217.162.186,04	14.859,00
	PRIVADO	9.447.964.405,16	9.223.384.640,43	N.I*
2017	PÚBLICO	6.584.881.419,00	11.597.509.126,87	16.550,00
	PRIVADO	8.820.992.867,20	8.819.010.339,21	N.I*
2016	PÚBLICO	3.037.379.698,03	11.060.039.495,82	N.I*
	PRIVADO	8.348.433.277,94	8.774.367.895,76	N.I*

Fonte: DataSUS/Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Elaboração: Própria *Não Identificado

A tabela 3, demonstra que foi nos serviços de alta complexidade em que houve a mais significativa compra dos serviços privados, de forma que a maior parte dos recursos públicos foi destinada ao setor privado, ficando o setor público com uma parte irrisória dos investimentos. Quanto aos serviços de média complexidade, ainda que em sua maioria tenha sido investido no setor público,

nota-se um volume considerável de recursos destinados ao setor privado. No que diz respeito à baixa complexidade, embora a ausência de informações entre os anos de 2016 e 2019 coloque em xeque uma análise mais abrangente, observa-se que enquanto no ano de 2020 a maior parte dos recursos foram destinados à compra de serviços privados, nos anos seguintes, 2021 e 2022, o cenário foi invertido e o setor público passou a receber maior financiamento.

Isto posto, observa-se que mesmo no período crítico da pandemia, em que significativa parte dos/as trabalhadores/as mais precisava do amparo social das políticas públicas, acentua-se, ainda mais, o processo de execução da agenda ultraneoliberal de desmantelamento e desfinanciamento dos serviços públicos, inclusive os de saúde.

Podemos identificar assim, que a forma como os recursos do SUS são capturados pelo setor privado, por dentro do próprio SUS, é uma estratégia de expansão e lucratividade que rebate diretamente no desmantelamento da política pública de saúde estatal e de qualidade.

Dando continuidade à análise de como o setor privado vem se fortalecendo e expandindo por dentro do SUS, no próximo capítulo trazemos o debate de como a busca pelo lucro manteve-se à frente da defesa da vida, durante a fase mais crítica da pandemia gerada pelo novo coronavírus, a partir do estudo da oferta dos leitos de UTI Covid-19, no Brasil.

3. CRISE SANITÁRIA E LEITOS DE UTI COVID-19 NO BRASIL: O LUCRO ACIMA DA VIDA

No presente capítulo, conforme estabelecido no objetivo geral da pesquisa aqui desenvolvida, faremos a análise da relação entre o setor público e o setor privado na disponibilização dos leitos de UTI para o enfrentamento à Covid-19, no período mais crítico da pandemia.

Diante das desiguais condições de vida e saúde da população brasileira, em que cerca de 78% dependia exclusivamente dos serviços do SUS, no início da pandemia, iniciamos trazendo o debate sobre a campanha “vidas iguais, leitos iguais” e a importância da fila única para o acesso aos leitos de UTI para tratamento da Covid-19 no Brasil, de forma a identificar o motivo da não adesão

do governo federal à adoção de fila única de leitos UTI/Covid para o acesso de leitos públicos e privados.

Buscamos ainda, identificar como se efetivou a relação entre o setor público e o setor privado na oferta de leitos de UTI SUS que foram habilitados[21] pelo governo federal, exclusivamente para o enfrentamento à Covid-19, a partir de pesquisas aos dados primários, disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, buscou-se, junto à base de dados do Portal Coronavírus Brasil, identificar o quantitativo de leitos UTI SUS Covid-19 que foram habilitados com recursos federais, via portarias ministeriais, em todo território brasileiro.

Em seguida, a partir da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, pôde-se identificar informações sobre a natureza jurídica dos hospitais em que os leitos em debate foram habilitados. E, posteriormente, o quantitativo geral de leitos complementares[22] de atendimento SUS e Não SUS[23], exclusivos ao tratamento da Covid-19.

3.1. Vidas iguais, leitos iguais – considerações sobre a fila única

Conforme discutido anteriormente, as desigualdades econômicas, sociais, raciais e de gênero em todo o território nacional puseram em xeque o acesso de milhares de pessoas ao tratamento e cuidados intensivos de saúde, no decorrer da pandemia gerada pelo novo Coronavírus no Brasil.

A rápida ascensão dos casos de Covid-19, a evidente insuficiência dos leitos de atenção às pessoas por ela acometidas, e consequentemente do iminente colapso dos serviços do SUS, em maio de 2020, pesquisadores/as, movimentos sociais, partidos políticos, entidades em defesa dos direitos humanos e em defesa do SUS, lançaram a campanha “Vidas Iguais + Leitos

---

[21] Considera-se como “habilitação” a autorização, pelo Gestor Federal do SUS, de um estabelecimento de saúde já credenciado para realizar procedimentos constantes na tabela SUS de acordo com os requisitos legalmente previstos.

[22] Nos termos do Repositório de Terminologias em Saúde - RTS, Wiki CNES, disponibilizado em: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal, os “leitos complementares” abrangem todos aqueles leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de Cuidados Intermediários - UCI.

[23] Ainda de acordo com o Wiki CNES, os “Leitos SUS” são leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, mediante publicação de Portaria no Diário Oficial da União (DOU), sendo os “Leitos Não SUS” aqueles leitos existentes em hospitais privados, que não são utilizados no âmbito do SUS.

Para Todos", cujo objetivo era mobilizar a sociedade e pressionar as instâncias do poder público para assegurar o direito à vida e o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, através de uma regulação unificada dos leitos hospitalares da rede pública e privada, para todos/as pacientes que necessitassem de leitos de internação e terapia intensiva.

Assim, diante do caótico cenário brasileiro de escassez de leitos de UTI Covid-19, elevados casos graves da doença que demandavam de tratamentos intensivos e estarrecedores números diários de óbitos, Correia e Silva (2021) sustentam a legalidade de tal unificação da fila de acesso aos leitos de atendimento à Covid-19, independente de natureza jurídica, nos termos da Constituição Federal de 1988. Para as autoras, o princípio da Supremacia do Interesse Público, disposto no inciso XXV do 5º artigo da referida carta magna, relaciona-se diretamente à possibilidade de requisição de uso de propriedade particular em situações de iminente perigo público.

Logo, o fato de o país estar em situação de emergência de saúde pública internacional em decorrência do Novo Coronavírus, conforme estabelecido pela Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, incumbiria as autoridades o poder de requisitar "bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa" (Brasil, Lei Federal nº13.979/20) conforme assegurado no inciso VII do Art.3º da referida lei.

Nessa perspectiva, as autoras apontam também a Recomendação nº 26 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual indica aos gestores do SUS, quando necessário, a regulação única e a requisição de leitos privados, a fim de assegurar o atendimento igualitário à população. Ao analisarem o posicionamento da ANS, ao ser consultada pelo Ministério da Saúde acerca do tema, Correia e Silva (2021, p.94) afirmam que

> A agência reguladora pontua, ainda, o possível risco de inadimplência e abandono por parte dos/das beneficiários/as dos planos privados de saúde, "o que poderia acarretar severo desequilíbrio econômico-financeiro de difícil reparação em todo setor de saúde suplementar" (ANS, 2020). A ANS, ao argumentar em defesa dos planos privados e contra a adoção da proposta de fila única, expõe a sua priorização da manutenção dos lucros do setor privado de saúde, em detrimento da defesa da vida e adequada atenção à saúde dos/as brasileiros/as em tempos de pandemia.

Contudo, como vimos no item anterior, na contramão de um desequilíbrio econômico-financeiro no âmbito da saúde suplementar – conforme alegado pela ANS -, o que o país presenciou foi um significativo amparo estatal ao setor de saúde suplementar, através de concessões e incentivos financeiros.

A preocupação com a manutenção dos lucros do setor privado, em detrimento às vidas que eram perdidas devido à escassez de leitos para o adequado atendimento às pessoas que desenvolviam o quadro grave da Covid-19 evidencia-se na fala do então Ministro da Saúde, Nelson Teich, em matéria publicada no site da Agência Brasil[24], em maio de 2020:

> A gente tem que ser eficiente o bastante para fazer com que o sistema público seja capaz de enfrentar. Caso você chegue no limite, você vai sentar com a iniciativa privada e vai descobrir uma forma de trazer a saúde suplementar para fazer parte dessa solução do SUS como uma cooperação e não como uma tomada. O que a gente está discutindo aqui é uma forma de funcionar o país. Isso vai além da saúde. Isso é como as pessoas de fora vão olhar pra gente. Isso tem muito mais implicação que a Covid. (Agência Brasil, 2020)

Para Correia e Silva (2021), o posicionamento do Ministério da Saúde e da ANS, escancara a preocupação com a lucratividade do setor privado da saúde, em detrimento à vida dos mais de 164 milhões de brasileiros que dependiam exclusivamente dos serviços de saúde pública.

