

A INTENSIFICAÇÃO DAS PRIVATIZAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO TOCANTINS

THE INTENSIFICATION OF PRIVATIZATION IN HEALTH POLICY IN THE FACE OF THE COVID-19 PANDEMIC IN THE STATE OF TOCANTINS

Alana Barbosa Rodrigues 1

Clarissa Alves Fernandes de Menezes 2

Elisane Barros de Sousa 3

Maria Helena Cariaga 4

Vanda Micheli Burginski 5

Resumo: Este artigo apresenta uma pesquisa exploratória sobre a intensificação das privatizações da política de saúde durante a pandemia da Covid-19 no estado do Tocantins. Foram analisados os documentos do governo do estado, relacionados à saúde e a pandemia da Covid-19 publicados no Diário Oficial do Estado do Tocantins, entre o período de 01 de março a 30 de setembro de 2020. Este estudo evidencia que as privatizações não clássicas se intensificaram no período da pandemia da Covid-19 e se combinam às tentativas de privatizações mais radicais em direção à destruição de todas as políticas sociais brasileiras, em especial o Sistema Único de Saúde (SUS), que marcam o governo Bolsonaro. Observou-se com essa pesquisa exploratória um deslocamento dos gastos da saúde para o setor privado, alargando a influência das Organizações Sociais (OSs) em relação a seu protagonismo no enfrentamento à pandemia da Covid-19 em território tocantinense.

Palavras-chave: política de saúde. privatização do SUS. pandemia da Covid-19. estado do Tocantins

Abstract: This article presents an exploratory research on the intensification of health policy privatizations during the Covid-19 pandemic in the state of Tocantins. The state government documents related to health and the Covid-19 pandemic published in the Official Gazette of the State of Tocantins, between the period of March 1 to September 30, 2020, were analyzed. This study shows that non-classic privatizations intensified during the Covid-19 pandemic period and are combined with more radical privatization attempts towards the destruction of all Brazilian social policies, especially the Unified Health System (SUS), which marks the Bolsonaro government. With this exploratory research, a shift in health spending towards the private sector was observed, widening the influence of Social Organizations (OSs) in relation to their role in facing the Covid-19 pandemic in Tocantins territory.

Keywords: health policy. privatization of SUS. Covid-19 pandemic. state of Tocantins.

Assistente Social no Hospital Público Geral (HGP) de Palmas, Tocantins. 1
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e
mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade
Federal do Tocantins (UFT). Integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e
Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social (GEPOSS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7681-1390>. E-mail: alanaarodrigues88@gmail.com

Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de 2
Janeiro (UERJ). Docente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do
Tocantins (UNITINS). Pesquisadora do GEPOSS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3412-6977>. E-mail: clarissaafm@gmail.com

Graduação em Serviço Social (UFT). Mestranda pelo Programa de 3
Pós-graduação em Serviço Social da UFT. Integrante do GEPOSS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4580-1226>. E-mail: helyzani@gmail.com

Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Docente do curso de 4
Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFT.
Pesquisadora do GEPOSS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8829-6437>.
E-mail: mhcariaga@uft.edu.br

Doutora em Política Social pela UnB. Docente do curso de Serviço 5
Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFT. Líder do
GEPOSS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2866-5309>.
E-mail: burginski@uft.edu.br

Introdução

Inicialmente a pandemia da Covid-19 foi interpretada como uma ameaça societária, no sentido de que, supostamente, todos correriam os mesmos riscos de contraírem a doença. Estaríamos frente a uma iminente catástrofe humanitária sem precedentes e, que, por conseguinte, não seria determinada pelas desigualdades de classe, territórios, fronteiras, sem distinção de raça/etnia e etc. Trata-se de uma interpretação baseada no princípio liberal de igualdade formal, transformada em senso comum, que não possui lastro com a realidade concreta.

Concretamente, essa crise sanitária escancarou, ainda mais, a agressividade do capital contra a classe trabalhadora, as determinações sociais do processo saúde-doença, o conteúdo de classe e o racismo estrutural, fundantes na conformação e expansão do capitalismo, próprios do seu desenvolvimento desigual e combinado. É a classe trabalhadora preta e pobre, da periferia e do centro do capitalismo imperialista, que se encontra sob o fogo cruzado da contaminação ou da fome e arriscam suas vidas todos os dias, pois estão no fio da navalha da informalidade e dos trabalhos precários (Antunes, 2020).

É possível afirmar que essa pandemia expôs, como nunca, a exploração da força do trabalho como vital para a produção, a acumulação e a apropriação privada da riqueza, em uma fase de desenvolvimento do capitalismo marcada por uma crise estrutural do capital que acentua todas as suas contradições imanentes. São esses/as trabalhadores/as, que na ponta executam os serviços extremamente precários a força motriz das engrenagens do capitalismo. E, para esses/essas o Estado capitalista, nesses tempos (como em outros), impõe as escolhas possíveis que levam a morte: se contraírem o vírus ou a fome se não trabalharem.

Se compreendida no campo da tradição marxista sob a perspectiva de totalidade e historicidade, é inegável que a pandemia da Covid-19 e a necessidade do distanciamento social agravam, sobremaneira, a preexistente crise estrutural do capital. Em função da permanência das pessoas em casa, necessariamente limita-se a exploração da força de trabalho, o processo de produção de mercadorias, a circulação e o consumo das pessoas, elementos inseparáveis do processo de constituição do capital enquanto relação. Portanto, a lógica inerente do capital-relação (FONTES, 2010) consiste em acelerar processos de automação nas relações de trabalho e em todas as esferas da reprodução da vida social, capitaneadas pelas mídias virtuais, ampliando os mercados virtuais (e-commerce) e o consumo através desses meios. O que se reserva para o futuro próximo é a intensificação desses processos, já em curso, nas dimensões da intimidade e da vida social.

Em relação à saúde pública, a pandemia revelou a extrema importância de um sistema público de saúde, pelo programa nacional de imunizações, através da vigilância epidemiológica, ou ainda devido a importância das pesquisas desenvolvidas por escolas de saúde e universidades brasileiras para a descoberta de vacinas. Contraditoriamente também se evidenciou o histórico subfinanciamento do SUS, o congelamento dos gastos com as políticas sociais e a ausência de leitos clínicos e/ou leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) na rede pública de saúde. Ao que parece, essa situação não implicou em uma mudança de rota por parte dos governos, no sentido de fortalecimento da rede pública de saúde, pois o que observamos é uma intensificação das privatizações do SUS em plena pandemia. Nesse contexto, o artigo tem por objetivo analisar a intensificação da privatização da saúde no estado do Tocantins.

Para a realização deste estudo foram analisados os documentos do governo do estado, relacionados à saúde e a pandemia da Covid-19 que foram publicados no Diário Oficial do Estado do Tocantins, entre o período de 01 de março a 30 de setembro de 2020. Esses documentos estão relacionados às estratégias de enfrentamento à Covid-19, no que se refere à contratos de aquisição de bens, serviços e insumos de saúde, contratação de pessoal, implantação e gerenciamento do hospital de campanha e credenciamentos de leitos privados de UTIs para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados para Covid-19. Observou-se com essa pesquisa exploratória um deslocamento dos gastos da saúde para o setor privado, alargando a influência das Organizações Sociais (OSs) em relação a seu protagonismo no enfrentamento à pandemia da Covid-19 em território tocantinense.

