

A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO

THE COMMODIFICATION OF HEALTH IN THE FACE OF COVID-19: THE STRENGTHENING OF THE PRIVATE SECTOR

Maria Valéria Costa Correia 1
Viviane Medeiros dos Santos 2
Pâmela Karoline Lins Alves 3

Resumo: O presente artigo objetiva apresentar como o setor privado da saúde tem se fortalecido e se ampliado, com apoio estatal, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, em detrimento do SUS público e estatal. Para tanto, realizou-se inicialmente uma reflexão sobre o cenário de aprofundamento da crise econômica e da desigualdade social com a pandemia e como o Governo Federal tem conduzido as ações de enfrentamento dessa crise, favorecendo os interesses do capital. No segundo momento, buscou-se analisar como a mercantilização da saúde tem sido fortalecida com apoio estatal à saúde suplementar e, por dentro do SUS, com a complementaridade invertida e por meio da contratação de Organizações Sociais (OSs). Ademais, foi apresentado, preliminarmente, como o setor privado na saúde tem buscado se expandir a partir do retorno de práticas filantrópicas, capitaneadas pelo setor financeiro.

Palavras-chave: Pandemia. Crise do capital. Mercantilização da Saúde. Privatização. SUS público e estatal.

Abstract: This article aims to present how the private health sector has been strengthened and expanded with state support, in coping with the Covid-19 pandemic, to the detriment of the public and state SUS. To this end, a reflection was initially carried out on the scenario of deepening the economic crisis and social inequality with the pandemic and how the Federal Government has been conducting actions to combat this crisis, favoring the interests of capital. In the second moment, we sought to analyze how the commodification of health has been strengthened with state support to Supplementary Health and, within the SUS, with the inverted complementarity and through the hiring of Social Organizations (OSS). Moreover, it was presented, preliminary, how the private sector in health has sought to expand from the return of philanthropic practices, headed by the financial sector.

Keywords: Pandemic. Capital crisis. Commodification of Health. Privatisation. Public and state SUS.

Pós-Doutora em Serviço Social pela UERJ. Doutora em Serviço Social pela UFPE. Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (FSSO/PPGSS/UFAL). Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4147158058592911>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0372-7251>. E-mail: mvcc@fssoufal.br

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS/UFAL). Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2538924547856949>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0274-8066>. E-mail: vivianemedeiros.al@gmail.com

Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade de Pernambuco (PPGSS/UFPE). Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2927412132090408>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5414-2280>. E-mail: pamela.t9@hotmail.com

Introdução

Diante da maior crise sanitária de dimensão planetária, a importância dos sistemas públicos de saúde ficou evidenciada em todos os países. No Brasil, o contexto de pandemia da Covid-19 tem demonstrado o papel central do Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema público do mundo, que abrange aproximadamente 78% da população¹ como dependente, exclusivamente, dos seus serviços. Apesar do negacionismo da ciência e da minimização da pandemia pelo Governo Federal, o SUS tem conseguido dar respostas à Covid-19, mesmo não existindo uma direção coordenada nacionalmente pelo Ministério da Saúde e sem o financiamento suficiente.

Os processos de mercantilização da saúde estão presentes desde antes da consolidação do SUS, expandindo-se consideravelmente no período posterior à sua criação e tornando-se concorrencial a ele na disputa pelo fundo público. Ademais, analisando as respostas à Covid-19 por diversos países, enquanto alguns investem na estatização da saúde para melhor lidar com a situação, o Brasil tem optado pelo aprofundamento dos processos de fragmentação e desmonte do SUS, fortalecendo o setor privado, aspectos a serem tratados no decorrer do estudo aqui apresentado.

Neste artigo pretende-se analisar, em um primeiro momento, os impactos da Covid-19 no Brasil, diante da política ultraneoliberal do governo Bolsonaro. Em um segundo momento, pretende-se analisar os processos de aprofundamento da mercantilização e privatização da saúde com a pandemia do novo coronavírus, sob um Estado que prioriza a lucratividade do capital em detrimento da vida da população. Com isso, apresenta-se o apoio do Estado à saúde suplementar; a compra de serviços privados da saúde pelo setor público, no que se denominou de “complementaridade invertida”²; a realização de parcerias público-privadas para gerir os hospitais de campanhas, na contratação de Organizações Sociais (OSs); e a criação de modelos filantrópicos de assistência à saúde, geridos sob a iniciativa do setor bancário financeiro, como o caso do “Todos pela saúde”.

Crise, Desigualdade e Pandemia: interesses do mercado em curso

Desde 1970, período de instauração neoliberal, o sistema capitalista vivencia sucessivas crises econômicas e sociais de caráter estrutural e endêmico. Esses fatores são resultados das contradições intrínsecas a esse sistema, que para promover a acumulação de riquezas, em seu atual estágio de concentração e centralização capitalista, tem expropriado e explorado em patamares insustentáveis a classe trabalhadora. Harvey (2020) analisa que a atual crise sanitária, gerada pela Covid-19, se intercala com diversos aspectos estruturais do sistema capitalista, agravando os processos da crise já existente e aprofundando as contradições desse sistema. Para ele, a maneira como os países responderão à disseminação do novo coronavírus, terá como um dos principais fatores o atual estágio de desenvolvimento capitalista, assim como o modelo hegemônico adotado. “O impacto econômico e demográfico da disseminação do vírus depende de fissuras e vulnerabilidades preexistentes no modelo econômico hegemônico” (HARVEY, 2020, p. 16).

Dessa forma, o atual estágio do capitalismo, em sua fase neoliberal, caracteriza-se por incentivar o livre mercado e a desresponsabilização do Estado em garantir os direitos sociais à classe trabalhadora, propondo a mercantilização como meio mais eficaz de acesso aos serviços. Essa reconfiguração do papel do Estado, colocando para o mercado o papel de ofertar os

1 Considerando a estimativa da população brasileira do IBGE, em agosto de 2020, de 211,8 milhões de habitantes e que os beneficiários de planos de assistência médica, de acordo com a ANS, chegam a 46.911.423, nesse mês de 2020, calcula-se que aproximadamente que 78% da população brasileira depende do SUS e não acessam a saúde suplementar.