Aqui, é importante ressaltar o privilégio dos hospitais militares, que mesmo com leitos disponíveis não atenderam a civis, conforme apontado em matéria publicada no site Uol[25], em fevereiro de 2021, a qual aponta que durante o colapso do sistema de saúde no estado do Amazonas, os hospitais das Forças Armadas no estado reservavam mais de 72% dos leitos (somados os clínicos e os de UTI) destinados ao tratamento da Covid-19 para eventuais adoecimentos de militares, ainda que 278 civis estivessem aguardando atendimento na fila de espera, por falta de vagas nos demais hospitais do estado. Segundo a referida reportagem, “No dia 29 de janeiro [de 2021], a espera [por leitos hospitalares para atendimento à Covid-19] atingiu o ápice, com 509 pessoas aguardando

---

[24] Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/de/node/1383726

[25] Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/11/am-hospitais-militares-ignoram-fila-e-60-de-leitos-para-covid-ficam-vagos.htm

vaga. Nesse mesmo dia, os hospitais militares tinham 52 leitos clínicos livres" (Madeiro, 2021).

Outra matéria, publicada na Coluna Piauí, da folha Uol[26], aborda que as Forças Armadas dispõem de 42 hospitais militares distribuídos nas cinco regiões do país, que atendem exclusivamente a cerca de 1,8 milhões de militares e familiares (estando incluídos além dos militares da ativa, os pensionistas, seus dependentes e demais servidores civis ligados às Forças Armadas). A matéria evidencia que no período crítico da pandemia, os hospitais militares receberam mais de 3 bilhões em repasse do governo federal advindos do Ministério da Defesa, acrescidos de 531 milhões de crédito extra para o combate à pandemia. A reportagem, publicada em 1º de abril de 2021, identificou ainda que

> Os dados sobre hospitais, porém, não são verificáveis, já que pouquíssimos hospitais militares divulgam informações sobre leitos ocupados. Na cidade do Rio de Janeiro, onde na manhã desta quinta-feira (1º) havia uma fila de 172 pessoas aguardando vaga de UTI ou de enfermaria, o censo hospitalar da Prefeitura não inclui unidades importantes como o Hospital Naval Marcílio Dias e o Hospital Geral do Rio de Janeiro. Da mesma forma, o monitoramento feito pelo governo do estado de São Paulo não abarca o Hospital Militar de Área de São Paulo. Procurados pela piauí, nem a Marinha nem o Exército informaram a ocupação de leitos nesses hospitais (Mazza e Salomon, 2021).

Observa-se que, mesmo com uma medida cautelar movida pelo Tribunal de Contas da União para que as Forças Armadas dessem publicidade às taxas de ocupação de leitos em suas unidades, o que predominou foi a ausência da divulgação de informações precisas e consistentes, sobre a maior parte dos hospitais militares no país, o que pôs em xeque uma análise mais detalhada da referida particularidade pela pesquisa que aqui foi desenvolvida. Apesar disso, o que fica evidente é privilégio de militares, com reserva de leitos em hospitais das Forças Armadas, para tratamento da Covid-19, mesmo diante de um colapso do sistema público de saúde, no qual centenas de pessoas aguardavam por atendimento em filas de espera.

Correia (2022, p.115), a partir de estudos da Confederação Nacional de Municípios, aponta que

[26] Disponível em: https://piaui.folha.uol.com.br/dinheiro-publico-privilegio-militar/

> a fila única de leitos para a UTI poderia aumentar em 86% o acesso da população a um leito (AGÊNCIA CNM DE NOTÍCIAS, 2020). Por outro lado, é emblemático que, em algumas regiões, no pico da pandemia, quando o setor privado precisou de leitos do SUS para encaminhar seus pacientes, o acesso foi viabilizado. O contrário apenas tem sido possível sob judicialização, o que demonstra que o lucro tem estado acima da vida.

Nessa perspectiva de unificação do acesso aos leitos de atendimento a pacientes com Covid-19, Lima (2021) aborda as experiências de enfrentamento à Covid-19 adotadas por outros estados nacionais, como Espanha, Inglaterra, Irlanda, Índia e África do Sul. O autor traz uma breve análise dos serviços de saúde em tais países frente a pandemia de Covid-19. Aqui, pontuamos o exemplo Espanhol que, a nosso ver, foi o que mais se assemelhou de fato àquilo que foi defendido pelos movimentos sociais e alguns partidos políticos no Brasil.

O referido autor aborda que no caso espanhol, o governo

> utilizou mecanismos da chamada de economia de guerra para o enfrentamento da pandemia do Coronavírus. Os decretos do mês de março atuaram num amplo espectro de intervenção estatal na economia de mercado. Autorizou, por exemplo, a intervenção e ocupação de 'indústrias, fábricas, oficinas, fazendas ou instalações de qualquer tipo, incluindo centros de saúde, serviços e estabelecimentos privados, bem como os que operam no setor farmacêutico' além do confisco de produtos de primeiras necessidades, tais como máscaras, fármacos e produtos químicos. O governo central autorizou às regiões administrativas autônomas a julgar a necessidade ou não de adoção dessas medidas previstas em decreto conforme desenvolvimento da pandemia (Lima, 2021, p.102).

Na concepção de Lima (2021, p.102), diferentemente daquilo que foi veiculado pela grande mídia local, o que ocorreu na Espanha foi a unificação das filas de acesso aos serviços de saúde e a regulação por parte do Estado dos parâmetros de prioridades" e não a estatização dos serviços de saúde – uma vez que houve a manutenção dos regimes de trabalho, da forma de financiamento das unidades, assim como da propriedade privada.

Embora o que se consolidou na Espanha não tenha se caracterizado como a estatização dos serviços de saúde, conforme aponta Lima (2021), a unificação do acesso aos serviços de saúde foi de suma importância para assegurar o atendimento da população acometida pela Covid-19 – iniciativa que nem de longe o governo brasileiro cogitou em adotar, mesmo com os elevados números de óbitos e as intensas mobilizações em torno da adoção da fila única.

Contrário ao movimento ocorrido em território espanhol, constata-se que, o que se consolidou no Brasil foi a intransigente salvaguarda do setor privado de saúde, em detrimento às milhares de vidas que foram interrompidas por falta de tratamento adequado.

3.2 A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos de UTI-COVID, no Brasil

Com o decreto de emergência sanitária gerada pelo novo coronavírus, publicado em março de 2020, o Ministério da Saúde regulamentou a inserção dos leitos “51 - UTI II Adulto - Covid-19” e “52 - UTI II Pediátrica - Covid-19”, na Tabela de Leitos do CNES, por meio da Portaria GM/MS nº 237. No mesmo mês, através da Portaria GM/MS nº 568 o Ministério autorizou a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes Covid-19 e aumentou o valor do custeio diário dos leitos de UTI, que passou de R$ 800,00 (oitocentos reais) para R$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais).

Aqui, enfatizamos que nem de longe a expansão dos leitos de UTI Covid-19 se deu unicamente por iniciativa do governo federal. As solicitações de habilitação de leitos foram encaminhadas pelos estados e municípios, de acordo com suas capacidades e disponibilidades, ao Ministério da Saúde - que através de portarias promulgava as habilitações.

Destarte, para compreender a forma como se deu a relação entre os setores público e privado da saúde, na oferta dos leitos de UTI SUS Covid-19 que foram disponibilizados no Brasil, nos dois primeiros anos de pandemia, desenvolvemos uma pesquisa junto às bases de dados disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: Portal Coronavírus Brasil - de onde foram extraídos os dados referentes aos anos de 2020 e 2021, relacionados aos hospitais que receberam recursos federais para habilitarem leitos SUS de UTI, para atendimento de pacientes exclusivos Covid-19; e, CNES - a fim de identificar o código de natureza jurídica de cada hospital e o quantitativo geral de leitos de UTI Covid-19 no país (sejam eles SUS e Não SUS).