A privatização da política de saúde no Brasil

No pós Segunda Guerra Mundial se vigorou a regulação nos países centrais, em função das altas taxas de crescimento econômico propiciadas pela expansão da indústria armamentista, combinadas às ditaduras nos países de capitalismo dependente e alimentadas pelo forte investimento na reconstrução das forças produtivas e na produtividade do trabalho assalariado, sob o pacto Keynesiano-fordista. Assim o imperialismo global hegemônico tem operado com bastante sucesso desde então. Contudo, a partir do final dos anos 1960, as respostas do capital à tendência da queda da taxa de lucro têm sido a adoção das chamadas políticas neoliberais que passaram a ser hegemônicas, principalmente, a partir dos anos 1990.

A faceta neoliberal da mundialização do capital (CHESNAIS, 1996) se deparou com suas próprias contradições, quando constatamos que a fragilização dos sistemas públicos de saúde certamente implica em menor eficiência no enfrentamento à pandemia da Covid-19, maior exposição de pessoas e número de mortes. Assim, cabe ressaltar que a crise do neoliberalismo que se irrompeu em 2008 nos Estados Unidos e em 2012 na Europa e depois na América Latina foi e continua sendo a mesma crise estrutural, mas se configurou como a mais grave crise do capitalismo de nossa época, sem resolubilidade. Necessitando, portanto, de uma interpretação diversificada em relação às crises econômicas do passado, no que tange a seu aprofundamento, fazendo-se “valer ativando os limites absolutos do capital como modo de reprodução social metabólica” (MÉSZÁROS, 2011, p. 136). A dimensão da sua gravidade se manifestou pela necessidade de respostas, cada vez mais radicais, por parte do Estado, diga-se de seu fundo público, transferindo ao capital rentista uma soma de trilhões de dólares, tratando-se de uma nacionalização da bancarrota privada, distinta das versões anteriores.

No Brasil, o final dos anos 1980 e início dos anos 1990 culminaram na elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988, que expressou demandas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais no processo de luta por redemocratização. As políticas de previdência, saúde e assistência social foram estruturadas com princípios e diretrizes, passando a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social brasileira acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social) (BOSCHETTI, 2009).

A política de saúde ficou estabelecida como direito universal e dever do Estado, financiada pelo orçamento fiscal e não mais pelas contribuições sociais. Ficando o seguro-saúde na perspectiva contributiva e inserida na política de previdência. Mesmo com a separação das fontes de financiamento, contribuições sociais para a previdência e orçamento fiscal para a saúde e assistência, a política de previdência e assistência não foram contempladas pela universalidade do acesso. A primeira manteve a lógica contributiva e a segunda a quem provar sua condição de pobreza.

Sobre a relação público e privado na organização e prestação de serviços em saúde, esses serviços estariam sob a responsabilidade direta do Estado, uma conquista importante incorporada na Constituição. Contudo foi estabelecida a complementaridade no SUS, que permitiu a contratação de serviços privados por dentro do sistema. Na Constituição, em seu artigo 199 previu que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Segundo Carneiro (2014) o que constata é uma “complementaridade invertida” em que o setor privado se torna principal provedor dos serviços de saúde e o SUS é transformado em complementar, na contramão do dispositivo constitucional. Além disso, “o setor privado só procura complementar o setor público nos serviços que tenham altos retornos financeiros” (Carneiro, 2014, p.115).

É evidente que somente o texto constitucional não foi suficiente para a materialização do que estava previsto em lei. Após sua promulgação, as conquistas sinalizadas não representaram uma mudança de rota, expressando uma dinâmica extremamente contraditória, revelando que ao tempo em que se fortaleceu o receituário neoliberal e as contrarreformas, também se implementaram leis complementares que regulamentaram e criaram importantes

aparatos estatais, a exemplo, do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criados em 1990; da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993. Isso quer dizer que “se por um lado, muitos avanços ficaram à mercê da aprovação das legislações complementares, por outro, a sua implementação requeria condições históricas e materiais que não estavam devidamente consolidadas” (BRETTAS, 2017, p. 59).

As últimas quarenta décadas podem ser caracterizadas como de prevalência do que se convencionou chamar de “neoliberalismo” que, enquanto projeto burguês avançou contra a classe trabalhadora, em um processo de permanente centralização e concentração de capitais, associado à intensificação das desigualdades provenientes da apropriação da riqueza social entre os detentores do capital e a classe trabalhadora. A financeirização permitiu que a burguesia garantisse ganhos fictícios exorbitantes, através da profunda e acelerada internacionalização das relações sociais de produção. Essa fase do capitalismo é caracterizada por Fontes (2010) por capital-imperialismo e se refere às sucessivas expropriações que as nações dependentes sofrem por parte das nações imperialistas.

O avanço das expropriações de direitos sociais incidiu sobre os sistemas de proteção social, privatizando parcelas expressivas das políticas sociais que indicavam acesso universal, com destaque para a política de saúde, transferindo boa parte dos recursos públicos para mãos ávidas por lucros. Nessa direção, o fundo público¹ ocupa papel central nas estratégias de acumulação capitalista e extração de superlucros no contexto da financeirização, como também nas políticas sociais e é cada vez mais relevante para compreender a disputa por recursos em uma economia, sobretudo em momentos de crise do capital (SALVADOR, 2020). Por conseguinte, o sistema de proteção social dos trabalhadores brasileiros tem sido sacrificado, com a desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social para o pagamento de juros e amortizações da dívida, o que ocorre é uma “exploração tributária dos trabalhadores”. A captura do fundo público - mesmo em um contexto de pandemia - se dá, portanto, a partir de uma base de arrecadação tributária extremamente regressiva, no caso brasileiro.

Trata-se de uma “exploração tributária” caracterizada por um lado, pelos insuficientes salários para a reprodução da força de trabalho e, por outro, uma tendência permanente de redução dos gastos com políticas sociais universais e seu direcionamento para o pagamento de juros e amortizações da dívida. Behring (2018, p. 198) caracteriza a exploração tributária mediante duas formas, que estão intimamente conectadas: “o desfinanciamento das políticas sociais, que implica em menos suportes para a reprodução da força de trabalho; e a supercapitalização, que se trata da mercantilização direta de serviços antes públicos e passam a ser adquiridos no mercado”. O que vemos, portanto, é uma intensificação dessa tendência e uma agudização da privatização dos serviços de saúde em uma situação de emergência sanitária.

A financeirização traz a aparência de distanciamento do trabalho², portanto a ideia de capital-imperialismo significa, sobretudo, a expansão da relação-capital, que “envolve crescente extração de valor de trabalhadores sob duríssimas condições, expropria a humanidade, expande a transformação de meios de vida em capital e explicita o caráter específico da pro-

1 Salvador (2020, p. 368) conceitua o “fundo público como a capacidade que o Estado tem de mobilizar recursos para realizar intervenções em políticas públicas, englobando as políticas econômicas e sociais, o que permite alterar ou conservar a realidade de determinada região ou país”. Behring (2018, p. 195) compreende que o fundo público se forma a partir da mais-valia socialmente produzida, ou seja, “o trabalho excedente, que se reparte em juros, lucro e renda da terra, sobre os quais incidirá a capacidade extrativa do Estado, a carga tributária, envolvendo todos os participantes do butim: o capital portador de juros, o capitalista funcionante/industrial, o capital comercial, os proprietários de terras”.