2 Expressão empregada por Correia (2012) para explicar a tendência crescente de aplicação do fundo público da saúde na contratualização de serviços privados, principalmente na média e alta complexidade, em detrimento da ampliação desses serviços na rede exclusivamente pública, caracterizando a inversão da complementaridade assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990. Assim, Correia (2012) denominou de complementaridade invertida a tendência crescente de aplicação do fundo público da saúde na contratualização de serviços privados, contrariando o estabelecido legalmente.

serviços sociais, aprofunda a desigualdade social, tornando-se um fator preocupante diante da atual pandemia da Covid-19. Harvey (2020) afirma que “exatamente da mesma forma que aprendi a chamar os terremotos da Nicarágua (1973) e da Cidade do México (1995) de ‘terremotos de classe’, assim o progresso da Covid-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça” (HARVEY, 2020, p.21).

Segundo pesquisa realizada por Correia e Alves (2020a), o novo coronavírus escancara as desigualdades sociais presentes, seja na maneira como o vírus é disseminado, seja em qual grupo social recai o maior número de óbitos. Segundo as referidas autoras, a imensa desigualdade social produz desiguais condições de adoecimento e de morte, relacionadas às desiguais condições de vida e de trabalho estruturais às relações de produção capitalista. Alguns fatores que podem contribuir com o aumento da taxa de mortalidade por Covid-19 nas populações mais empobrecidas são: 1) dificuldade de acesso a serviços de saúde; 2) condições de vida da população mais pobre; 3) a falta de acesso a saneamento básico; 4) a fome, ou necessidade de trabalhar para ganhar o dinheiro para a comida do dia; 5) as comorbidades que contribuem para a mortalidade por Covid-19, que estão mais presentes na população negra e pobre.

Logo, as pesquisas apontadas pelas autoras demonstram que o novo coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no mundo e no Brasil. Como pontuado por elas, a morte de pacientes negros, confirmadas pelo Governo Federal, no período de 15 dias³, quintuplicou, enquanto a morte de pessoas brancas nesse mesmo período, triplicou; sendo ambos os dados alarmantes, mas que demonstram desigualdades do rebatimento da doença nos diferentes grupos populacionais⁴. As referidas autoras ainda apontam o crescimento da doença nos mais pobres e nos negros e indígenas, que têm taxas de contaminação pelo menos três vezes maior do que das pessoas brancas. Além de identificarem diferenças grandes de prevalência da doença entre regiões brasileiras, grupos étnicos e socioeconômicos.

Além disso, as políticas de contrarreformas realizadas nos governos Temer e Bolsonaro, como a reforma previdenciária e trabalhista, agravaram a crise econômico-social vivenciada no Brasil, a qual atinge um novo patamar com a propagação da Covid-19. Dessa forma, as saídas buscadas pelo grande capital têm se direcionado a aprofundar ainda mais as medidas de austeridade.

Granemann (2020) levanta a hipótese de que a busca do grande capital em aumentar seus lucros e conter suas crises encontrou na pandemia do novo coronavírus “condições e justificativas ‘quase perfeitas’ para imputar, aos trabalhadores e trabalhadoras, mais sacrifícios; agora, em profundidades tais, que incluem o próprio direito a vida” (GRANEMANN, 2020, p. 5). Essa análise torna-se mais evidente com a minimização do governo Bolsonaro à pandemia e com sua prioridade dada à economia⁵, incentivando o retorno das atividades e a quebra do isolamento social (que nunca foi efetivamente implementado, devido à ausência de políticas públicas que garantissem aos trabalhadores, em situação de vulnerabilidade social as condições necessárias para isso), enquanto o índice de óbitos crescia alarmantemente, sem a construção de uma política de combate à Covid-19 que priorizasse a vida da população. De acordo com Granemann (2020),

As sucessivas contrarreformas previdenciárias, o desmonte das políticas assistenciais e o desemprego potencializaram o contágio, uma vez que trabalhadoras e trabalhadores não tiveram possibilidades de realizar o distanciamento físico

3 Pesquisa realizada no período de 11 a 26 de abril de 2020.

4 Cf.: Correia e Alves (2020a).

5 Bolsonaro propaga uma falsa dicotomia entre pandemia e economia, como se a ausência de políticas de enfrentamento da pandemia preservasse o desenvolvimento econômico. Virgínia Fontes analisa, em entrevista dada ao ANDES-SN, no dia 16 de abril de 2020, que, diante do clamor popular pela liberação urgente e imediata de recursos para assegurar a permanência dos empregos, a não redução salarial e a garantia da sobrevivência dos trabalhadores informais sob condições de pandemia, o governo Bolsonaro opta por distribuir recursos consideráveis ao grande empresariado, alegando que a economia deve ser prioridade. Exige o retorno ao trabalho, custe o que custar aos trabalhadores, reforçando uma falsa dicotomia que coloca sobre a classe trabalhadora a escolha entre garantir sua subsistência ou correr risco de morrer com a doença, tirando a responsabilidade do Estado e promovendo o lucro acima da vida.

por terem de seguir trabalhando e também porque suas habitações são desprovidas de condições de saúde como as recomendadas por instituições e organismos de saúde nacionais e internacionais (GRANEMANN, 2020, p. 5).