Em seguida, tendo como parâmetro a Tabela de Natureza Jurídica[27] atualmente em vigor, passamos a classificar a natureza dos hospitais considerando então como setor público todos aqueles cujo código de natureza estivesse elencado no rol: 1. Administração Pública; e como setor privado, todos aqueles hospitais listados nos demais rolls - 2. Entidades Empresariais, 3. Entidades Sem Fins Lucrativos, 4. Pessoas Físicas e 5. Organizações Internacionais e Outras Instituições Extraterritoriais.

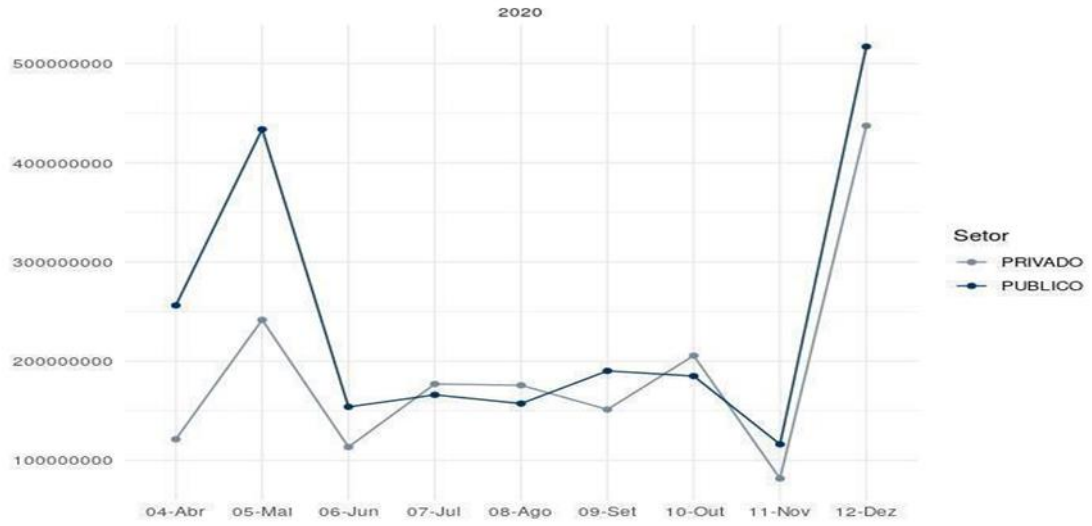
A partir das bases que foram coletadas nos portais do Ministério da Saúde e da Tabela de Natureza Jurídica, os dados foram cruzados e tabulados tendo como referência os códigos CNES e de Natureza Jurídica de cada hospital - com o intuito de obter a relação dessas unidades de saúde, com seus respectivos códigos de natureza jurídica identificados e os quantitativos de leitos SUS de UTI Covid-19 que foram habilitados pelo governo federal.

Por fim, utilizando exclusivamente a base de dados do CNES, passamos a identificar o quantitativo de UTI Covid-19 SUS e UTI Covid-19 Não SUS, para compreendermos como se consolidou a disponibilidade dos leitos de UTI aos usuários que dependem exclusivamente dos serviços do Sistema Único de Saúde, e aos usuários dos serviços de saúde suplementar/privado. Aqui, é importante ter clareza que os leitos SUS, são aqueles que estão disponíveis aos/as usuários/usuárias no âmbito do SUS, e que os leitos Não SUS, são os leitos do setor suplementar/privado destinados exclusivamente aos/as usuários/usuárias da saúde suplementar/privada.

Analisando os dados do Portal Coronavírus Brasil, os gráficos a seguir, demonstram em qual setor, os recursos federais para habilitação de leitos SUS de UTI Covid-19 foram aplicados, nos dois primeiros anos de pandemia (2020-2021), no Brasil.

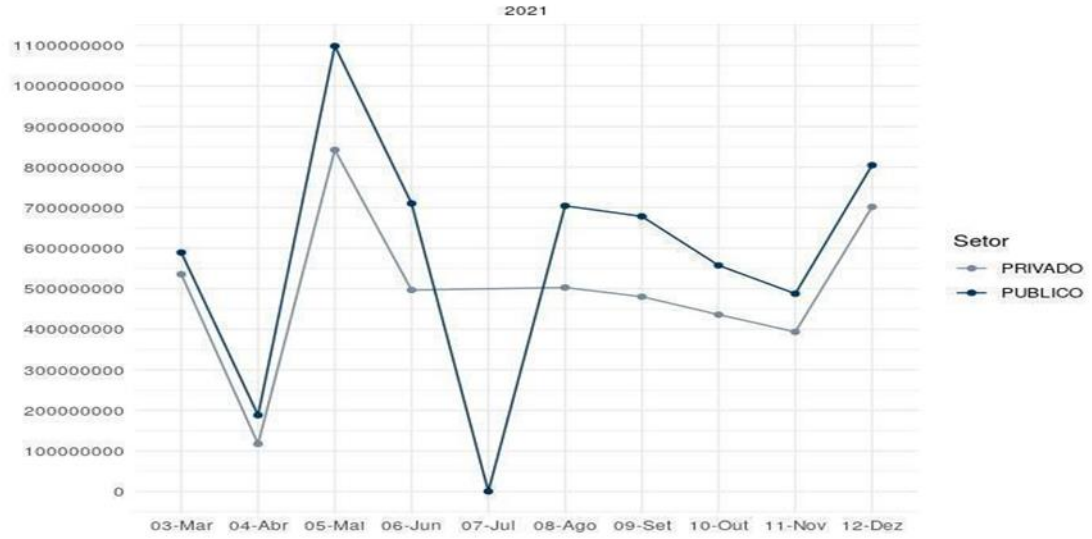
[27] Tabela organizada pela Comissão Nacional de Classificação (CONCLA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: https://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2021.html

Gráfico 2. Oferta de leitos SUS UTI Covid-19 no Brasil – 2020



Fonte: Ministério da Saúde – Coronavírus Brasil Elaboração: Erikson Calheiros

Gráfico 3. Oferta de leitos SUS UTI Covid-19 no Brasil - 2021



Fonte: Ministério da Saúde – Coronavírus Brasil Elaboração: Erikson Calheiros

Os gráficos 2 e 3 acima apresentados, nos quais a linha azul representa o setor público e a linha cinza representa o setor privado, evidenciam a acirrada disputa entre os referidos setores, no decorrer dos dois primeiros anos da pandemia gerada pelo novo coronavírus, no que diz respeito à oferta dos leitos SUS de UTI para atendimento à Covid-19 em todo o país.

Tem-se então, que apesar de em alguns períodos o setor privado contratado se equiparar ou até mesmo ultrapassar o setor público, no geral, a partir dos dados que foram analisados, os recursos federais destinados à ampliação desses leitos foram alocados, em sua maioria, no setor público.

Observa-se, assim, que nos parâmetros estabelecidos pela presente pesquisa, a oferta dos leitos SUS de UTI Covid-19, consolidou-se no Brasil, nos dois primeiros anos da pandemia gerada pelo Novo Coronavírus, a partir da habilitação desses leitos, majoritariamente no âmbito do setor público.

Diante do exposto, observou-se a matéria publicada em 13 de maio de 2020, no site de Grupos de Diagnósticos Relacionados - DRG Brasil[28], que traz ao debate os dados obtidos em uma pesquisa realizada por companhias especializadas em gestão de custos para o setor saúde, na qual foram analisados dados relativos aos gastos com UTI referentes ao ano de 2019 de 106 hospitais de diferentes naturezas jurídicas e teve como resultado o valor médio de R$ 1.934,00 (um mil, novecentos e trinta e quatro reais) por dia, de UTI adulto, afim de ter um parâmetro para projetar os gastos com as UTIs de Covid-19, durante a pandemia.

Os autores da pesquisa consideraram que mesmo se consolidando como o dobro do que era pago para financiar os leitos SUS de UTI no período anterior à Pandemia, o valor de R$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais) repassado pelo governo federal para habilitação de leitos SUS UTI Covid-19, para o setor privado se mostrou uma quantia insuficiente para cobrir os gastos diários, embasados no aumento da inflação dos preços de recursos humanos e insumos, durante a pandemia. Assim, Campos[29] e Canabrava[30] (p. 151, 2020) afirmam que

> Não obstante os incentivos financeiros de fomento à habilitação leitos UTI Covid-19, comparados aos valores anteriormente aplicados, tal iniciativa não garante sustentabilidade à rede de hospitais, seja pela

[28] Plataforma de governança e gestão de saúde, que objetiva “melhorar a qualidade assistencial e evitar desperdícios”. Matéria disponível em: https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/estimativa-de-custos-operacionais-dos-leitos-de-uti-adulto-em-consequencia-do-covid-19/

[29] Francisco Carlos Cardoso de Campos, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

[30] Claudia Marques Canabrava, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

> sua temporalidade de 90 dias a constar da data de publicação da Portaria [...], seja pelos custos apresentados em outras análises.