2 Fontes (2010) traz uma preciosa elucidação desmistificando o aparente “isolamento” ou “exterioridade” do capital portador de juros do processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, a partir de uma leitura atenta de Marx. Segundo Fontes (2010, p. 22) no livro III d’O Capital Marx desenvolveu uma fecunda análise sobre o processo de concentração de capitais já em curso, apontando as tendências de concentração da pura propriedade (grifos da autora) e desafiou o senso comum da época mostrando as contradições desse processo. Segundo a autora para Marx “o relativo isolamento dos grandes proprietários de capital monetário (portador de juros) diante do capital funcionante (extrator de mais-valor) não significa a redução deste último, mas sua maior expansão” (FONTES, 2010, p. 22). Essa percepção autorreferenciada e unilateral do capital portador de juros, em tempos de seu predomínio vêm generalizando dois mitos: o primeiro trata-se da concepção “de que é na atividade da gestão intelectual (sobretudo na complexa gerência de riscos e de taxas, na gestão internacionalizada de capital monetário) que se produz o lucro”; e o segundo mito “é o de que o trabalho vivo não teria mais qualquer função na vida social” (FONTES, 2010, p. 26).

priedade capitalista” (FONTES, 2018, p. 58). Obviamente a pandemia e suas consequências societárias devem ser consideradas a partir das bases objetivas da expansão do capital-imperialismo, que se acopla nessa espiral contraditória e estabelece relações de determinações recíprocas, mas está longe de ser a raiz de todas as desigualdades e manifestações da “questão social”. É necessário considerar as determinações sociais no processo saúde-doença, pois se a dinâmica capitalista é mundializada fica evidente que a saúde também o é, pois a determinação social da saúde tem suas raízes localizadas na estrutura e dinâmica do modo de produção capitalista (Souza, 2020).

É extremamente necessário afirmar que as privatizações da política de saúde não são inéditas e não foram inventadas pelo governo Bolsonaro ou pela pandemia da Covid-19. Nos anos 1990 apareceram as primeiras proposições de flexibilização da centralidade estatal na implementação das políticas sociais, com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS). A privatização sempre foi um eixo estruturante do desenvolvimento capitalista e o Estado dependente brasileiro sempre teve papel fundamental nesse processo. Nesse sentido, a caracterização dessas privatizações é um aspecto fundamental, uma vez que, a saúde é uma fonte lucrativa para o capital privado, em sua tentativa de retomada das taxas de lucros. Como estratégia para a extração de superlucros, a oferta de serviços passa a se dar por meio de contratos entre o Estado e as diversas instituições privadas, as chamadas parcerias público-privadas.

A chamada reforma administrativa apresentada por Bresser-Pereira e implementada em meados dos anos 1990 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) não foi apenas uma mera reforma administrativa. Ao contrário, suas alterações foram estruturais, pois na prática impossibilitou a aplicação de preceitos constitucionais, principalmente em relação à universalização das políticas sociais e seu orçamento. Conforme Behring (2008) o que de fato ocorreu foi uma contrarreforma do Estado e a implementação de um ajuste fiscal permanente, pautado numa “gestão pública” não estatal, transferindo as ações e serviços públicos para Organizações Sociais, especialmente na saúde, educação, assistência social e etc, constituindo-se um nicho lucrativo para o capital.

Um dos aspectos centrais trazidos pela “cultura da crise” (Mota, 2015) foi a construção de uma forte hegemonia em torno da ineficiência do Estado para operar os serviços sociais públicos e a resolubilidade do setor privado, momento em que as instituições sem fins lucrativos são postas como agentes privilegiados para assumir essas funções. É nesse contexto que as parcerias entre o poder público e as entidades filantrópicas sem fins lucrativos são estabelecidas, mediante a contratação de profissionais com destaque para os grandes centros urbanos que, desde então, acumulam uma vasta experiência na articulação público-privado em saúde, através das organizações sociais.

Contudo, apesar de explicitamente se configurarem em privatização, os defensores e aliados do público não estatal não compreendem como uma forma de privatização da política de saúde. A partir dessa narrativa, defendem que a flexibilização do trabalho via contratação por OSs não significaria privatização. Deriva-se dessa concepção, outras duas considerações: a primeira refere-se à ideia de que a privatização é concebida como o pagamento pelos serviços por parte da população, ou seja, se há uma prestação de serviços em que a população não pague diretamente por ele não se configura como privatização. Outra compreensão vai na perspectiva de considerar que se a execução dos serviços contratados estiver sob o controle do Estado não se confirmaria a privatização, já que só ocorreria se esta transferência para o setor privado, se aplicasse na gestão dos serviços.

Essas concepções ganharam terreno, corroendo as bases de uma política de saúde defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que, historicamente, se posicionou contra o modelo médico assistencial previdenciário. Nos anos 1970, esse movimento se organizou a partir das lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e, por conseguinte o pilar dessa construção foi a concepção de uma política de saúde pública, gratuita, de qualidade, de caráter universal, um direito fundamental e de exclusiva responsabilidade do Estado, que inspirou a criação do SUS.

A par dessa concepção (a partir da brecha normativa que beneficiou o setor privado,

prevista pela complementaridade) foram sendo implementados outros projetos de saúde, a exemplo do projeto privatista e o SUS possível (Soares, 2010), que avançaram em conjunto com o receituário neoliberal. No campo da saúde, esses projetos se estabeleceram por meio da relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos, como também através da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

Durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (PT), entre 2002-2010, os movimentos sociais e lideranças sindicais do campo da saúde pública, que antes defendiam o projeto de Reforma Sanitária passam a justificar que é necessário incrementar “inovações” e “modernizar” a gestão do SUS. Estes setores pautavam a execução das ações de saúde conforme o orçamento disponível, que se demonstrava insuficiente, no sentido de tornar as contrarreformas na saúde mais palatáveis. Soares (2010) destaca que estava em curso a ampliação do projeto privatista, e nascia o do SUS possível, ainda que os dois projetos integrassem os mesmos interesses. Contribui para a consolidação do projeto do SUS Possível, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), novo modelo de gestão da saúde caracterizado pelas privatizações não clássicas, com acesso direto ao recurso da saúde, com total autonomia na execução das ações e contratação dos recursos humanos de forma precária, através de processos seletivos sem estabilidade e com vínculo regido pelo regime celetista, responsabilizando os trabalhadores pela lógica do serviço precarizado.

Diferente do projeto de reforma sanitária, ambos os projetos dialogam com a centralidade conservadora nas políticas sociais, que remete a uma estrutura de Estado Social cada vez mais voltado ao interesse do grande capital, cabendo aqui o destaque a saúde, por meio do favorecimento e da transferência de fundo público ao capital.