Dessa maneira, o governo Bolsonaro tem encontrado na pandemia do novo coronavírus e na necessidade do isolamento social, meios para impor sua política de desmonte e fragmentação dos direitos sociais, criando mecanismos para ampliar a margem de lucro do grande capital via apropriação do fundo público e apoio à saúde suplementar. Nesse sentido, observa-se que as ações do referido governo se direcionam a ampliar os processos de mercantilização da saúde, buscando desestruturar a política pública de saúde por meio de mudanças no campo jurídico e institucional, focalizando e fragmentando a assistência à saúde; medidas que ameaçam os preceitos de universalidade e integralidade do SUS, principalmente, o seu caráter público e estatal.-

Ressalta-se que, mesmo antes da pandemia, as ações propostas pelo Ministério da Saúde, dirigido pelo então ministro Luiz Henrique Mandetta, em 2019, direcionavam-se a políticas de privatização ou cortes de programas já existentes. Esse ministro propôs a desvinculação dos recursos da saúde e pôs em questionamento a gratuidade e o caráter universal do SUS, chegando a afirmar, em uma entrevista, que gostaria de levar essa pauta ao Congresso Nacional. De acordo com Sodré (2020),

Essa agenda não tomou fôlego de imediato entre as empresas médicas, seguradoras e operadoras de planos de saúde, mas posteriormente se materializou em algumas ações. Uma delas foi a redução e o esvaziamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF); uma segunda ação diz respeito à retomada do Programa Mais Médicos pelo Brasil, voltado a atender a uma antiga demanda do Revalida, do Conselho Federal de Medicina, objetivando maior embargo aos médicos estrangeiros e a ampliação de uma parceria para receber médicos recém-formados pelas faculdades privadas de medicina (SODRÉ, 2020, p. 03).

Outra medida do governo Bolsonaro na Atenção Primária do SUS foi a sua reconfiguração com a promulgação da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que tem como modelo o Serviço Social Autônomo, instituição de direito privado que objetiva substituir a administração direta da gestão da Atenção Primária do SUS.

O governo Bolsonaro tem fortalecido cada vez mais a privatização e a mercantilização da saúde. Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), há uma atualização do projeto privatista da saúde na configuração de um projeto que defende um SUS completamente submetido aos interesses do mercado privado. Nesse sentido, o exemplo mais recente, que mobilizou a sociedade brasileira, foi a publicação do Decreto Nº 10.530, no dia 27/10/2020, o qual previa a privatização da atenção básica. Após inúmeras pressões de entidades, movimentos sociais e da sociedade, de modo geral, o presidente revogou esse Decreto.

No que se refere ao financiamento da saúde, no cenário em que estava o país quando a pandemia chegou já vigorava as medidas de redução e congelamento por 20 anos dos gastos sociais, através da aprovação da Emenda Constitucional nº 95, a reforma trabalhista e previdenciária. Desse modo, além do já crônico subfinanciamento, com a vigência da referida Emenda, tem ocorrido um desfinanciamento federal do SUS. A perda para o sistema durante o período de 2018 a 2020 totaliza cerca de R\$ 22,5 bilhões a menos (Cf. DIREITOS VALEM MAIS, 2020). A previsão de perda para 2021 é de R\$ 40 bilhões. E mesmo com o escasso recurso destinado ao Ministério da Saúde para o enfrentamento à Covid-19, apenas 30% havia sido efetivamente gasto até o final de julho de 2020.

Como já exposto, a crise sanitária da pandemia da Covid-19 tem agudizado o contexto de crise do capital. Mas, as respostas do Estado à crise tem sido para beneficiar a expansão dos lucros do setor privado, especialmente preservando a financeirização do capital e os lucros bancários. Quando começaram os reflexos da pandemia no setor econômico brasileiro, em 23 de abril, o governo federal liberou R\$ 1,2 trilhão para os bancos. Entretanto, o auxílio emergencial à população vulnerável só foi aprovado no Congresso Nacional graças às pressões dos parlamentares de oposição. Nesse sentido, observa-se que a pandemia tem sido uma oportunidade para a acumulação de riqueza, pois entre março e junho deste ano, de acordo com um levantamento da ONG Oxfam, 73 bilionários da América Latina e do Caribe aumentaram suas fortunas em US\$ 48,2 bilhões. Isso equivale a um terço do total de recursos previstos em pacotes de estímulos econômicos adotados por todos os países da região. O Brasil concentra 42 desses bilionários, que juntos tiveram suas fortunas aumentadas em US\$ 34 bilhões (OXFAM, 2020).

Desse modo, analisa-se, no decorrer do artigo, as formas de privatização e mercantilização da saúde viabilizadas pelo Estado e como esses processos dificultam uma resposta à Covid-19 que diminua as desigualdades sociais no acesso à saúde e priorize a vida da população, ao tempo em que enfraquecem o SUS público estatal preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O apoio do Estado ao setor privado no enfrentamento da Covid-19: a mercantilização da saúde na pandemia

Durante a pandemia as tendências de mercantilização da saúde com o apoio do Estado à ampliação da saúde suplementar e na captura do fundo público, já presentes na política de saúde brasileira, se aprofundaram. Correia (2017) afirma que “as raízes da privatização e mercantilização da saúde estão determinadas pelos interesses do capital em usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro” (CORREIA, 2017, p. 67). A autora aponta o protagonismo do Estado nesse processo, especialmente no contexto de contrarreformas, ao apoiar a expansão do setor privado no livre mercado com isenções⁶ e incentivos, “ao dar continuidade à compra dos serviços privados pelo sistema público de saúde, e ao adotar modelos privatizantes de gestão” (CORREIA, 2017, p. 68).

Conforme a autora, os empecilhos para a consolidação do SUS estão relacionados aos interesses do capital em se expandirem no setor da saúde. Interesses que se “confrontam com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1970 e 1980. Tais interesses destroem o caráter público estatal e universal do SUS, tão caro às lutas sociais” (CORREIA, 2017, p. 67).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira opôs-se à regulação da saúde pelo mercado, pondo em xeque a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro do período da medicina previdenciária, durante a ditadura militar (MEDEIROS, 2008). Posicionamento que foi expresso durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, quando se defendeu a estatização progressiva da saúde, além da exclusividade da alocação do Fundo Público no Setor Público Estatal (CORREIA, 2017).

Entretanto, ao longo dos anos, por influência dos governos neoliberais, especialmente com a implementação da reforma do Estado por Fernando Henrique Cardoso, por meio do Ministério da Reforma Administrativa do Estado (MARE), o Estado passa a transferir suas funções para o setor privado, mediante repasse de recursos públicos. Na saúde houve a progressiva privatização com a alocação do fundo público, cada vez mais, no setor privado, para que este execute ações que eram de responsabilidade do Estado.