Os referidos autores, baseados no estudo que fundamentou a matéria citada anteriormente, trazem ao debate que, em hospitais privados, com o aumento dos preços de insumos e recursos humanos durante a pandemia, os custos operacionais da UTI, variavam entre R$ 1.934,00 (um mil, novecentos e trinta e quatro reais) e R$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), o que tornava diminuto e pouco atraente, o valor de R$ 1.600,00 (mil e seiscentos reais) pago pelo governo.

Um outro estudo[31], dessa vez realizado em sete hospitais de atendimento a pacientes com Covid-19, divulgado em 26 de janeiro de 2021, no site da referida agência, aponta que a mediana de gasto diário em UTI Covid-19 foi de R$ 2.135,00 (dois mil, duzentos e trinta e quatro reais), valor que segundo os consultores que realizaram a pesquisa não engloba os custos com serviços de diagnóstico ou atendimentos multidisciplinares.

Isto posto, compreende-se que o parco crescimento do setor privado na oferta complementar dos leitos de UTI Covid-19 SUS, pode estar relacionado à compreensão de insuficiência de recursos repassados pelo SUS, comparado aos gastos diários por paciente, conforme indicado nos estudos acima apresentados.

Contudo, também chamamos a atenção aos fatos de que: 1. Apesar de as Organizações Sociais (OS) terem sido inseridas na Tabela de Natureza Jurídica desde o ano de 2014, classificadas como entidades sem fins lucrativos – com o Código de Natureza 330-1, foi identificado que os hospitais que por elas são geridos, não são classificados com o referido código - em sua maioria são classificados com os códigos: 102-3 Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal,103-1 Órgão Público do Poder Executivo Municipal e 115-5 Órgão Público do Poder Executivo Federal; 2. Os Hospitais Universitários que são gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH, são classificados com o código de natureza 114-4, concernente às Autarquias Federais.

---

[31] Disponível em: https://planisa.com.br/site/covid-19-custo-mediano-de-diaria-em-uti-e-de-r-2-234/#

Logo, na pesquisa aqui desenvolvida, apesar de compreendermos os novos modelos de gestão pertencentes ao setor privado, a classificação desses a partir da Tabela de Natureza Jurídica, nos impôs considerar os hospitais geridos por OSs e pela EBSERH como sendo “público” - uma vez que são oficialmente classificados dessa forma -, o que nos permite afirmar que os números referentes ao setor privado são ainda maiores, do que foi identificado.

Decerto, o setor privado contratado recebeu um volume significativo de recursos públicos para ampliação e manutenção de sua rede de atendimento, a fim de complementar os serviços do SUS - o que, porventura, possa ter se consolidado como um mecanismo de manutenção de sua lucratividade a partir do financiamento público, conforme apontado por Fontes (2020), ao afirmar que os desdobramentos do ultraneoliberalismo, desnudam sua incontestável face de defesa da propriedade do capital e sua avidez pela extração de lucro, ainda que seja necessário desalentar as massas trabalhadoras.

A seguir, chamamos atenção aos números dos leitos de UTI Covid-19 quando analisados a partir do banco de dados do CNES, unicamente pelas variáveis “SUS” e “Não SUS, conforme tabela a seguir:

Tabela 4: Quantidade de leitos UTI COVID-19 no Brasil – 2020-2021 – SUS e Não SUS

ANO	ATENDIMENTO	UTI ADULTO II COVID	UTI PEDIÁTRICA II COVID	TOTAL
2020	SUS	8.988	84	9.072
	NÃO SUS	10.871	595	11.466
	TOTAL	19.859	679	20.538
2021	SUS	15.829	365	16.194
	NÃO SUS	8.730	313	9.043
	TOTAL	24.559	678	25.237

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES Elaboração: Própria

A análise da Tabela 4, nos aponta que no primeiro ano da Pandemia de Covid-19, os registros no CNES, somando leitos SUS e Não SUS, contabilizaram um total de 20.538 (vinte mil, quinhentos e trinta e oito) leitos SUS de UTI Covid-

19, para tratamento exclusivo à Covid-19, no Brasil. Sendo 9.072 (nove mil e setenta e dois) no setor público, que equivale à 44% e 11.466 (onze mil, quatrocentos e sessenta e seis) no setor privado, o equivalente à 56% - 2.394 (dois mil, trezentos e noventa e quatro) leitos a mais que no setor público.

Em 2021, observa-se uma mudança significativa de cenário, quando os dados são comparados com o ano anterior. Somados os leitos SUS de UTI leitos SUS e Não SUS, foi registrado um total de 25.237 (vinte e cinco mil, duzentos e trinta e sete), sendo 16.194 (dezesseis mil, cento e noventa e quatro) ou 64% no setor público e 9.043 (nove mil, e quarenta e três) no setor privado, ou 36%.

Apercebe-se, que no ano inicial da pandemia (2020), maior parte dos leitos de UTI Covid-19 era voltado aos atendimentos Não SUS - de domínio da saúde suplementar e privada não estando, assim, disponíveis a pacientes exclusivos do Sistema Único de Saúde -, com uma significativa diferença de 2.394 (dois mil, trezentos e noventa e quatro) leitos, quando comparado ao quantitativo de leitos UTI SUS – disponíveis tanto a usuários exclusivos da rede pública, quanto aqueles usuários da rede privada de saúde.

Cenário que se inverte no ano seguinte (2021), quando os leitos de atendimento SUS passaram a ser predominantes, apresentando uma diferença de mais de 7 (sete) mil leitos, quando comparado aos leitos Não SUS.

Ao considerarmos os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, identificamos que no ano de 2020, o Brasil tinha uma população estimada de 211,8 milhões de habitantes e o quantitativo de cerca de 47,4 milhões de beneficiários de planos privados de saúde – o que implica dizer que no referido ano, o país apresentava 78% de sua população dependente exclusivamente dos serviços do SUS, enquanto 22% era usuária dos serviços da saúde suplementar. O que evidencia a significativa desigualdade de acesso ao tratamento intensivo, por parte da população que dependia exclusivamente dos serviços do SUS, uma vez que a maior parte dos leitos especializados de UTI, estavam no setor privado, ofertados exclusivamente aos usuários dos planos privados de saúde.

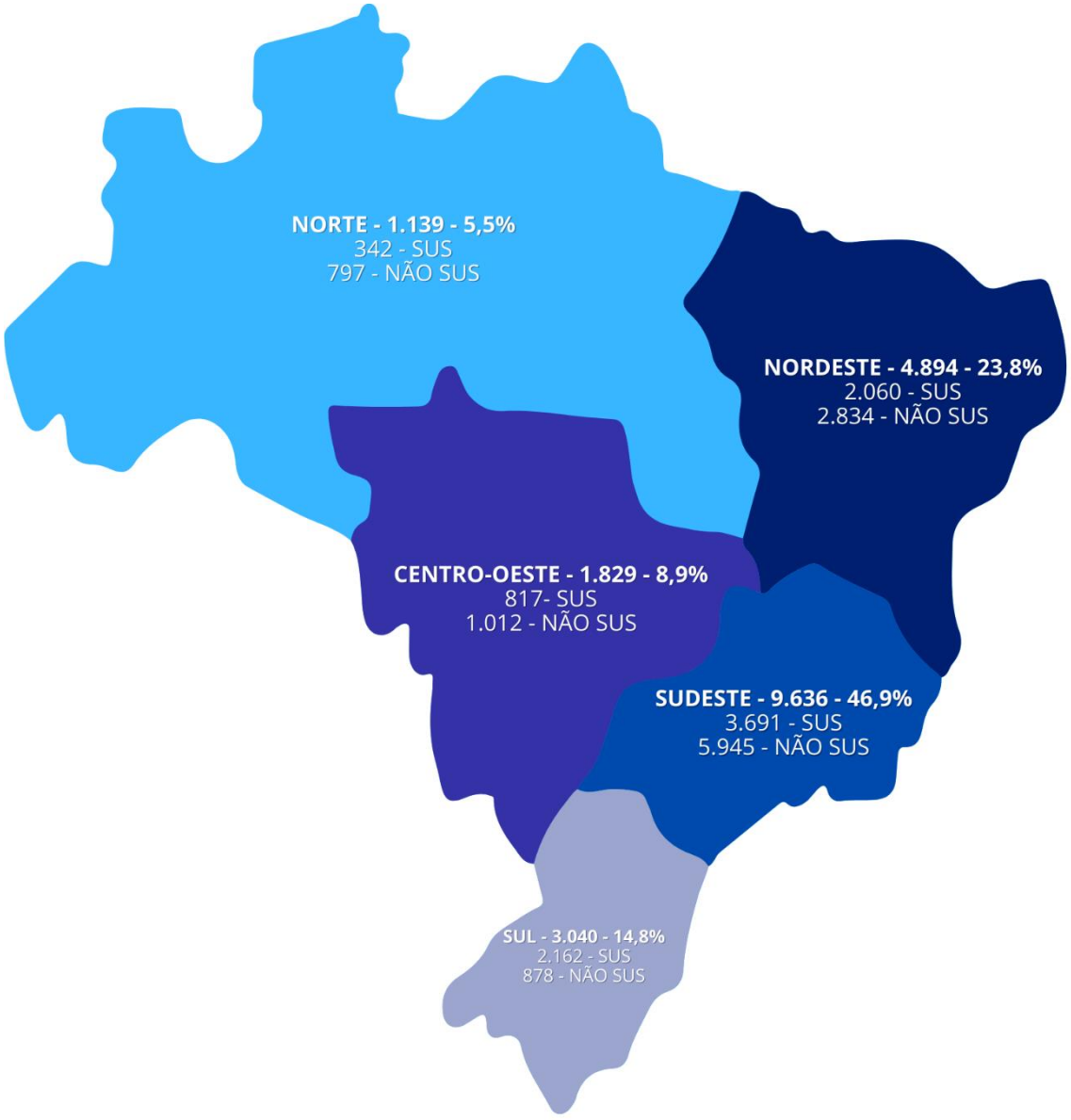
No ano de 2021, a estimativa populacional do país era de 212,7 milhões e de usuários de planos privados de saúde era aproximadamente 48,9 milhões, o que equivale a 23% de usuários de saúde suplementar e 77% usuários exclusivos do SUS.