É no âmbito dessas políticas de privatização que a lógica do lucro apresenta relação com a saúde. A expansão das privatizações no SUS através dos novos modelos de gestão, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), assinalam uma tendência permanente de apropriação do fundo público pelo setor privado da saúde, a serviço da reprodução do capital que, conforme Correia (2011, p. 33) se apresenta por dentro do SUS pela “compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos”.

As chamadas privatizações “por dentro” são caracterizadas por Granemann (2011) de “privatizações não clássicas”, pois distinguem-se por uma venda não natural, camuflada e por dentro, utilizando-se do argumento da agilidade dos serviços. São privatizações dessa natureza as OSCIPs, as OSs, as FEDPs, as Fundações de Apoio, como por exemplo, a Ebserh. Esses processos de privatizações do SUS, presentes a partir da Reforma do Estado de Bresser Pereira, são intensificados mesmo em um momento de pandemia, alargando a atuação da esfera privada dentro do SUS, principalmente de Organizações Sociais (OSs) de Saúde, em função do estado de calamidade e emergência em saúde pública. A seguir, analisaremos esse processo de intensificação da privatização do SUS no estado do Tocantins no contexto da pandemia da Covid-19.

A intensificação das privatizações da saúde no estado do Tocantins, contexto da pandemia da Covid-19

No contexto da pandemia da Covid-19, os ataques ao SUS e à classe trabalhadora brasileira foram intensificados. Após a confirmação de casos de transmissão comunitária da Covid-19 no Brasil, as medidas por parte do governo federal têm sido insuficientes e até mesmo desastrosas para conter o avanço da doença e proteger a população. As medidas de distanciamento social indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que começaram a ser implementadas em março, nunca conseguiram alcance amplo. Diversos fatores contribuíram para isso, sobretudo, a postura genocida do governo federal de minimização da gravidade da pandemia, com reiteradas tentativas de afrouxamento das políticas de distanciamento social, apoiado por setores da burguesia industrial, comercial e financeira e grupos religiosos que

comercializam a fé, pois tiveram seus negócios prejudicados com a pandemia.

Bolsonaro e seu ministro da economia Paulo Guedes apresentaram uma proposta legislativa que previa um auxílio emergencial no valor de 200 reais, o que revela o descaso de seu governo com a população mais pobre. Mas, após acordo com a câmara federal, o governo cedeu o insuficiente auxílio emergencial de 600 reais, o que é bem superior ao proposto pelo poder executivo. Contudo, a desídia deste governo não termina aí. Desde a aprovação do auxílio, diversos tipos de dificuldades foram apresentados para realizar os pagamentos³.

Em abril de 2020, o governo federal publicou a medida provisória nº 936/2020 que suspendia salários, contratos e reduzia jornada de trabalho, afetando também os trabalhadores da saúde que historicamente possuem vínculos precários com extensas jornadas de trabalho e baixos salários. Outro ataque expressivo à política de saúde se refere à atenção primária em saúde do SUS.

Em 26 de outubro de 2020, o decreto presidencial nº 10.530 expressou a tentativa de alargar a participação do setor privado na atenção primária em saúde. Esse Decreto não se constituiu em novidade em relação às medidas que vêm sendo implantadas na atenção primária desde 2019 e faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017) instituída no governo Temer, que previa a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), sendo formalmente criada através do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, em plena pandemia do coronavírus. Esse decreto versava sobre a contratação de empresas ou instituições privadas, para a prestação de serviços na APS. Após diversas manifestações contrárias, o Decreto nº 10.530 foi revogado em 28 de outubro de 2020, conforme publicação no Diário Oficial da União.

O histórico subfinanciamento do SUS também tem sido utilizado como pretexto para acelerar a entrega do orçamento público da saúde nas mãos de interesses privados durante a pandemia da Covid-19. O congelamento dos gastos com as políticas sociais evidenciou também uma histórica ausência de leitos clínicos e/ou leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) na rede pública de saúde. Contraditoriamente, foi essa mesma pandemia que revelou a extrema importância de um sistema público de saúde, pelo seu pujante sistema de vigilância ou pelo reconhecimento de pesquisas científicas desenvolvidas nas escolas de saúde e universidades públicas no país.

Aliás, essa fragilização é intensificada exponencialmente ainda no governo Temer com a aprovação da Emenda Constitucional nº. 95 em 2016, que adotou um novo regime fiscal, congelando as despesas primárias do governo com todas as políticas sociais por vinte anos, exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros e amortizações da dívida. Além disso, a aprovação das contrarreformas trabalhista, previdenciária e a lei de terceirizações fragilizaram ainda mais a seguridade social.

Sabidamente, a saúde vivenciou um subfinanciamento histórico. Entretanto, os ataques ao SUS se intensificaram no governo Bolsonaro, adquirindo um traço marcadamente ultra-conservador e neofascista, pois atingem centralmente políticas construídas e consolidadas no campo da saúde mental, da atenção primária, da saúde indígena, eliminando instâncias importantes de debate e controle democrático dessas políticas, especialmente os conselhos de direitos e as conferências. Em relação ao orçamento das políticas sociais há uma tendência de aprofundamento das contrarreformas extremamente regressivas, a exemplo da proposta central de contrarreforma da previdência (Emenda Constitucional 103/ 2019) que foi apresentada ao Congresso Nacional em fevereiro de 2019 que propunha retirar maior aporte de recursos orçamentários das políticas sociais, particularmente da seguridade social.

Está em curso o exponencial fortalecimento de um projeto de saúde de total submissão do SUS ao setor privado que teve expressão no governo de Michel Temer (MDB) e sua continui-

3 Dentre essas dificuldades pode-se destacar: "A inicial indefinição sobre como cadastrar as pessoas para receber o auxílio, a utilização de um aplicativo que apresentou diversos problemas, uma fila de cadastros [...] em análise mais de 5 milhões de pedidos sem respostas e a negativa de pagamento a mais de 40 milhões de proponentes, mostram algumas dificuldades impostas. Tudo isso indica a má vontade do governo Bolsonaro em pagar para quem realmente precisa, o auxílio que será, para muitos, a única forma de renda no período que durar a pandemia e, muito provavelmente, também no período posterior a pandemia". In: RODRIGUES, A. B.; BURGINSKI, M.; RIBEIRO, P. C. C. As investidas do governo Bolsonaro contra a renda emergencial básica. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/05/29/as-investidas-do-governo-bolsonaro-contra-a-renda-emergencial-basica/>

dade e aprofundamento no governo de Jair Bolsonaro (sem partido). Constata-se que durante o governo Bolsonaro ocorre uma expansão irrestrita para o setor privado em relação à saúde, com a oferta de planos privados de saúde a princípio sob a pecha de “acessíveis”, com o avanço das “privatizações não clássicas”, o congelamento dos recursos para as políticas sociais, o desmonte das políticas de Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental e Saúde Indígena, a total articulação ao setor e as empresas de saúde (Coalizão Brasil) e, por fim, a extinção de entidades do controle social (BRAVO, PELAEZ, MENEZES, 2020).