A seguir serão expostas algumas das formas de como as referidas tendências de mercantilização da saúde se apresentam durante a pandemia do novo coronavírus por meio do

6 De acordo com Correia e Alves (2020b), as isenções fiscais na área da saúde, em 2019, totalizaram R\$ 21.147.232.575,00, ao somar a dedução no Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF) com despesas em planos de saúde e serviços médicos privados que foi de R\$ 15.502.081.124; e o desconto no Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ) com assistência médica, odontológica e farmacêutica, prestada a empregados, que foi de R\$ 5.645.151.451,00. Montante que poderia ser adicionado ao fundo público de saúde para fortalecer a atuação do SUS.

favorecimento pelo Estado da saúde suplementar; da captura do fundo público da saúde pelo setor privado; do repasse da gestão para OSs de hospitais de atendimento à Covid-19; e pela filantropização bancária e empresarial, oferecendo serviços de assistência à saúde no combate a pandemia.

Favorecimento da saúde suplementar na pandemia e o aumento da lucratividade

As escassas respostas à Covid-19 pelo Governo Federal vão na direção de fortalecer a mercantilização da saúde. Ainda durante a gestão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta e com seu apoio, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁷ operou uma série de medidas que beneficiou as empresas de planos privados de saúde com a justificativa de desafogar o SUS no enfrentamento da Covid-19, mesmo período em que, devido à crise econômica, os usuários de planos de saúde migraram para o sistema público.

Os estudos de Correia e Alves (2020b) demonstram que as concessões e medidas que a ANS realizou para as operadoras de saúde no enfrentamento à Covid-19 preveem a liberação do total de cerca de R\$ 15 bilhões. Para as autoras,

a principal preocupação da ANS está direcionada em evitar qualquer possibilidade de crise da saúde suplementar, criando diversas medidas que flexibilizem as exigências na oferta desses serviços e que gerem processos de desregulamentação, sem construir contrapartidas que de fato resguardecem os usuários da saúde suplementar (CORREIA e ALVES, 2020b, p. 139. No Prelo).

As autoras afirmam que as concessões realizadas pela ANS com apoio do Ministro favorecem a saúde suplementar e afetam diretamente o SUS, já que parte desses recursos “seriam recursos que as operadoras deveriam destinar para a garantia do ressarcimento [ao SUS]⁸ e estão sendo liberados para subsidiá-las, tendo, dessa forma, como prioridade a saúde suplementar em detrimento do SUS” (CORREIA e ALVES, 2020b, p. 140. No Prelo).

Os estudos das autoras também demonstram um aumento da lucratividade das operadoras de planos privados durante a pandemia. A queda na ocupação de leitos frente aos riscos de contágio e um aumento de atendimentos virtuais, somado aos estímulos e apoios financeiros disponibilizados pela ANS em articulação com o Estado tornou a pandemia uma oportunidade de acumulação de capital por este setor.

Segundo as autoras, estimativas apontam que o Grupo Notredame Intermédica, por exemplo, terá seus lucros em cerca de R\$150 milhões no primeiro trimestre de 2020, significando uma alta de 45% na comparação com o primeiro trimestre de 2019. Para a Qualicorp, estima-se receita de R\$ 490 milhões, que significa uma alta de 5% na comparação com o mesmo período do ano anterior. A Hapvida prevê um lucro de R\$ 247 milhões no primeiro trimestre de 2020, que significa uma alta de 20%, comparando com o mesmo período do ano anterior (DESIDÉRIO, 2020). Esses dados evidenciam o quanto a saúde suplementar tem lucrado com a Covid-19, com anuência da ANS e apoio do Estado.

A seguir serão apresentadas as formas de continuidade do favorecimento do setor privado da saúde e enfraquecimento do SUS, em plena pandemia. Esse favorecimento tem se dado por meio da compra de leitos dos grupos hospitalares privados pelo Estado para atendimento à Covid-19, e por meio da contratação de OSs para gerir hospitais exclusivos para esse atendimento.

7 É uma agência reguladora, criada por meio da lei 9.961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por regulamentar e fiscalizar os planos e seguros privados de saúde. De acordo com a referida lei, apesar dessa vinculação, a ANS é considerada uma autarquia sob regime especial, tendo autonomia administrativa, financeira, técnica, patrimonial e de gestão de recursos humanos.

8 Criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos.

A captura do fundo público da saúde e a negação da fila única dos leitos no enfrentamento da Covid-19

A expansão da compra de serviços privados da saúde pelo setor público foi outra tendência já existente de captura do fundo público de saúde pelo setor privado que se observou durante a pandemia. Os estudos de Correia (2012) apontam que o setor privado tem se expandido por dentro do setor público por meio das contratualizações de serviços privados pelo SUS, ocorrendo a captura do fundo público pelo setor privado.

Correia (2017) aponta que a contratualização crescente de serviços da rede privada pelo SUS caracteriza a inversão da complementaridade assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, em que as instituições privadas se estabeleceram como complementares ao SUS, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (Artigo nº 199, CF/1988). Em vez do sistema privado ser complementar ao público, tem ocorrido o inverso em relação aos procedimentos hospitalares, devido ao grande número de serviços da rede privada contratualizados pelo SUS, caracterizando a complementaridade invertida.

A autora destaca que a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, preconizou que o fundo público da saúde deveria ser utilizado exclusivamente para ampliar a rede própria de serviços do SUS. Defendeu-se, assim, a estatização progressiva da saúde, conforme registro em seu relatório: “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” (RELATÓRIO FINAL da 8ª CNS, p. 12, 1986). Entretanto, Correia (2017) ressalta que vem ocorrendo uma privatização progressiva.

Correia e Silva (2020) desenvolveram um estudo sobre a contratualização de leitos pelo SUS durante a pandemia no Brasil e em Alagoas e sobre a proposta de fila única para o acesso a esses leitos.