Observa-se que, apesar do aumento dos beneficiários de saúde suplementar nos dois primeiros anos do período pandêmico, contraditoriamente, o que houve no âmbito do setor privado foi a redução do quantitativo de leitos de UTI, para o tratamento da doença, ofertado a seus usuários no decorrer do período mais intenso de propagação e adoecimento de Covid-19, conforme exposto na Tabela 4.

Identifica-se ainda, significativa desproporção na oferta dos leitos de UTI, durante o ano de 2020 - período mais crítico da pandemia no Brasil, em que 56% dos leitos de UTI exclusivos ao tratamento de Covid-19 Não SUS, estavam disponíveis para 22% da população que utilizava os serviços de saúde suplementar, enquanto os leitos SUS equivalente à 44%, eram ofertados aos 78% da população usuária exclusivamente do SUS.

Quando passamos a analisar a disponibilidade dos leitos UTI Covid-19 SUS e Não SUS, fazendo o recorte na variável Região, obtemos os dados apresentados a seguir, nas Figuras 2 e 3.

Figura 2: Quantidade de leitos UTI Covid-19 no Brasil – 2020 – SUS e Não SUS - Por Região



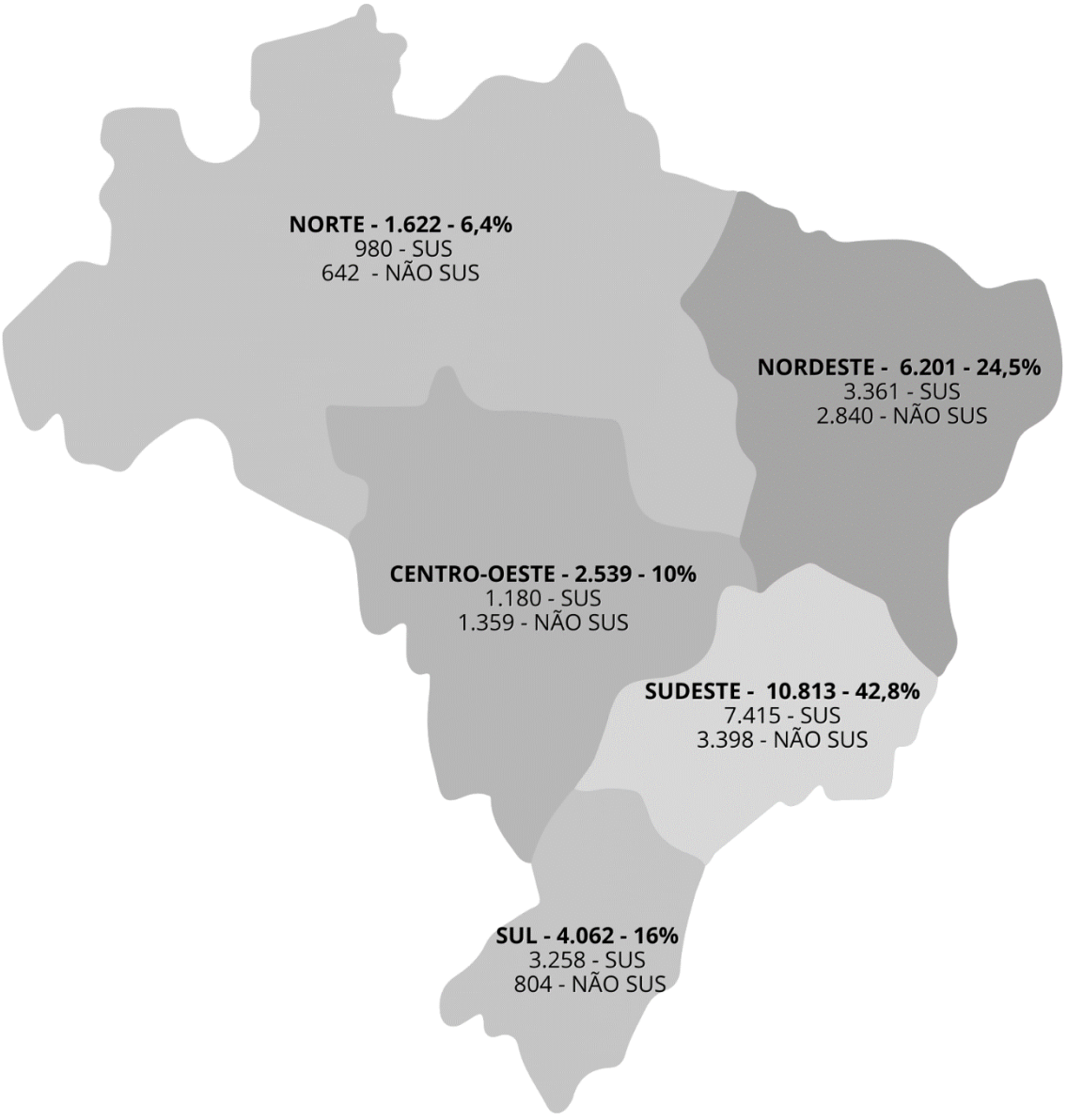
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES Elaboração: Própria

A Figura 2, relacionada ao ano de 2020, nos mostra que no referido ano, apenas a região Sul do Brasil apresentou uma quantidade de leitos UTI Covid-19 SUS maior que a quantidade Não SUS. Nas demais regiões, a oferta de leitos UTI Covid-19 Não SUS foi significativamente superior à oferta do SUS.

Em linhas gerais, o percentual correspondente ao total de leitos UTI Covid-19 (SUS e Não SUS) ofertado no ano de 2020 em cada região brasileira,

apresentou-se da seguinte forma: Norte – 5,5%; Nordeste – 23,8%; Sudeste – 46,9%; Sul – 14,8%; e, Centro-Oeste – 8,9%.

Figura 3: Quantidade de leitos UTI Covid-19 no Brasil – 2021 – SUS e Não SUS - Por Região



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES Elaboração: Própria

Quando observamos os dados contidos na Figura 3, identificamos que no ano de 2021, com exceção da região Centro-Oeste, todas as outras regiões do Brasil apresentaram maior oferta de leitos UTI Covid-19 SUS, em relação à oferta Não SUS.

Por sua vez, o ano de 2021 apresentou o percentual correspondente ao total de leitos UTI Covid-19 em cada região brasileira, não muito distinta do ano anterior, a saber: Norte – 6,4%; Nordeste – 24,5%; Sudeste – 42,8%; Sul – 16%; e, Centro-Oeste – 10%.

