

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO NA PANDEMIA DE COVID-19: desigualdades e reflexões a partir do conceito de financeirização¹

Autoria:

Lucas Salvador Andrietta - Instituto de Estudos Avançados (USP)

José Antonio de Freitas Sestelo - Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (IESC-UFRJ)

Artur Monte Cardoso - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ)

Leonardo Vidal Mattos - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ)

Introdução

O conceito de financeirização tem sido utilizado com bastante flexibilidade, desde a sua disseminação há algumas décadas. De forma mais prosaica, ele está associado à diversificação, à profusão e à prevalência relativa de ativos financeiros, impulsionados pela maior mobilidade internacional do capital, por políticas econômicas orientadas por esse fim e por um certo conjunto de novidades tecnológicas disseminadas a partir da década de 1970 que favoreceram a interconexão dos mercados globais.

Também há interpretações que dão um caráter de ruptura a este momento histórico, por entender que teria havido uma mudança estrutural significativa em relação ao período de vigência dos acordos estabelecidos em *Bretton Woods* e a transição orientada pela hegemonia da ideologia neoliberal.

Para os fins deste ensaio, é necessário apontar algumas divergências em relação a estes dois pólos interpretativos. Muitas análises sobre o período trazem implícita a concepção de que nos breves trinta anos após o término da 2ª Guerra Mundial, o capital teria sido “domesticado” ou “regulado”, mesmo com abundante evidência de que, neste período, o processo de acumulação de capital se intensificou como nunca antes. Expandiu-se em volume, espalhou-se territorialmente e se aprofundou em inúmeras dimensões da vida cotidiana.

¹ Este texto foi elaborado como contribuição para o livro “Financeirização: Crise, Estagnação e Desigualdade”, organizado por Lena Lavinas, Guilherme Gonçalves e Norberto Montani (no prelo). O artigo reflete o trabalho coletivo de membros do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES-IESC/UFRJ) e do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS-FM/USP), sob coordenação, respectivamente, da Profa. Lígia Bahia e do Prof. Mário Scheffer, a quem agradecemos. As discussões derivam de resultados da pesquisa “Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil” (CNPq n. 405077/2013), publicados em edição temática dos *Cadernos de Saúde Pública* (v. 38, supl. 2, 2022), cuja finalização se sobrepôs de forma inevitável à extensa produção técnica disseminada pelos grupos desde o início da crise sanitária no Brasil, em março de 2020, e citadas oportunamente.

Esta concepção equivocada sobre os “Anos Dourados” articula, pelo menos, duas ideias principais. Primeiramente, a de que ainda seria possível falar, em pleno século XX, de uma separação concreta entre o capital industrial e o capital bancário (ou, por vezes, dito “financeiro”); e que a humanidade poderia usufruir de uma organização social que fomentasse as supostas virtudes produtivas e tecnológicas do primeiro, ao mesmo tempo em que poderia prevenir-se dos vícios do “rentismo” e de supostas distorções provocadas pelo “mundo das finanças”. Em segundo lugar, a ideia de que seria possível ou desejável generalizar - a todas as pessoas em todos os países do mundo - o modo de vida experimentado nos países centrais, por uma geração de trabalhadores integrados ao padrão produtivo fordista, num período historicamente brevíssimo e de limitado alcance territorial e social - em termos, por exemplo, de gênero e raça.

Estas ressalvas iniciais servem para indicar, a seguir, o que se denota aqui por *financeirização*, e em que sentido este conceito ajuda a compreender o contexto em que pensamos os sistemas de saúde nacionais hoje.

Financeirização, aqui, é compreendida como o processo de disseminação de um padrão sistêmico de produção, gestão e denominação da riqueza capitalista, baseado na forma do capital financeiro. Este processo caracteriza o capitalismo contemporâneo e se expressa em múltiplas dimensões, definindo a organização do sistema-mundo. Assume características específicas em contextos periféricos como o brasileiro e traz implicações relevantes para os sistemas de proteção social e as políticas de saúde em particular.