Observou-se que durante a pandemia o Ministério da Saúde dobrou o valor do custeio diário dos leitos de UTI, passando de R\$ 800 para R\$ 1,6 mil, excepcionalmente para o atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19, por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 568, publicada em 26 de março de 2020. Segundo matéria publicada no sítio do Ministério da Saúde datada de 03 de julho de 2020,

Ao todo, o Ministério da Saúde fez um aporte na ordem de R\$ 1,283 bilhão, pago em parcela única, para estados e municípios custearem esses leitos [UTI] pelos próximos 90 dias ou enquanto houver necessidade em decorrência da pandemia (BRASIL, 2020).

A pesquisa de Correia e Silva (2020) demonstrou que uma média de que 57% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de procedimentos hospitalares foram aplicados no setor privado, nos últimos 5 anos, de 2015 a 2019. Percentual que em 2019 ultrapassou essa média e chegou aos 59%, em detrimento dos 41% aplicados no setor público. As autoras apontam que no período da pandemia essa tendência de financiamento privado com recursos públicos, via compra de serviços por contratos e convênios, vem se mantendo.

No período de março a maio de 2020, do total de R\$ 3.476.881.743,97 destinados aos procedimentos hospitalares pelo governo federal, R\$ 2.003.600.698,72 foram para o setor privado contratualizado, enquanto para a rede pública, foram destinados apenas R\$ 1.473.281.045,25, ou seja, 42% do total e os 58% foram destinados ao setor privado (CORREIA, SILVA, 2020, p.157).

Esse estudo também apontou que a fila única de leitos no SUS, proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁹ e por movimentos sociais da saúde¹⁰, não foi atendida, mesmo com respaldo legal, evidenciando que na pandemia o lucro do setor privado está acima da vida. Ressalta-se que alguns países, como a Itália, França, Espanha, Irlanda e Austrália, adotaram a fila única de leitos para atender de forma igualitária às crescentes demandas por leitos decorrentes da Covid-19.

Correia e Silva (2020) expõem que entre fevereiro e maio houve um aumento em torno de 20% no número de leitos de UTI no Brasil, aumentando de 46 mil leitos para 55 mil¹¹. Entretanto, esse aumento se concentrou na rede privada (33%), que passou de uma proporção de 4,9 leitos por 10 mil habitantes para 6,2 leitos. No SUS o aumento foi de apenas 7%, ampliando de 1,4 leitos/10.000 habitantes para 1,5 leitos.

Acontece que a maioria da população brasileira, cerca de 78%, é composta de usuários/as exclusivos do SUS. Situação que explicita uma imensa desigualdade no acesso a esses serviços, pois, “enquanto 22% da população brasileira dispõe da oferta de 6,2 leitos de UTI por 10 mil habitantes, os outros 78%, que dependem exclusivamente dos leitos do SUS, disputam a oferta de 1,5 leitos de UTI por 10 mil habitantes” (CORREIA e SILVA, 2020, p. 170). Segundo as autoras, essa desigualdade de acesso é incompatível com a Constituição Federal de 1988, com o arcabouço legal do SUS e com as legislações em período de emergência de saúde pública internacional¹².

A vida dos usuários de planos de saúde parece valer 4 vezes mais que a dos usuários do SUS. Segundo estudos da Confederação Nacional de Municípios (AGÊNCIA CNM DE NOTÍCIAS, 2020), a fila única de leitos para a UTI poderia aumentar em 86% o acesso da população a esses leitos.

Esses dados evidenciam que se houvesse a adoção da fila única dos leitos para atendimento à Covid-19 pelo Ministério da Saúde, a distribuição desses leitos para toda a população seria mais justa. Muitas mortes poderiam ser evitadas por falta de leitos disponíveis, pois se teria 7,7 leitos por 10 mil habitantes.

A própria formulação da consulta à ANS por parte desse Ministério para dar resposta à Recomendação Nº 26 do CNS sobre a fila única dos leitos já indica que a sua preocupação era com o setor privado e não com o público: “os possíveis impactos no setor de saúde suplementar acerca da adoção de uma fila única de leitos”. Correia e Silva (2020) destacam que

o MS tem total autonomia e respaldo legal para implantar a fila única, mas não é do seu interesse, coadunando com a ausência de estratégias nacionais de enfrentamento da pandemia, ao minimizá-la, tentar ocultar dados, não efetivar a aplicação dos recursos disponibilizados e ao negar as evidências científicas e as orientações da OMS. (CORREIA e SILVA, 2020, p. 177).

Chama-se a atenção para o fato de que a ausência de um plano nacional de enfrentamento da Covid-19 pelo governo federal abriu precedente para que cada estado e município agisse da forma mais conveniente para buscar as alternativas de enfrentamento a doença. Uma das formas bastante utilizadas foi a contratação das OSs para gerir hospitais exclusivos de Covid-19, como será abordado a seguir.

9 Em 22 de abril/20, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Recomendação Nº 26, recomendou “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”.

10 Movimentos sociais e pesquisadores/as lançaram no Brasil a campanha “Leitos para Todos + Vidas Iguais”, com a publicação de um Manifesto, em 12 de maio/20.

11 Dados apresentados pela Diretora Presidente da AMIB, Dra. Suzana Lobo, na 61ª reunião da comissão externa de enfrentamento à Covid-19 no Brasil, promovida pela Deputada Carmem Zanotto, na Câmara dos Deputados, em 16 de julho de 2020.

12 O inciso XXV do Art. 5ª da Constituição Federal de 1988, garante o princípio da Supremacia do Interesse Público. Também a Lei Federal nº 13.979, instituída em 06 de fevereiro de 2020, e regulamentada através da Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública internacional decorrente do Coronavírus, com o mesmo argumento da Supremacia do Interesse Público, garante a “Requisição Administrativa” dos leitos disponíveis nos hospitais privados para atender à população de forma geral, independente de ter plano privado ou não.