Identifica-se, que, embora o índice populacional da Região Norte[32], seja maior do que o da Região Centro-Oeste[33], tanto no ano de 2020, quanto no ano de 2021, a Região Centro-Oeste apresentou um volume maior de leitos UTI Covid-19, comparado ao volume apresentado pela Região Norte.

A análise dos dados expostos no presente item, nos permite constatar que nas quatro primeiras fases da pandemia de Covid-19 no Brasil (que compreende todo o ano de 2020 e início de 2021, conforme segmentação da Fiocruz apontada no capítulo anterior), período de maior tensão, caracterizado pelas duas ondas de transmissão do SARS-CoV-2, com altos índices de adoecimentos graves e óbitos, também marcado pelo colapso do sistema de saúde no estado do Amazonas - em que milhares de pessoas morreram por falta de acesso aos serviços de saúde intensiva e por falta de oxigênio -, o setor privado era o detentor majoritário dos leitos de UTI exclusivos para o tratamento da doença.

Considerando a recomendação da OMS que estabelece a quantidade de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes como ideal, a partir do recorte exclusivo dos leitos de UTI Covid-19 trazemos a relação estabelecida entre o quantitativo de leitos disponíveis (SUS e Não SUS) para cada 10 mil habitantes, também nos anos de 2020 e 2021, de acordo com o quantitativo de usuários/usuárias em cada setor, conforme exposto nas tabelas 5 e 6.

---

[32] Segundo o IBGE, a estimativa populacional para a região Norte, em 2020 e 2021, foi respectivamente de: 18.672.591 e 18.906.962 habitantes. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf e https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf

[33] Segundo o IBGE, a estimativa populacional para a região Centro-Oeste, em 2020 e 2021, foi respectivamente de: 16.504.3303 e 16.707.336 habitantes. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf e https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf

Tabela 5. Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2020 – SUS e Não SUS - Por Região

Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2020 – SUS e Não SUS									
REGIÃO	**POPULAÇÃO (MI)**	**LEITOS**	**RELAÇÃO**	**USUÁRIOS EXCLUSIVOS SUS**	**LEITOS SUS**	**RELAÇÃO SUS**	**USUÁRIOS SAÚDE SUPLEMENTAR**	**LEITOS NÃO SUS**	**RELAÇÃO NÃO SUS**
BRASIL	213,2	20.538	**0,96**	164,2	9.072	**0,55**	47,4	11.466	**2,42**
NORTE	18,6	1.139	**0,61**	16,9	342	**0,20**	1,7	797	**4,69**
NORDESTE	57,3	4.894	**0,85**	50,7	2.060	**0,41**	6,5	2.834	**4,36**
CENTRO-OESTE	16,5	1.829	**1,11**	13,1	817	**0,62**	3,3	1.012	**3,07**
SUDESTE	89	9.436	**1,06**	60,1	3.691	**0,61**	28,8	5.945	**2,06**
SUL	30,1	3.040	**1,01**	23,3	2.162	**0,93**	6,8	878	**1,29**

Fontes: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Instituto de Geografia e Estatísticas - IBGE
Elaboração: Própria

Tabela 6: Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2021 – SUS e Não SUS - Por Região

Relação leitos UTI Covid-19 x 10 mil habitantes no Brasil – 2021 – SUS e Não SUS									
REGIÃO	**POPULAÇÃO (MI)**	**LEITOS**	**RELAÇÃO**	**USUÁRIOS EXCLUSIVOS SUS**	**LEITOS SUS**	**RELAÇÃO SUS**	**USUÁRIOS SAÚDE SUPLEMENTAR**	**LEITOS NÃO SUS**	**RELAÇÃO NÃO SUS**
BRASIL	214,3	25.237	**1,8**	164,4	16.194	**0,99**	48,9	9.043	**1,85**
NORTE	18,9	1.622	**0,86**	17	980	**0,58**	1,8	642	**3,57**
NORDESTE	57,6	6.201	**1,08**	50,8	3.361	**0,66**	6,8	2.840	**4,18**
CENTRO-OESTE	16,7	2.539	**1,52**	13,2	1.180	**0,89**	3,4	1.359	**4**
SUDESTE	89,6	10.672	**1,19**	59,9	7.415	**1,24**	29,6	3.398	**1,15**
SUL	30,4	4.062	**1,34**	23,3	3.258	**1,40**	7	804	**1,1,5**

Fontes: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Instituto de Geografia e Estatísticas - IBGE
Elaboração: Própria

Em linhas gerais ao observamos na tabela 5 que em todo território nacional, o ano de 2020 apresentou o valor de 0,96 leitos de UTI Covid-19 para cada 10mil habitantes – valor abaixo do recomendado pela OMS. Contudo, ao analisarmos por região, temos que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, apresentaram essa relação maior que 1 (respectivamente: 1,11 – 1,06 – 1,01), enquanto as regiões nordeste e norte, não chegaram a atingir o valor mínimo considerado como ideal (apresentando o Nordeste, o valor de 0,85 e o Norte, 0,61).

Quando evidenciamos os leitos UTI Covid-19 Exclusivos SUS e Não SUS, observamos, a nível nacional, o valor geral de 0,55 leitos setor público e de 2,42 leitos no setor privado, para cada 10 mil habitantes, em 2020. Por região, temos: Norte – 0,20 Exclusivo SUS e 4,69 Não SUS; Nordeste – 0,41 Exclusivo SUS e 4,36 Não SUS; Centro-oeste – 0,62 Exclusivo SUS e 3,07 Não SUS; Sudeste – 0,61 Exclusivo SUS e 2,06 Não SUS; e, Sul – 0,93 Exclusivo SUS e 2,42 Não SUS. Assim, identificamos que em 2020 nenhuma das cinco regiões do país atingiu a quantidade mínima de leitos de UTI para cada 10mil habitantes no que diz respeito aos leitos Exclusivos do SUS.

Por outro lado, nota-se que a relação de leitos de UTI Covid-19 para cada 10mil habitantes foi substancialmente maior no setor Não SUS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, em que os leitos privados apresentaram uma relação de 4,69 e 4,36 leitos de UTI Covid-19 para cada 10 mil habitantes, enquanto os leitos Exclusivos SUS apresentaram a relação de 0,20 e 0,41, respectivamente. Observa-se ainda, que a região Sul, embora também tenha apresentado uma relação de leitos Exclusivos SUS, inferior ao preconizado pelas autoridades em saúde, foi a região em que essa relação não se apresentou de forma tão desigual, onde no âmbito Exclusivo SUS apresentou a relação de 0,93 leitos de UTI Covid-19 para cada 10 mil habitantes e no âmbito Não SUS, 1,29. Por sua vez, a região Norte mostrou maior desigualdade nessa relação, apresentando o quantitativo de 0,20 leitos de UTI Covid-19 Exclusivos SUS para cada 10 mil habitantes, e o quantitativo de 4,69 leitos de UTI Covid-19 para cada 10 mil habitantes, no âmbito Não SUS.

No que diz respeito ao ano de 2021, observa-se que o Brasil apresentou 1,18 na relação geral entre leitos UTI Covid-19 para 10 mil habitantes – valor dentro da margem ideal, conforme recomendação da OMS. Contudo, a relação

no âmbito do SUS se apresentou abaixo do recomendado, com 0,99, enquanto o Não SUS apresentou 1,85. Ao observarmos tal relação por região, obtemos: Norte – 0,58 Exclusivo SUS e 3,57 Não SUS; Nordeste – 0,66 Exclusivo SUS e 4,18 Não SUS; Centro-oeste – 0,89 Exclusivo SUS e 4 Não SUS; Sudeste – 1,24 Exclusivo SUS e 1,15 Não SUS; e, Sul – 1,4 Exclusivo SUS e 1,15 Não SUS.

Embora a desproporcionalidade na relação de leitos Exclusivos SUS e Não SUS, para cada 10 mil habitantes, tenha diminuido – quando comparado ao ano anterior -, observa-se que no que diz respeito aos leitos de UTI Covid-19 Exclusivos SUS, com exceção das regiões Sudeste e Sul, as demais permaneceram com o quantitativo de leitos abaixo do recomendado pela OMS. E, no que tange aos leitos Não SUS, todas as regiões mantiveram a relação dentro dos padrões aceitáveis, com destaque para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que conforme o ano anterior, seguiram com o quantitativo acima do recomendado pelas autoridades em saúde.