O capital financeiro é entendido como uma forma específica do capital, decorrente da *fusão* das formas parciais anteriores, uma novidade histórica que ganha proeminência a partir do final do século XIX (HILFERDING, 1973). Ela se caracteriza pela predominância de grandes monopólios em setores estratégicos, em larga escala e com elevado grau de concentração, mobilidade e forte tendência à centralização de decisões de investimento por poucos agentes econômicos. A integração de territórios, grupos humanos, atividades e setores já estabelecidos conforma um padrão de acumulação em que as exigências de valorização da riqueza são impulsionadas a um novo patamar, constituindo elemento fundamental para a compreensão da fase imperialista do capitalismo. Neste plano, os acontecimentos observados a partir da década de 1970 não provocam ruptura profunda no padrão de acumulação nem uma lógica qualitativamente diferente, embora haja, certamente, transformações e novidades históricas. As facetas mais visíveis se expressam, no plano das empresas, em novas tecnologias, instrumentos e arranjos que permitem um processo de valorização do capital mais abrangente, integrado e acelerado (ANDRIETTA; MONTE-CARDOSO, 2022).

Nestes marcos, é possível retomar a ideia que orienta este ensaio, qual seja, que as características do capitalismo contemporâneo impõem às políticas e aos sistemas de saúde nacionais certos traços e desafios, particularmente nos países periféricos. A financeirização é, neste sentido, um aspecto

relevante da atual fase, modo de existência e configuração do sistema capitalista global (SAAD-FILHO, 2020).

Financeirização e sistemas de saúde

Parte-se também de mais dois pressupostos importantes. O primeiro é o de que as políticas sociais e de saúde são historicamente determinadas, politicamente instituídas e socialmente produzidas. Portanto, são partes constitutivas das relações de produção e reprodução social no capitalismo. O segundo é de que a evolução histórica dos sistemas de saúde e das práticas de saúde são indissociáveis dos processos de expansão do complexo econômico-industrial da saúde e da disseminação global do capitalismo. Assim, as relações com o modo de produção são necessárias para a análise das políticas de saúde em nível global e local.

É curioso notar que a vasta literatura crítica às reformas nos sistemas de proteção social das últimas décadas deu ênfase muito maior aos conceitos de globalização e neoliberalismo. Apenas nos anos 2010 é que a financeirização aparece com maior destaque, não apenas no léxico utilizado nas análises, mas também no destaque dado aos elementos que caracterizam a penetração desta tendência nos setores público e privado (MATTOS, 2021):

Há grande diversidade de formas e mecanismos pelos quais a financeirização pode impactar os sistemas de saúde, com significativas diferenças de escopo, ritmo e intensidade entre países. Isso se deve em parte à heterogeneidade de configurações político-institucionais, princípios, formas organizativas, financiamento, provisão, cobertura, segmentação, participação pública e privada, etc. Ainda que tendências gerais possam ser identificadas, o desafio de investigação demanda a compreensão da especificidade dos processos históricos e políticos de cada país e de sua interação com elementos estruturais e sistêmicos, como a financeirização e o neoliberalismo. Os efeitos destes nos sistemas e nas práticas de saúde não podem ser compreendidos sem considerar articuladamente as transformações em seus componentes públicos e privados.

Os efeitos nocivos da financeirização são sistematicamente omitidos dos enunciados de reformas setoriais neoliberais - incrementais ou radicais, tradicionalmente justificadas como medidas gerenciais modernizadoras, para controlar custos, ampliar acesso ou aumentar a eficiência de serviços específicos e do sistema. Todavia, a financeirização avança e penetra em novas e antigas estruturas assistenciais e institucionais públicas e privadas, na organização, planejamento e gestão dos sistemas de saúde, criando e conectando fluxos de capital, recursos econômicos públicos e privados a mercados financeiros nacionais e internacionais.

Algumas mudanças podem ser lentas e cumulativas, atravessando décadas. Mas, especialmente a partir dos anos 2000 se aceleram por meio de reformas que abrem espaço para grandes grupos

econômicos privados e investidores como suposta solução para o financiamento e a provisão pública, para ampliação do acesso a serviços e tecnologias.