Repasse para as OSs nas respostas à Covid-19: desvios de recursos públicos e precarização do trabalho

De acordo com Santos (2014), o mercado financeiro tem comandado, cada vez mais, as tendências que norteiam a política de saúde, e esta, por sua vez, tem incorporado progressivamente a lógica do mercado. A privatização da gestão é um exemplo de apropriação do fundo público pelo setor privado com a utilização da própria estrutura dos serviços públicos de saúde, requerendo cada vez mais o apoio estatal. As Organizações Sociais¹³ na Saúde têm se destacado entre os modelos de gestão privatizantes que perduram e se ampliam utilizando-se da estrutura do SUS¹⁴. Conforme Andreazzi; Bravo e Menezes (2013):

as políticas de privatização da gestão que hoje se implementam de forma acelerada, além de obedecer aos ditames econômicos, entre os quais o equilíbrio de contas públicas e a legitimação do Estado através da focalização, são uma forma de extração de rendas para grupos econômicos que são criados por dentro do Estado, em articulação estreita com grupos de poder (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013, p. 4).

Durante a pandemia, o governo federal optou por se ausentar do enfrentamento da pandemia ao não criar ações coordenadas e dirigidas pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, ao negar a letalidade do vírus e ao refutar as orientações da ciência e dos órgãos internacionais. Segundo Sodré (2020), a opção de se ausentar do governo federal conferiu espaço para o setor privado, ainda que com recursos públicos.

Ou seja, a gestão da epidemia de Covid-19 está nas mãos de uma gestão indireta e terceirizada pactuada entre os estados com as organizações sociais de saúde. E, neste formato, o governo federal responsabilizou as secretarias estaduais para direcionar recursos financeiros, monitorar e fiscalizar, desempenhando um papel regulatório, ao verificar se tais OSSs cumprem a demanda agora destinada para os hospitais, as UPAs e o SAMU (SODRÉ, 2020, p. 04).

Dentro desse desmonte, a contratação de profissionais de saúde para atuarem na linha de frente da pandemia ocorreu de modo “intermitente, temporária, flexível, terceirizada e sem vinculação com um plano de carreira estatal” (SODRÉ, 2020, p. 08). Este vínculo trabalhista precarizado tem refletido na saúde dos trabalhadores e nas suas condições objetivas, a exemplo do Rio de Janeiro onde os profissionais da saúde, que estão atuando na linha de frente, estão sem receber salários e benefícios desde março. O Tribunal Regional do Trabalho determinou, no dia 18/12/2020, “que o governo do Rio de Janeiro quite uma dívida trabalhista de R\$ 38 milhões com profissionais de saúde. As dívidas são com seis organizações sociais que administram 11 unidades de saúde do estado” (RESENDE, 2020).

Tal terceirização e fortalecimento do setor privado na saúde se intensificou durante a pandemia com o repasse da gestão dos hospitais de campanhas para Organizações Sociais de

13 As OSs foram instituídas no Brasil a partir da Lei Federal nº 9.637/98. “Ela é considerada não estatal justamente por ser privada e, conseqüentemente, não faz parte da Administração Pública” (CARTILHA DE OS e OSCIP, 2010, p. 7). Elas surgem durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, como parte do processo de contrarreforma do Estado, assentada na perspectiva neoliberal de defesa de retirada do Estado da execução direta dos serviços públicos, todavia sendo assegurado o financiamento público. Desse modo, elas surgem paralelamente a implementação do SUS, ao tempo que a constituição previa ser direito do Estado em prestar o serviço público, este ausenta-se dessa execução ao incentivar a atuação privada na área.

14 Segundo dados do IBGE, “o número de estabelecimentos de saúde municipais administrados por organizações sociais cresceu de 997 em 2014 para 1.756 em 2018, incremento de 76% no período” (VALOR, 2019).

Saúde (OSS). Ao tempo em que se evidencia, também, durante a pandemia, o desvio de recursos públicos por meio dessas entidades.

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). O estado do Rio de Janeiro é emblemático no desvio de recursos públicos da saúde envolvendo as Organizações Sociais, que segundo investigações do Ministério Público Federal, chegou a cerca de R\$1,8 bilhão, entre 2007 a 2020 (COELHO; BRITO, 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 labas 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 labas 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. “O valor total do contrato investigado, com vigência de 60 meses, somado aos dois termos aditivos, é de mais de R\$ 103 milhões. Os recursos são provenientes de fontes municipais, estaduais e de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS)” (NASCIMENTO, 2020).

Corroborar-se com a análise de Sodré (2020) quando o autor afirma que:

são os grupos privados que, em regime de exceção, mais se fortalecem dentro das relações de compra e venda de serviços e mercadorias. São grupos empresariais internacionais de EPIs, respiradores e medicamentos e, além deles, em âmbito nacional, os planos de saúde e grupos hospitalares, que vendem seus leitos para os governadores. Neste formato, o SUS é tratado apenas como se fosse uma logomarca de gestão, fortalecendo o mercado empresarial da saúde (SODRÉ, 2020, p. 10).

Todavia, não tem sido apenas sob estas formas terceirizadas que o setor privado na saúde tem se expandido e se colocado como protagonista, ainda que apareça de forma camuflada de público não-estatal. Durante a pandemia, este setor, através da iniciativa denominada “Todos pela Saúde”, capitaneada pelo mercado financeiro, com apoio de pesquisadores de renome na sociedade brasileira, como Drauzio Varella, tem buscado reatualizar a filantropia na saúde através da adesão da sociedade, sob a forma de doações para tal iniciativa. No próximo item aborda-se sobre esta iniciativa.

Filantropização das respostas à Covid-19: protagonismo do setor privado via “Todos pela saúde”

Neste tópico, buscou-se também realizar uma análise preliminar sobre a iniciativa que se intitula “Todos pela saúde”. Essa instituição foi criada em abril de 2020, e apresenta-se 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 organização “Todos pela Saúde” é composta por um grupo de especialistas de diversos setores da saúde, liderados por Paulo Chapchap, diretor geral do hospital Sírio-Libanês. Apesar de se colocarem como uma instituição filantrópica autônoma, seu financiamento é realizado via bancos econômicos, com forte participação do Banco Itaú; incentivando a continuidade desse financiamento através da participação da sociedade civil, por meio do incentivo a doações.