Outro aspecto que marca a desídia das políticas do governo federal se refere ao comando do Ministério da Saúde (MS). Nas últimas décadas tem sido observado que gestores (empresários) alinhados ao setor privado da saúde têm sido nomeados para o ministério. Portanto, não foi surpresa a nomeação de Luiz Henrique Mandetta, político, médico e vinculado aos planos privados de saúde para gerir a pasta. O compromisso com o setor privado não foi suficiente para mantê-lo à frente da pasta, pois os desacordos entre o ministro e o presidente da república se tornaram irreconciliáveis, sobretudo devido às interferências obscuras por parte de Bolsonaro, sempre à revelia da ciência, como a relutância em estabelecer medidas de distanciamento social, a necessidade de uso de medidas protetivas por parte da população (por exemplo, o uso de máscaras), bem como a insistência em autorizar medicamentos sem qualquer comprovação científica de sua eficácia contra a doença.

O segundo ministro a ser nomeado para a pasta, o médico oncologista Nelson Teich vinculado à indústria farmacêutica, não completou um mês à frente do ministério, devido ao desacordo em aprovar a recomendação do uso da cloroquina e as medidas de flexibilização do afastamento social. Apesar do alinhamento ao mercado privado da saúde, os dois ex-ministros se depararam com requisições que se chocavam com parâmetros científicos necessários, sobretudo na batuta da insistência em estabelecer um protocolo para ampliar a recomendação do uso da cloroquina aos pacientes acometidos pela Covid-19, apesar da falta de comprovação científica de eficácia do uso do medicamento para o tratamento da doença.

Após a saída de Teich, o MS divulgou diretrizes para o tratamento medicamentoso precoce com o uso da cloroquina e do sulfato de hidroxicloroquina no âmbito do SUS, publicado no dia 20 de maio de 2020 no site do Ministério. Com Eduardo Pazuello, general do exército, que não têm formação na área da saúde, à frente do MS, aprofundou-se os problemas de subnotificação dos dados sobre a pandemia e a suspensão de ensaios clínicos para a vacina pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BBC News Brasil, 11/11/2020)⁴, escancarando os valores anti científicos instaurados naquela que deveria ser a instituição central de enfrentamento à pandemia da covid-19, o Ministério da Saúde. Pazuello ainda defendeu o tratamento precoce com a utilização de medicamentos sem comprovação científica (kit Covid-19) em detrimento das vacinas.

É evidente que a gravidade dessa pandemia requisita ações emergenciais de saúde, devido à necessidade de ampliar a oferta de atendimento hospitalar. No caso da Covid-19 traz uma crise sanitária que é provocada pelo rápido contágio da doença, que pode colapsar os sistemas de saúde, devido a quantidade insuficiente de leitos hospitalares e de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) disponíveis para o atendimento do percentual esperado de casos graves, o que seria extremamente negativo para as gestões estaduais e municipais. Essa situação requer estratégias, como por exemplo, a repressão das demandas não urgentes relacionadas a outros problemas de saúde, como a suspensão de cirurgias eletivas e ambulatoriais, e a ampliação de leitos hospitalares, inclusive os de isolamento. Estratégias essas adotadas, tanto pela rede pública, quanto pela rede privada de saúde.

Desde o início da pandemia, a população brasileira se deparou com uma intensa desinformação e a existência de diferentes normas editadas pelos governos federal, estadual e municipal em relação às medidas de enfrentamento ao novo coronavírus e estas, refletiram, em grande parte as divergências públicas entre o Presidente da República e os governadores dos estados, principalmente em relação à flexibilização do distanciamento social.

A pandemia não tem sido um momento para evidenciar a importância de um sistema público de saúde e fortalecê-lo, pelo contrário, as estratégias de enfrentamento por parte dos

4 Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54898488>. Acesso em 13/11/2020.

estados revelam uma preferência e maior intensificação da privatização da saúde, combinadas com a ausência de ações coordenadas e estratégicas em nível nacional. O que vemos é que as respostas governamentais intensificaram a expansão de modelos privados de gestão, ao estilo das privatizações não clássicas, ocorridas por dentro do SUS. Essas formas de privatizações, sobretudo ampliadas na última década, promoveram uma aproximação entre os níveis de governo e as diversas OSs, que alargaram a influência dessas organizações e o seu papel no enfrentamento à Covid-19.

Entre os estados brasileiros que adotaram estratégias para o enfrentamento da Covid-19 nota-se a preferência pelo setor privado da saúde em relação à oferta de saúde pública, através das parcerias público privadas. O fato é que, historicamente, essas parcerias foram intensificadas em diversos governos estaduais, independentemente da coloração partidária. Podemos destacar, por exemplo, que no Rio Grande do Norte administrado pelo PT, o governo do estado construiu um Hospital de Campanha com 100 leitos, instalado no estádio Arena das Dunas, que é operado por OSs. Em outros estados como o Rio de Janeiro (PSC), o Ceará (PT) e o Pará (MDB) a opção também foi a construção de hospitais de campanha e passados para a operacionalização de OSs. Cabe ressaltar que a preferência pelo setor privado não é uma condição inevitável, uma vez que há várias possibilidades de se expandir a oferta hospitalar a partir de leitos inutilizados na rede pública, por falta de contratação de pessoal que poderia ter sido realizada, através do Regime Jurídico Único, para fortalecer o sistema público de saúde. É possível afirmar que mesmo a ampliação das estruturas dos hospitais públicos (ala de leitos específicos para o tratamento de pacientes com Covid-19) também foram entregues para o gerenciamento das OSs.

No estado do Tocantins a experiência com as parcerias público privadas vem de longa data e foram utilizadas nos serviços e políticas sociais. Pode-se dizer que a privatização da política de saúde ocorreu com a implementação da própria rede de saúde pública do estado. Assim, a criação do mais novo estado da federação no início dos anos 1990 incorporou os processos de contrarreformas, que implantaram suas instituições, políticas e serviços sociais aos moldes do neoliberalismo à brasileira. A ideia de público não estatal foi o próprio modo de ser da fundação do novo estado e seu combustível ideológico, que ao tempo em que, contraditoriamente, se projeta ao desejo da modernização, mantém os traços do atraso com os fortes vínculos das elites locais com as práticas clientelistas, patrimonialistas e patriarcais.

No Tocantins, diversos governos das mais variadas siglas partidárias também aderiram a gestão do SUS por meio de parcerias público privadas. Entre 1995-2002, durante o governo de Siqueira Campos (DEM), dezessete hospitais estaduais passaram pela administração da Organização Social (OS) Pró-Saúde, utilizando a justificativa de agilidade em compras de insumos, equipamentos e contratação de pessoal (GOMES, 2012). Nos anos seguintes, entre 2003-2004, o governo de Marcelo Miranda (MDB) contratou a OSCIP Brasil para administrar 14 hospitais estaduais, sendo alvo de investigações pelo Ministério Público Federal no Tocantins⁵.

Mas o auge da privatização ocorreu em 2011 com a contratação da empresa Associação Beneficente de Assistência Pró-Saúde para administrar 17 hospitais. Nesta parceria público privada, o estado do Tocantins sob condução novamente do governador Siqueira Campos (DEM), destinava por ano o valor de R\$ 258.484.789,00 para a empresa administrar os hospitais estaduais. Em 2012, tanto o MPF-TO⁶ como o Ministério Público do Estado do Tocantins-MPE⁷ moveram Ação Civil Pública contra o estado, suspendendo a contratação da empresa em função de diversas irregularidades.