Destarte, chamamos atenção que embora a expansão e oferta de leitos UTI Covid-19 tenha se dado majoritariamente no âmbito do SUS, conforme verificado anteriormente, quando analisamos tal oferta a partir do quantitativo de usuários/usuárias da saúde suplementar e usuários/usuárias exclusivos/exclusivas SUS, torna-se evidente a descomedida desproporcionalidade da oferta de leitos, diante do universo de usuários/usuárias para os/as quais esses leitos estavam disponíveis, de forma que a relação estabelecida entre a quantidade total de Leitos SUS para cada 10 mil usuários/usuárias exclusivos/exclusivas do SUS, tanto no ano de 2020 quanto no ano de 2021, apresentou um irrisório valor, quando comparada à disponibilidade dos leitos de UTI Covid-19 Não SUS para cada 10 mil usuários da saúde suplementar. Fato que nos coloca o inequívoco pressuposto de que a adoção da unificação da fila para acesso aos leitos de UTI Covid-19, no decorrer do período mais crítico da pandemia no Brasil, teria contribuído para a ampliação do acesso da população ao tratamento especializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado no estudo aqui desenvolvido oportunizou importantes aproximações que se relacionam ao objeto em análise, possibilitando melhor apreensão acerca dos interesses do capital na política de saúde brasileira, suas estratégias de expansão e lucratividade que incidem no desmonte das políticas públicas, em particular na de saúde. Esse percurso permitiu, principalmente, a compreensão da forma como se estabeleceu a relação entre os setores público e privado de saúde, no que diz respeito à oferta dos leitos de UTI para o tratamento da Covid-19 no Brasil.

Observou-se que a política de saúde brasileira, a partir de 1990, vem sofrendo fortemente os impactos da implementação de contrarreformas orientadas por organismos financeiros internacionais, os quais apontam medidas a serem seguidas - como a desregulação do Estado, focalização, privatização e mercantilização das políticas públicas, em especial a da saúde, bem como a utilização do fundo público para o financiamento do pagamento dos juros e amortização da dívida externa e da ampliação do setor privado na saúde.

A implantação dessas contrarreformas pelo Estado brasileiro ataca frontalmente os princípios do SUS e tem colocado em xeque os pressupostos do Projeto de Reforma Sanitária – que defendia o fortalecimento do setor público e estatização progressiva da saúde, com alocação exclusiva do fundo público no setor público estatal.

As incisivas investidas do capital no fundo público da saúde vão assegurar que ações estatais atuem numa perspectiva de garantir ao capital condições favoráveis para seu pleno desenvolvimento, nem que para isso os gastos sociais sejam cortados e/ou destinados ao pagamento dos juros e amortização da dívida externa e mesmo para salvaguardar o fortalecimento do setor privado, incidindo assim no crônico subfinanciamento da política de saúde no Brasil - que se agudiza com a ascensão de governos de extrema direita e ultraneoliberal, e posteriormente com os impactos da pandemia de Covid-19.

Identificou-se que o negacionismo e a inércia do governo federal frente à pandemia de Covid-19 foram decisivos para que inúmeras vidas fossem perdidas. A significativa taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil apresentou forte caráter de classe, raça e gênero, em que uma pessoa preta e analfabeta tinha

3,8 vezes mais chances de morte por Covid-19, do que uma pessoa branca com nível superior, conforme apontado por Correia e Alves (2021).

O estudo aqui desenvolvido evidenciou também que, mesmo no período mais crítico da pandemia, o setor privado da saúde encontrou condições favoráveis ao seu fortalecimento, impulsionado por ações e estratégias fomentadas pelo Governo Federal, a partir da ampliação de concessões e incentivos financeiros aos planos privados, com a entrega da gestão dos hospitais de campanha para OSs, com a filantropização das respostas à Covid-19 e também com a complementaridade invertida - através da venda dos serviços de produção ambulatorial e procedimentos hospitalares para o SUS.

Identificou-se que nos anos de 2020 e 2021 a complementaridade invertida destinou ao setor privado por meio da compra de serviços referentes a procedimentos ambulatoriais o montante de 21.596.004.390,81 (vinte e um bilhões, quinhentos e noventa e seis milhões, quatro mil, trezentos e noventa reais e oitenta e um centavos), uma diferença de mais de 4bi, comparado aos 17.405.561.598,43 (dezessete bilhões, quatrocentos e cinco milhões, quinhentos e sessenta e um mil, quinhentos e noventa e oito reais e quarenta e três centavos) que foram aplicados no setor público.

No que diz respeito à compra de serviços relacionados à produção hospitalar, observou-se, também nos anos de 2020 e 2021, o valor de 20.939.361.710,45 (vinte bilhões, novecentos e trinta e nove milhões, trezentos e sessenta e um mil, setecentos e dez reais e quarenta e cinco centavos) repassados para o setor privado, enquanto ao setor público foi destinado o montante de 17.819.830.628,10 (dezessete bilhões, oitocentos e dezenove milhões, oitocentos e trinta mil, seiscentos e vinte e oito reais e dez centavos), 3bi a menos que o setor privado.

Assim, considerando o fato de que no âmbito da produção ambulatorial e dos procedimentos hospitalares, durante o período mais crítico da pandemia de de Covid-19, houve a manutenção da inversão da complementaridade, em que mais de 50% dos recursos públicos foram destinados à compra de serviços privados de produção ambulatorial e procedimentos hospitalares, nota-se que esses serviços continuaram a ser lucrativos ao setor privado, principalmente aqueles voltados à alta complexidade que demandam maior aporte de recursos financeiros e tecnológicos.

Evidencia-se que vem se consolidando, mesmo no período de pandemia, em que os serviços do SUS mostraram-se insubstituíveis para a garantia do atendimento indiscriminado a toda e qualquer pessoa que necessitar, é a permanência do fortalecimento e ampliação do setor privado através da compra de serviços, no lugar da ampliação da rede pública. Com isso, concretiza-se a continuidade do modelo de saúde assistencial-privatista dos anos da ditadura – caminho inverso ao preconizado no Projeto de Reforma Sanitária que defendia a alocação do fundo público exclusivo no setor público, para sua ampliação.

Entretanto, observa-se que tal tendência de sobreposição da compra de serviços privados, em detrimento à ampliação dos serviços públicos, não se manteve na oferta dos leitos de unidades de terapia intensiva exclusivos ao tratamento da Covid-19. A análise dos dados referentes aos leitos de UTI Covid-19 nos traz ao debate que, muito embora a ampliação dos leitos de terapia intensiva tenha se dado no âmbito do setor público, o setor privado recebeu um volume significativo de recursos públicos para ampliação e manutenção de sua rede de atendimento, a fim de complementar os serviços do SUS.

Nesse sentido, apontamos aqui duas justificativas que podem estar relacionadas a majoritária expansão dos leitos de terapia intensiva no âmbito SUS: a primeira, relaciona-se ao fato de que o valor repassado pelo SUS, não compensava os custos com o tratamento da Covid-19, motivo que levou o setor privado a recuar na venda de seus leitos, uma vez que os gastos exacerbados colocavam em xeque a garantia do lucro - logo, com o agravamento da pandemia, o atendimento aos pacientes com Covid-19 em unidades de tratamento intensivo foi se mostrando oneroso ao setor privado e o fez recuar na venda dos leitos, para não por em xeque sua taxa de lucratividade; a segunda, diz respeito à reserva de leitos aos/as clientes ou assegurados da saúde suplementar, uma vez que a limitação da capacidade instalada do setor privado, impossibilitava a continuidade de venda dos leitos ao SUS e a disponibilidade de leitos aos/às seus/suas usuários/usuárias de forma simultânea.

O fato é que as duas motivações apontam para um denominador comum: o lucro acima da vida. O setor privado em saúde utilizou-se da cobertura universal do SUS como retaguarda para garantir o atendimento aos/as assegurados/as da saúde suplementar, quando seus leitos foram insuficientes. Mas, recuou quando o assunto foi a utilização de seus leitos para o atendimento

de pacientes não conveniados, através da unificação da fila de acesso à UTI, ainda que em determinados momentos tenha ficado com leitos ociosos, enquanto o SUS já estava em colapso em alguns estados.

O posicionamento contrário à adoção da fila única, do então Ministro da Saúde Nelson Teich, evidenciou a preocupação com a manutenção dos lucros do setor privado, em detrimento às vidas que eram perdidas por falta de atendimento às pessoas que desenvolviam o quadro grave da Covid-19 e necessitavam de tratamentos intensivos, defendendo os interesses do setor privado, embora a vida de milhares de brasileiros/brasileiras estivesse em xeque.