Para a criação da organização, o Banco Itaú investiu cerca de 1 bilhão de reais, recursos repassados para a Fundação Itaú Social e, posteriormente, alocado nas iniciativas do “Todos pela saúde”, classificando-se como uma iniciativa dessa fundação, sendo, portanto, a responsável pela operacionalização das diretrizes e ações definidas previamente pela instituição filantrópica (TODOS PELA SAÚDE, 2020).

Além do investimento realizado pelo Banco Itaú, o “Todos pela saúde” recebeu mais de R\$ 238 milhões de reais, doados por empresas ou pessoa física (ITAU, 2020); uma dessas empresas foi a Fairfax Brasil Seguros Corporativos que em setembro de 2020, realizou uma parceria com a referida instituição (CCBC, 2020); além da Companhia Brasileira de Metalúrgica e Mineração (CBMM), que investiu cerca de R\$ 5 milhões de reais (CCBN, 2020).

A hipótese inicial levantada é de que essa instituição filantrópica futuramente se apresente como uma alternativa à prestação dos serviços públicos de saúde, tornando-se uma nova forma de privatização e mercantilização desse setor; fragilizando os preceitos do SUS enquanto direito social universal e fortalecendo uma ideia de filantropização desse setor. Nesse sentido, um dos aspectos preocupantes é a declaração de Paulo Chapchap, em uma coletiva de imprensa realizada pelo “Todos pela saúde”, de que a organização tem o intuito de permanecer com suas ações mesmo após a pandemia, tendo como um de seus focos a melhoria da governança do SUS (BRONZATI, 2020).

Dessa forma, atendendo aos preceitos defendidos pelo Banco Mundial e pelo empresariado da saúde de implementação da ideia de Cobertura Universal de Saúde (CUS) no Brasil. De acordo com Correia (2018), a CUS significa uma nova forma de se ofertar saúde, diferente do SUS, colocando o acesso à saúde pela via do mercado como principal estratégia e o setor público como complementar. Essa ideia vem sendo defendida desde o governo Temer, quando em 5 de agosto de 2016, criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar uma proposta de plano de saúde “acessível” para ser apresentada ao país. Esse grupo era composto, majoritariamente, pelo setor privado da saúde, apontando em seu governo a defesa de uma maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços e na definição, planejamento e execução das políticas nacionais de saúde através de um novo modelo de governança.

Considerações Finais

Pode-se inferir que o Governo Federal adotou como política não intervir de forma coordenada e planejada nacionalmente no enfrentamento da pandemia, minimizando-a e impulsionando as aglomerações, o não uso de máscara, a retração de gastos e o atraso nas providências para a aquisição da vacina. Mas, mesmo diante dessa posição do governo federal, o compromisso das trabalhadoras e trabalhadores da saúde e a abrangência e estrutura do SUS em todo território nacional têm sido imprescindíveis para salvar vidas. A pandemia demonstrou a importância da estrutura do SUS para o seu enfrentamento.

Entretanto, vale ressaltar que o SUS vem sendo sucateado, privatizado e subfinanciado desde sua gênese. Com a Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016, esse processo tem se agravado gerando o seu desfinanciamento. O setor privado tem disputado a prestação do serviço público e do fundo público por dentro do SUS, através das contratualizações, fato que se evidenciou ainda mais durante a pandemia, visto que a maior parte dos leitos de UTIs estão concentrados no setor privado da saúde.

Nessa direção, pontua-se que as demandas do capital têm sido cada vez mais respondidas pelo Estado brasileiro, em detrimento das necessidades da sociedade brasileira de ter uma saúde pública, estatal, universal e de qualidade. É nesse campo de disputas pelo fundo público que o SUS tem sido dissipado pelo setor privado, sendo sua principal expressão o seu sucateamento, o qual tem reverberado no atendimento de milhões de brasileiros/as que necessitam da política pública de saúde, especialmente aqueles que dependem exclusivamente desse sistema.

Nesse contexto, o setor privado tem encontrado mais espaço para se expandir, seja através da mercantilização da saúde, com os planos e seguros privados sendo beneficiados com o apoio do Estado; seja com as formas de captura do fundo público da saúde pelo setor privado, quando o Estado adquire serviços hospitalares desse setor, por meio da contratualização de leitos para atendimento à Covid-19, mesmo sem adotar a fila única de acesso a esses leitos; seja com a entrega da gestão dos serviços públicos, como os hospitais de campanha, para serem geridos por OSs.

Com a pandemia as necessidades de ter acesso aos serviços têm se intensificado e demonstrado a importância de um SUS universal, gratuito, estatal e de qualidade. Ao tempo em que se revela a importância do processo de qualificação dos trabalhadores/as de saúde, de sua valorização e de vínculos estáveis; da alocação do fundo público na rede pública, com ampliação dessa rede em todos os níveis de atenção, sob gestão pública estatal, como já defendia o Movimento da Reforma Sanitária brasileira¹⁵.

Com um SUS 100% público e estatal muitas mortes seriam evitáveis, pois as respostas à Covid-19 seriam mais bem gerenciadas, garantindo ações articuladas e qualificadas, diminuindo as desigualdades no acesso aos tratamentos, assim como aos leitos, possibilitando, inclusive, a construção de mais leitos para os hospitais públicos e o melhoramento de sua estrutura e valorização profissional. Destaca-se a necessidade do fortalecimento da atenção primária em saúde que vem sendo desmontada, ao considerar que 80% dos casos de Covid-19 manifestam-se de forma leve ou moderada, e da construção de uma política de ações conjuntas com outras áreas sociais que protegesse a população e priorizasse a vida.-

Os dados aqui expostos apontam a necessidade de fortalecer o SUS público estatal na contramão das formas de beneficiamento do Estado à saúde suplementar e da captura do fundo público da saúde pelo setor privado, opondo-se à saúde como fonte de lucro, como mercadoria. Esse deve ser o horizonte presente nas lutas cotidianas em defesa do SUS, na pandemia e depois dela.