Concomitante ao processo histórico de privatizações no campo da saúde pública ocorreu a precarização de todas as políticas sociais. O estado realiza poucos concursos públicos, os empregos públicos se caracterizam pelos baixos salários e contratos de trabalho precários. Situação emblemática, em meio a pandemia, se relaciona ao cadastro de profissionais e estu-

5 A OSCIP Brasil foi criada dois anos antes e foi contratada pelo governo do Tocantins sem processo licitatório. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2017/11/28/governador-marcelo-miranda-e-condenado-a-perda-do-mandato-por-desvio-de-dinheiro-publico-no-caso-da-oscip-brasil>

6 Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/12/04/mpf-to-requer-suspensao-imediate-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>

7 Disponível em: <http://www.tce.to.gov.br/e-contas/processo/DocumentoVerSite.php?Id=755044&>

dantes voluntários para atuarem diretamente no atendimento à pacientes com Covid-19⁸. A pandemia escancarou também a histórica precarização do trabalho, em especial nos setores públicos, como demonstra o edital nº. 3/2020/ SES/GABSEC⁹. O edital realizou um chamamento público para a contratação de profissionais com vagas diretas para a prestação de serviço no combate a Covid-19. No entanto, não ficou evidenciado o número de vagas disponíveis, o quantitativo de profissionais inscritos/as e selecionados/as, demonstrando que a ausência de transparência dos processos de contratação de pessoal no estado revela a possibilidade de configurarem empregos públicos oriundos de indicações eleitorais.

O atual governador do Tocantins Mauro Carlesse (DEM) sempre se manteve alinhado às políticas do governo federal, promovendo ações semelhantes como a flexibilização do distanciamento social, sem comprovação científica de que o número de casos da Covid-19 estavam em redução, desconsiderando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e priorizando a abertura das atividades comerciais não essenciais, em detrimento da proteção à vida, conforme mostra o manifesto do Observatório Popular de Saúde e Direitos Humanos do Tocantins¹⁰, criado no contexto da pandemia.

Cabe destacar também o protagonismo político exercido pelo Fórum Tocantinense contra a Privatização da Saúde (FTCPS), criado em 11 de dezembro de 2014 no bojo da luta contra a adesão monocrática da reitoria da Universidade Federal do Tocantins (UFT) à contratação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para administrar o hospital universitário. Vinculado à Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)¹¹ o FTCPS organiza os movimentos sociais, os/as trabalhadores/as da saúde, os/as usuários/as do SUS para concentrarem esforços no sentido de unificar as lutas contra os processos de privatizações no Tocantins, pois a contratação das OSs como modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde trouxe prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário, conforme demonstra a FNCPS no documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”.

Com base em pesquisa documental dos documentos administrativos do governo do estado, relacionados à saúde e a pandemia da Covid-19, publicados no Diário Oficial do Estado do Tocantins, entre o período de 01 de março a 30 de setembro de 2020 podemos identificar os contratos de aquisição de bens, serviços e insumos de saúde, além de contratação de pessoal e, especialmente, a transferência para o setor privado do hospital de campanha e o credenciamento de leitos de UTIs para tratamento de pacientes suspeitos ou confirmados para a Covid-19. De início, observa-se que houve um intenso deslocamento dos gastos com a saúde pública para o setor privado.

O Tocantins iniciou as primeiras ações de enfrentamento à pandemia apenas em março. Em 18 de março de 2020, através do Decreto Estadual nº. 6070, o governador do Tocantins instituiu situação de emergência em razão da pandemia¹², e logo em seguida, no dia 21 de março de 2020, com o Decreto Estadual nº. 6072 declarou estado de calamidade pública¹³. Durante o mês de março de 2020, após o alerta mundial e a situação de pandemia já declarada pela OMS, nota-se ações tímidas de prevenção por parte do governo do estado. É importante observar que a criação de um Comitê de Crise para a Prevenção, Monitoramento e Controle da Covid-19¹⁴, por meio do Decreto Estadual nº. 6064 de 12 de março de 2020, uma instância que deveria possuir um caráter científico para subsidiar as ações de saúde foi composta em sua

8 Regulamento pelo Decreto nº. 6.079 no Diário Oficial nº 5576 de 02 de abril de 2020 e convocação de trabalho voluntário de profissionais e estudantes para atuarem nas unidades de saúde do Estado do Tocantins para o enfrentamento à COVID-19 pelo Edital 02/2020/SES/GASEC PARA VOLUNTARIADO no Diário Oficial nº 5580 de 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

9 Diário Oficial nº 5605 de maio de 2020. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

10 Nota técnica sobre a flexibilização do isolamento social no estado do Tocantins e em Palmas, frente à crise sanitária da Covid-19. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1qBnUqU6zyJYn4bgyL759ghAN-59VdIN/view>

11 A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) foi criada em novembro de 2010 e é formada por Fóruns de Saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional

12 Diário Oficial nº 5566 de 18 de março de 2020. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

13 Diário Oficial nº 5567 de 21 de março de 2020. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

14 Diário Oficial nº 5562 de 12 de março de 2020. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

maioria por instituições militares, com a ausência do controle social da saúde, evidenciando também o caráter militarizado das ações de saúde pública.

Em 6 de fevereiro o governo federal aprovou a Lei nº 13.979/2020 que visando enfrentar a emergência de saúde pública decorrente da pandemia da Covid-19 e passou a permitir a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, garantindo o pagamento posterior de indenização justa, como leitos e UTIs privados. A Lei também estabelece a dispensa de licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde. A partir de então, a direção e o comando das ações de saúde do estado do Tocantins intensificaram as articulações com o setor privado no contexto da pandemia da Covid-19, principalmente ao ser decretada a situação de emergência e calamidade pública. A partir daí, o governo concedeu autonomia ao Secretário de Estado da Saúde¹⁵, conferindo poderes para baixar atos e realizar contratações com dispensa de licitação para aquisição de bens, serviços, insumos de saúde e contratação de pessoas. Cabe ressaltar que esse instrumento de dispensa de processo licitatório, em sua maioria, privilegia pequenos grupos empresariais que se articulam com o gestor público local, flexibilizando assim as exigências de contratação¹⁶.

Dentre os dados encontrados verificou-se publicações de contratos com duas empresas, WJ Distribuidora Produtos Médicos e Fix Hospitalar, para aquisição de 12 mil máscaras de proteção respiratória tipo N95/PFF2 à R\$ 35,00 a unidade¹⁷, valor total de aproximadamente R\$ 420.000,00. Em outro contrato com a empresa Comercial Cirúrgica Iperó, registrava a compra de outras 88 mil máscaras tipo N95/PFF2 à R\$ 29,35 à unidade, perfazendo um total de R\$ 2.582.800,00¹⁸. As compras desses insumos de três empresas privadas do ramo médico-hospitalar demonstram que a situação de pandemia, os decretos de emergência e calamidade pública indicam a possível prática de valores superfaturados na compra e venda de materiais que não correspondem aos valores praticados habitualmente, objetos de investigação¹⁹.