Em linhas gerais, constatou-se que a majoritária ampliação dos leitos de UTI Covid-19 no âmbito do SUS não foi o suficiente para romper com as barreiras da desigual oferta dos referidos leitos aos/as usuários/usuárias acometidos/acometidas pela forma grave Covid-19.

Assim, na pesquisa aqui desenvolvida foi identificado que no primeiro ano de pandemia, menos da metade dos leitos de UTI Covid-19 - cerca de 44,17% - estavam disponíveis à ¼ da população (valores relacionados aos leitos Não SUS), enquanto os outros 55,83% dos leitos eram disputados por ¾ da população (valores relacionados aos leitos Exclusivos SUS). Tais valores se mostram mais díspares quando comparamos os quantitativos das regiões de forma isolada, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas com a escassez de leitos de unidades de terapia intensiva para tratamento exclusivo à Covid-19 – que, não por acaso, foram as regiões que apresentaram o colapso no sistema de saúde anterior às demais regiões, como os emblemáticas situações nos estados do Amazonas e Maranhão, que tiveram que transferir seus pacientes para outros estados, para assegurar-lhes a devida assistência.

Os dados aqui demonstrados, expõem que o Brasil apresentou uma relação de quantidade de leitos UTI exclusivos ao tratamento da Covid-19 disponíveis para cada 10mil habitantes, nos padrões aceitáveis pela OMS, somente no segundo ano de pandemia. Contudo, a análise de tal relação realizada de forma a diferenciar a oferta Exclusiva SUS e a Não SUS, nos impõe uma desmedida diferença entre os dois setores, na qual, a oferta no âmbito privado torna-se maior, devido à menor quantidade de usuários/usuárias – no ano de 2020, enquanto 56% dos leitos de UTI Covid-19 (leitos Não SUS) estavam disponíveis apenas para 22% da população (clientes da saúde

suplementar), os outros 44% dos leitos de UTI Covid-19 (exclusivos SUS) eram disponibilizados para 78% da população que dependia exclusivamente dos serviços do SUS.

Diante de caótico cenário de objetificação da vida humana e supervalorização do lucro do setor privado de saúde, as lutas sociais em defesa dos princípios contidos no Projeto de Reforma Sanitária, bem como em defesa da vida, tornam-se ainda mais essenciais e apresentam-se como resistência ao crônico desmonte e desfinanciamento da política de saúde no Brasil, e escancaram a necessidade de assegurar que a vida esteja acima de lucro.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Dossiê Abrasco - Pandemia de COVID-19.** – ABRASCO -, Rio de Janeiro, 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Editora Cortez. São Paulo. 2011.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Crise do capital e fundo público**. São Paulo: Cortez Editora, 2019. p. 67-89.

BEHRING, E.; CISLAGHI, J. F.; SOUZA, G. **Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social.** In: BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas Sociais e Ultraneoliberalislmo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti**. Fundo público, valor e política Social**. - 1. ed. - São Paulo: Cortez, 2021.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social**. In: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. Crise do capital e fundo público. São Paulo: Cortez, 2019. p. 67-89.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado: **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. 1995.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e manutenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Nota Técnica no 4/2020**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/COVID_19/Nota_Tecnica_n_4_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf

BRASIL. **Lei no13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019**. Brasília, DF, fev 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 026 de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020

BRASIL. Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020. **Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às santas casas e hospitais filantrópicos, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no combate à pandemia da Covid-19.** Brasília, 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia.** Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc106.htm

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde: Comissão de Orçamento e Financiamento – Cofin.** Brasília. 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde: Comissão de Orçamento e Financiamento – Cofin**. Brasília. 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_17022022.pdf

BRASIL. **CPI da Pandemia** – Senado Federal. Brasília, 2021.

BRAVO, Maria Inez Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Política de Saúde no Governo Lula**. In: Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

BRAVO, Maria Inez Souza. **El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional**. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. - Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. -Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, cap. 5, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** – 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria I. S. MENEZES, Juliana S. Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: Cadernos da Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inez Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** – 1. ed. – São Paulo: Editora Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jun. 2020.

BRETTAS, Tatiana. **Dívida Pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público**. In: SALVADOR, Evilásio et al. Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez, 2012.

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo Dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo Dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Temporalis, Brasília (DF), ano 17, n. 34, jul./dez. 2017.

CALIL, Gilberto Grassi. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. **O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia.** 2020. 22f. (Artigo) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), 2020. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1368/preprint/view/1368.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano: I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS?** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Privatização da Saúde na Atualidade**. Anais do XIII ENPESS - Acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão, Vol. 1, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde**. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. dos (Org.) Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2017.

CORREIA, M V C, e SILVA, C M T R da. **A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil: lucro acima da vida.** In: CORREIA, M V C e LIMA, A S. (Orgs) Pandemia, Determinações da Saúde e Enfrentamento da COVID-19: o lucro acima da vida. Maceió: Edufal, 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa; ALVES, Pamela Karoline Lins. **Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos?** In: Pandemia, Determinações da Saúde e Enfrentamento da COVID-19:o lucro acima da vida, orgs. Maria Valéria C. Correia e Aruã Silva de Lima. Maceió: Edufal, 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Ofensiva do Capital e a Necessária Defesa da Saúde Pública e ESTATAL**. Temporalis. Revista n. 43, Brasília (DF), p. 72-89. 2022.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais.** In.: BRAVO, M. I. S [et.al.] Humanidades e Inovações – Política de saúde e lutas sociais em tempos de Pandemia da Covid-19. Palmas. V.8, n.35. 2021.

DAVIS, Mike. et al: **Coronavírus e a luta de classes**. Terra sem Amos: Brasil, 2020.

DEMIER, Felipe. **Burguesia e pandemia: notas de conjuntura sobre neofascismo e ultraneoliberalismo no Brasil de Bolsonaro**. In.: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

FATORELLI, Maria Lúcia; ÁVILA, Rodrigo. **Gasto com Dívida Pública sem contrapartida quase dobrou em 2019 a 2021**. Disponível em: https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gasto-com-divida-publica-sem-contrapartida-quase-dobrou-de-2019-a-2021/. Acesso em 25/06/2022.

FREIRE, Silene de Moraes; CORTES, Thaís Lopes. **Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão.** In: BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas Sociais e Ultraneoliberalislmo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

GRANEMANN, S. **Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital.** In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] Política de saúde na atual conjuntura:

modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

HARVEY, David. **O neoliberalismo:** história e implicações. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

MADEIRO, Carlos. **AM: Hospitais militares fazem reserva e 72% de leitos de covid ficam vagos.** 2021. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/11/am-hospitais-militares-ignoram-fila-e-60-de-leitos-para-covid-ficam-vagos.htm

MAZZA, Luigi; SALOMON, Marta. **Dinheiro público, privilégio militar.** 2021. Disponível em: https://piaui.folha.uol.com.br/dinheiro-publico-privilegio-militar/

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Tese de Doutorado em Sociologia e Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: 2003.

MENEZES, J.S.B (org.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

MEDEIROS, Silvana Márcia Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira**. Tese de Doutorado da Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Serviço Social, Recife, 2008.

MENDES, Áquilas, e CARNUT, Leonardo. **Crise do Capital, Estado e Neofacismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária.** In: Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. [et. al.] **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. – 4. ed. – Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MORETTI, Bruno; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FUNCIA, Francisco; et al. **Sangrando o SUS**. Focus Brasil, v. 50, 2022. Disponível em: https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2022/03/20/sangrando-o-sus/

PANIAGO, Maria Cristina Soares. **Keynesianismo, neoliberalismo e os antecedentes da "crise" do Estado**. In: PANIAGO, Maria Cristina Soares (Org.). Marx, Mészáros e o Estado. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

SALVADOR, Evilásio. ***Fundo público e seguridade social no Brasil***. São Paulo; Cortez 2010. SALVADOR, Evilásio. [et al.]. ***Financeirização. Fundo público e política social.*** – São Paulo: Cortez, 2012.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil.** In.: Serv. Soc. Rev., Londrina, V. 14, N.2, P. 04-22, JAN/JUN 2012.

SANTOS, Liliam dos Reis Souza. **A Regulação na Saúde e o Fortalecimento do Setor Privado sob a Orientação do Banco Mundial**. Paco Editorial. Jundiaí, 2011.

SILVA, Giselle Souza da. ***Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise.*** In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

TEIXEIRA, Sônia Fleuri; [et al.]. ***Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.*** – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2011.

Tonet, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. – São Paulo: Instituto Lukács, 2013.