Referências

AGÊNCIA CNM DE NOTÍCIAS (Brasil). **Estudo da CNM: fila única para UTI pode aumentar em 86% o acesso a leitos**. 2020. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/estudo-da-cnm-fila-unica-para-uti-pode-aumentar-em-86-o-acesso-a-leitos>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVISTA. **Significativa redução da desigualdade 2020 vs. 2015**. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/21/pesquisa_AMIB_Marco_2020.pdf. Acesso em: 09 ago. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. **Planos de saúde perdem 327 mil usuários durante pandemia do novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/planos-de-saude-perdem-327-mil-usuarios-durante-pandemia-do-novo>

15 O Movimento da Reforma Sanitária decidiu, na 8ª CNS, em 1986, pela estatização progressiva da saúde, em que o fundo público da saúde deveria ser utilizado exclusivamente no setor público estatal. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde — movimento social que se originou há 10 anos em torno das lutas em defesa do SUS e que reivindica os princípios originários da Reforma Sanitária brasileira — vem defendendo essa perspectiva, posicionando-se contra todas as formas de privatização mascaradas que têm ocorrido em nome da modernização do SUS e que se coadunam com a proposta da referida Cobertura Universal da Saúde (CUS).

-coronavirus/. Acesso em: 28 dez. 2020.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Novas articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a situação das Organizações Sociais.** In: 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte, 2013.

BRONZANTI, Aline. **Programa todos pela saúde, do Itaú Unibanco, será mantido após a pandemia.** 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/05/13/programa-todos-pela-saude-do-itaunibanco-sera-mantido-apos-a-pandemia.htm>. Acesso em: 13 nov. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Privatização da Saúde na Atualidade.** Anais do XIII ENPES - 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, Maria Valéria Costa. O protagonismo do setor privado na saúde pública brasileira. In: CORREIA, M.V.C. (Org.) **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal.** Maceió: Edufal e Imprensa Oficial, 2018.

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, 2020a. No prelo.

CORREIA, Maria Valéria Costa; ALVES, Pamela Karoline Lins. O apoio estatal à saúde suplementar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. In: **Pandemia, Determinações da Saúde e Enfrentamento da COVID-19: o lucro acima da vida**, orgs. CORREIA, Maria Valéria Costa e LIMA, Aruã Silva de. Maceió: Edufal, 2020b. No prelo.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SILVA, Clara Morgana T. Rocha 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: **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. No prelo.

COELHO, H.; BRITO, C. **Esquemas de corrupção desviaram quase R\$ 1,8 bilhão da Saúde do RJ desde 2007.** G1, Rio de Janeiro, 29 set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/29/esquemas-de-corrupcao-desviaram-quase-r-18-bilhao-da-saude-do-rj-desde-2007-valor-supera-gastos-com-a-pandemia.html>. Acesso em: 19 out. 2020.

CBMM. **CBMM reforça movimento Todos pela saúde com doação de R\$ 5 milhões.** 2020. Disponível em: <https://cbmm.com/pt/our-company/noticias/articles/todos-pela-saude>. Acesso em: 13 nov. 2020.

CCBC. **Fairfax participa do projeto Todos pela saúde de combate à pandemia de COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://ccbc.org.br/publicacoes/noticias-ccbc/fairfax-participa-do-projeto-todos-pela-saude-de-combate-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 13 nov. 2020.

DESIDÉRIO, Mariana. Em meio à pandemia, empresas de saúde devem divulgar alta nos lucros. **Exame.**, São Paulo, 06 maio 2020. Disponível em: <https://exame.com/negocios/em-meio->

-a-pandemia-empresas-de-saude-devem-divulgar-alta-nos-lucros/. Acesso em: 05 ago. 2020.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. 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.

HARVEY, David. **Política anticapitalista em tempos de COVID-19**. In: DAVIS, Mike, et al: Corona-vírus e a luta de classes. Terra sem Amos: Brasil, 2020. p. 13-24.

ITAÚ. **Doações Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.itaou.com.br/coronavirus/doacoes>. Acesso em: 13 nov. 2020.

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.

NASCIMENTO, Luciano. **PF deflagra operação contra desvio de recursos da saúde em Divinópolis**. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-12/pf-deflagra-operacao-contradesvio-de-recursos-da-saude-em-divinopolis>. Acesso em: 11 dez. 2020.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **As Organizações Sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro**. 2014. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

SODRÉ, Francis. **Epidemia de Covid-19**: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00302134. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00302.

OXFAM, Brasil. Relatório **“Quem Paga a Conta? – Taxar a Riqueza para Enfrentar a Crise da COVID-19 na América Latina e Caribe”**. 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-da-america-latina-e-do-caribe-aumentaram-fortuna-em-us-482-bilhoes-durante-a-pandemia-enquanto-maioria-da-populacao-perdeu-emprego-e-renda/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

OTOBONI, Jéssica; SALLES, Stefano. MP e Polícia Civil realizam operação em SP e RJ contra desvios na saúde, São Paulo e Rio de Janeiro. 2020. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/07/23/mp-realiza-operacao-em-sp-e-rj-contradesvios-na-saude>. Acesso em: 19 dez. 2020.

POLÍCIA FEDERAL. **Polícia Federal deflagra operação SOS para combater desvios de recursos públicos na saúde**. Polícia Federal, Brasília, 29 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/noticias/2020/09-Noticias-de-setembro-de-2020/pf-deflagra-operacao-s-os-para-combater-desvios-de-recursos-publicos-da-saude>. Acesso em: 18 out. 2020.

RESENDE, Leandro. **Justiça obriga RJ a quitar em 24 horas dívida com profissionais da Saúde**. CNN, 18 dez. 2020. <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/12/18/justica-obriga-rj-a-quitar-em-24-horas-divida-com-profissionais-da-saude>. Acesso em: 22 dez. 2020.

TODOS PELA SAÚDE. 2020. Disponível em: <https://www.todospelasaude.org/>. Acessado em: 13 nov. 2020.

VALOR. IBGE, **número de organizações sociais que gerem estabelecimentos de saúde sobe**

76%. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/09/25/ibge-numero-de-organizacoes-sociais-que-gerem-estabelecimentos-de-saude-sobe-76percent.ghtml>. Acesso em: 18 dez. 2020.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021