O governo do estado realizou também a complementação de serviços através de credenciamento de hospitais privados para fornecer leitos de UTIs para o atendimento de pessoas suspeitas e confirmadas para a infecção da Covid-19. Nos extratos de contratos divulgados em diário oficial não há registro de números de leitos credenciados, apenas valores iniciais a serem pagos e informações das empresas beneficiadas. De acordo com as informações encontradas foram credenciados seis (06) hospitais privados que totalizaram um valor inicial de R\$ 12.565.830,45²⁰ por seis meses. Os hospitais privados são o Hospital Palmas Medical, Instituto de Terapia Intensiva do Tocantins, Instituto de Terapia Intensiva de Palmas, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Santa Thereza e Instituto Sinai, vinculados a médicos que também atuam no sistema público de saúde e a grandes grupos hospitalares no Brasil, como o Kora Saúde²¹, proveniente do capital estrangeiro.

15 Luiz Edgar Leão Tolini é médico, foi diretor do Hospital Geral de Palmas (TO), secretário municipal de saúde de Aparecida de Goiânia (GO). Em 2017 durante o governo de Michel Temer, Luiz Edgar foi nomeado diretor do departamento de atenção hospital de urgência e emergência do Ministério da Saúde que estava sob o comando de Ricardo Barros.

16 A dispensa de licitação favorece a obtenção de mais lucros por determinados grupos e empresas da saúde, mesmo que os serviços a serem adquiridos sejam caracterizados como complementariedade (Brasil, 1988). A complementariedade da saúde é garantida pelo art. 199 da Constituição Federal de 1988 “§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988)

17 Diário Oficial nº 5573 de 30 de março de 2020, processo nº. 2020 30550 002216, PORTARIA - 172/2020/SES/GASEC. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

18 Diário Oficial nº 5585 de 22 de abril de 2020, processo nº. 2020/30550/002216, PORTARIA 185/2020/SES/GASEC. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

19 Os contratos citados estão sob investigação federal conforme matéria jornalística disponível em: <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/12/15/pf-cumpre-novos-mandados-em-operacao-que-investiga-compra-de-mascaras-superfaturadas-pelo-governo-do-tocantins.ghtml>

20 Diário Oficial nº 5638 de 08 de julho de 2020, processo nº. 2020/30550/003325, PORTARIA - 332/2020/SES/GASEC, com contratação de 05 empresas. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>; Diário Oficial nº 5651 de 27 de julho de 2020, processo nº. 2020/30550/003547, PORTARIA 384/2020/SES/GASEC, com contratação de 01 empresa. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>;

21 Os hospitais Palmas Medical e o Santa Thereza integram o Kora Saúde, empresa mundial de investimentos em saúde e a quinta maior rede hospitalar do Brasil. Disponível em: <https://www.korasaude.com.br/localizacao>

Ainda no que concerne à complementaridade de serviços constatou-se que mesmo dispondo de estrutura física pública e própria para implantar leitos clínicos e de UTI Covid-19, o governo do estado realizou a locação do espaço físico de um hospital privado na capital Palmas, para ser utilizado como Hospital de Campanha. O hospital de campanha é uma estrutura móvel ou fixa, de caráter temporário, que presta assistência de média e alta complexidade à população em situações de emergência de saúde pública, nesse caso a pandemia de Covid-19. Esse hospital de campanha recebeu o nome de Hospital estadual de combate à Covid-19 e está em funcionamento desde setembro de 2020. O governo do Tocantins estruturou esse hospital de campanha na estrutura privada do Hospital Oncológico de Palmas em contrato apenas para a locação do espaço físico que contemplasse 60 a 70 leitos clínicos e 10 leitos de UTI para atendimento de pacientes e uso exclusivo para o tratamento da Covid-19. O contrato em questão totalizou um valor de R\$ 570.000,00 mensais por seis meses²². A gestão dos serviços de saúde e os recursos humanos necessários para o funcionamento desse hospital de campanha foi contratualizada através da Organização Social (OS) Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por um valor total de R\$ 3.443.584,28 por mês durante seis meses²³.

A Organização Social ISAC possui sede em Brasília, atuando em seis estados brasileiros e gerenciando 16 unidades públicas. No Tocantins, essa OS administra outros serviços públicos de média e alta complexidade, dentre eles, o Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Anatólio Dias Carneiro em Araguaína²⁴. Registra-se que a OSs ISAC possui em outros estados da federação, diversos contratos suspensos por indícios de irregularidades e fraudes na execução dos serviços de saúde, como na administração de UPAs no Distrito Federal²⁵.

Desde setembro de 2020, o ISAC passou também a administrar os leitos públicos de UTIs Covid-19 do Hospital Público de Palmas (HGP), do Hospital Regional de Araguaína e do Hospital Regional de Gurupi. O contrato estabeleceu a gerência das UTIs pela OS por um período de seis meses, podendo ser prorrogado, e por valores de R\$ 15.096.013,38 (UTI HGP), R\$ 9.696.068,52 (UTI COVID no HR Gurupi) e R\$ 8.460.018,18 (UTI COVID no HR Araguaína)²⁶. A transferência da administração dos serviços públicos de UTIs Covid-19 para o ISAC foi condicionada, especificamente no HGP, ao fechamento completo da ala existente, totalmente pública e gratuita, que funcionava com leitos clínicos e de terapia intensiva para o tratamento da doença desde abril de 2020. A ala pública era composta por profissionais de saúde concursados e contratados com vínculo de trabalho direto com o estado, além dos equipamentos (macas, respiradores e outros) adquiridos pelo SUS. Também identificamos a compra de 590 camas hospitalares durante o período da pandemia de Covid-19. Cada cama custou R\$ 22.600,00 totalizando um valor de R\$ 13.334.000,00²⁷. Esse contrato com a empresa Linet do Brasil sofre investigação da Polícia Federal (PF) e da Controladoria-Geral da União (CGU) por indícios de superfaturamento²⁸ e foi alvo de críticas inclusive por cooperativas de médicos²⁹.

Considerações Finais

Essa pesquisa de caráter exploratório teve por objetivo evidenciar que as privatizações da saúde, através da contratação de OSs para gerir os serviços de saúde, se intensificaram

22 Diário Oficial nº 5637 de 07 de julho de 2020, processo nº. 2020/30550/003106, PORTARIA 2020/SES/GASEC. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

23 Diário Oficial nº 5691 de 23 de setembro de 2020, processo nº. 2020.30550.004522. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br>

24 Disponível em: <https://isac.org.br>

25 Disponível em: <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/entidades-autorizadas-a-gerir-upas-no-df-tem-qualificacao-suspensa.ghtml>

26 Diário Oficial nº 5680 de 04 de setembro de 2020, processo nº. 2020.30550.004809. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

27 Diário Oficial nº 5561 de 11 de março de 2020, ata para registro de preços pregão eletrônico para registro de preços nº 235/2019 processo administrativo Nº 10011/2019. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

28 Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-09/pf-investiga-superfaturamento-de-camas-hospitalares-no-tocantins>

29 Disponível em: <https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/estado-compra-590-camas-hospitalares-a-r-22-6-mil-cada-e-c3%A9-criticado-por-cooperativa-m%C3%A9-dica-1.2059118>

durante a pandemia de Covid-19. Historicamente a presença das OSs no estado do Tocantins foram marcadas por irregularidades e decisões judiciais que se posicionaram pelo rompimento das contratualizações. Soma-se a esse cenário de desmonte da saúde, o rebaixamento dos serviços públicos, além da intensificação do trabalho voluntário e a agudização de todas as formas de precarização do trabalho dos/as profissionais de saúde.

No Tocantins, a situação emblemática foi a opção em substituir a gestão pública dos leitos de UTIs Covid-19 instalados no HGP, o maior hospital público situado na capital, Palmas, por uma gestão de OSs. Até setembro de 2020, o HGP se constituiu no hospital de referência para o tratamento de pacientes com Covid-19 devido a estruturação de uma ala específica para esse atendimento, com trabalhadores/as da saúde concursados/as. Entretanto, a preferência do governo estadual foi privatizar o atendimento público aos pacientes com Covid-19 através da contratualização da OSs tanto nos leitos públicos como no hospital de campanha, transferindo recursos da rede pública de saúde para o setor privado. É bastante parco a realização de estudos sobre a atuação das OSs no campo da saúde no Tocantins, o que demanda um maior protagonismo de pesquisadores/as comprometidos/as com a luta contra a privatização do SUS, patrimônio que se demonstra vital para a população brasileira.

Referências

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob o fogo cruzado**, São Paulo: Boitempo, 2020.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS. (org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, 2009.

BEHRING, E. R. Fundo público, exploração e expropriação no capitalismo em crise. In: BOSCHETTI, I (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

_____. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Editora Cortez, 2ª edição, 2008.

BIERNATH, A. Anvisa, Butantan e Bolsonaro erraram na suspensão dos testes da CoronaVac, diz epidemiologista. **BBC News Brasil** em São Paulo. 11/11/2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54898488>. Acesso em 13 de novembro de 2020.

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

BRASÍLIA. **Instituto de Saúde e Cidadania**. Disponível em: <https://isac.org.br>. Acesso em 16 de dezembro de 2020

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Acesso em: 21 de dezembro de 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, janeiro/abril de 2018. Acesso em: 02 de 2020.

BRETTAS, T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. In: **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 17, n. 34, jul./dez. 2017.

CARNEIRO, R. de C. A. **A complementaridade invertida no SUS: privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em diálise Alagoas e no Brasil**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

COSTA, L. Estado compra 590 camas hospitalares a R\$ 22,6 mil cada e é criticado por cooperativa médica. **Jornal do Tocantins**, Tocantins, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/estado-compra-590-camas-hospitalares-a-r-22-6-mil-cada-e-%C3%A9-criticado-por-cooperativa-m%C3%A9dica-1.2059118>> Acesso em 03 de março de 2012.

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital - expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, I (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

_____. **O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?. In: BRAVO, M I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Caderno de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

Entidades autorizadas a gerir UPAs no DF têm qualificação suspensa. **G1 DF**, Distrito Federal, 21 de dez. de 2016. Disponível em: <<https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/entidades-autorizadas-a-gerir-upas-no-df-tem-qualificacao-suspensa.ghtml>> Acesso em 03 de março de 2021

GOMES, E. M. **Análise do processo de desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção primária à saúde no Tocantins**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), UFT. Palmas: 2012.

Governador Marcelo Miranda é condenado à perda do mandato por desvio de dinheiro público no caso da OSCIP Brasil. **Conexão Tocantins**, Tocantins, 28 de nov. de 2017. Disponível em: <<https://conexaoto.com.br/2017/11/28/governador-marcelo-miranda-e-condenado-a-perda-do-mandato-por-desvio-de-dinheiro-publico-no-caso-da-oscip-brasil>> Acesso em 03 de março de 2012.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Caderno de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

MELO, K. PF investiga superfaturamento de camas hospitalares no Tocantins. **Agência Brasil**, Brasília, 18 de set. de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-09/pf-investiga-superfaturamento-de-camas-hospitalares-no-tocantins>> Acesso em 03 de março de 2012.

MPF-TO requer suspensão imediata dos 17 contratos da Pró-Saúde para administrar hospitais do Tocantins. **Conexão Tocantins**, Tocantins, 28 de nov. de 2017. Disponível em: <<https://conexaoto.com.br/2012/12/04/mpf-to-requer-suspensao-imediata-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>> Acesso em 03 de março de 2012.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

QUEIROZ, L. PF cumpre novos mandatos em operação que investiga compra de máscaras superfaturadas pelo governo do Tocantins. **G1 Tocantins**, Tocantins, atualizada em 15 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/12/15/pf-cumpra-novos-mandatos-em-operacao-que-investiga-compra-de-mascaras-superfaturadas>

-pelo-governo-do-tocantins.ghtml. Acesso em 16 de dezembro de 2020

RODRIGUES, A. B.; BURGINSKI, M.; RIBEIRO, P. C. C. **As investidas do governo Bolsonaro contra a renda emergencial básica**. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/05/29/as-investidas-do-governo-bolsonaro-contra-a-renda-emergencial-basica/>

SALVADOR, E. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: CASTRO, J. A. de; POCHMANN, M. **Brasil: Estado social contra a barbárie**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, jun. 2020.

TOCANTINS. Decreto Estadual nº. 6064 de 12 de março de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5562. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. Decreto Estadual nº. 6070 de 18 de março de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5566. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. Decreto Estadual nº. 6072 de 21 de março de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5567. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. Decreto Estadual nº. 6079 de 02 de abril de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5576. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. **Edital 02/2020/SES/GASEC PARA VOLUNTARIADO de 13 de abril de 2020**. Diário Oficial do Tocantins, nº 5580. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. **Edital 03/2020/SES/GASEC de 20 de maio de 2020**. Diário Oficial do Tocantins, nº 5605. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. Observatório Popular de Saúde e Direitos Humanos no Tocantins. **Nota técnica sobre a flexibilização do isolamento social no estado do Tocantins e em Palmas, frente à crise sanitária da Covid-19**. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1qBnIUqU6zyJYn4bgyL759ghAN-59VdIN/view>. Acesso em 21/12/2020.

_____. PROCESSO 2020/30550/004899 de 04 de setembro de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5680. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PORTARIA 172/2020/SES/GASEC de 30 de março de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5573. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PORTARIA 185/2020/SES/GASEC de 22 de abril de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5585. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PORTARIA 332/2020/SES/GASEC de 08 de julho de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5638. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PORTARIA 384/2020/SES/GASEC de 27 de julho de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5651. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PROCESSO 2020/30550/003106 de 07 de julho de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5637. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PROCESSO 2020/30550/004522 de 23 de setembro de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5691. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 10011/2019, ata para registro de preços pregão eletrônico para registro de preços nº 235/2019 de 11 de março de 2020. **Diário Oficial do Tocantins**, nº 5561. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO. **PARECER TÉCNICO JURÍDICO Nº 156/2011**. Disponível em: <http://www.tce.to.gov.br/e-contas/processo/DocumentoVerSite.php?Id=755044&>. Acesso em: 03/03/2021.

VITÓRIA. **Kora Saúde**. Disponível em: <https://www.korasaude.com.br/>. Acesso em 03/03/2021

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021