Isto se evidencia na ampliação de espaços mercantilizados e das condições de valorização do capital no interior dos sistemas de saúde; e também nos discursos ideológicos e práticas concretas disseminadas internacionalmente por instituições multilaterais, financeiras e filantrópicas como diretrizes para as políticas de saúde. Na década de 2010, por exemplo, o conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS) representou a tentativa de conciliar a ampliação dos gastos públicos e coberturas com a individualização do risco, delimitação das responsabilidades assistenciais aquém do conceito de integralidade, ampliação da estratificação, do papel do setor privado e do setor financeiro nos sistemas nacionais de saúde, especialmente em países do Sul Global (HUNTER; MURRAY, 2019).

Estes movimentos estão vinculados aos movimentos gerais do capital em nível global. Enquanto a financeirização penetra em diferentes setores da economia e dimensões da vida, o setor saúde se integra progressivamente. Evidências apontam para a intensificação de fusões e aquisições, valorização de ativos do setor, ascensão de empresas transnacionais, maior atuação de agentes financeiros, especialmente nos serviços de saúde.

Os influxos de capitais se beneficiam da criação de novos mercados e ativos, e também do movimento especulativo, sujeito a oscilações, incertezas e estratégias de curto prazo. O setor saúde se consolidou como plataforma de valorização financeira e refúgio de investidores para diversificação de risco e garantia de rentabilidade frente às crescentes instabilidades sistêmicas.

Embora isso seja mais visível em sistemas de saúde onde predominam mecanismos mercantis de *acesso* a bens e serviços - como nos Estados Unidos, país mais paradigmático desse modelo -, tais tendências surgem na maioria dos sistemas, pois empresas e outros tipos de instituições privadas se aproveitam para criar e ampliar mercados. Mesmo sistemas de saúde universais mais avançados oferecem vastas oportunidades de negócios, uma vez que são grandes compradores e têm sido objeto de reformas privatizantes orientadas por uma lógica financeirizada. Na pandemia de COVID-19 isto se intensificou, na medida em que o setor saúde foi menos impactado pela recessão global e tem ganhos superiores aos de outros setores da economia.

Empresas não-financeiras (ENF) do setor saúde têm papel ativo no processo de financeirização. Elas promovem mudanças na organização interna, estrutura do capital, financiamento e escopo de atividades. As empresas com melhores resultados e potencial de valorização buscam capitalização a partir de investimentos externos, fusões e aquisições, visando acelerar a própria expansão. Embora a lógica financeira esteja plenamente generalizada, há diferenças sensíveis no grau de integração das empresas aos circuitos mais proeminentes de valorização. Isto pode depender do porte das empresas, de seu alcance geográfico e, eventualmente, de seu caráter transnacional. Observa-se uma

hierarquia ainda mais vertical entre o grande e o pequeno capital em que esforços e ganhos são mediados pelo controle de cadeias produtivas e comerciais, tendo por base o poder financeiro e tecnológico.

Para garantir a alavancagem necessária à competição, empresas exploram cada vez mais os mercados de títulos e dívidas, derivativos, mecanismos de securitização e repasses de risco e, em menor grau, obtendo receitas correntes a partir de aplicações financeiras. A entrada de investidores institucionais, nacionais e estrangeiros, amplia a escala das operações e a crescente integração das estruturas econômicas e assistenciais do setor saúde aos circuitos financeiros. Embora haja uma tendência geral, existem enormes diferenças na assimilação da lógica financeira entre empresas produtoras de insumos e de serviços, entre empresas de países centrais ou periféricos, de tamanhos e escopos distintos etc.

O sistema de saúde brasileiro durante a pandemia de COVID-19

A COVID-19 causou uma crise sanitária mundial. Inicialmente, sem alternativas farmacológicas para controlar o novo vírus, lideranças políticas nacionais fizeram escolhas políticas difíceis. No Brasil, o governo federal falhou na - e mesmo impediu a - coordenação da crise e transformou um desafio epidemiológico em tragédia social. As consequências foram desastrosas, em casos e mortes superamos países populosos com maior proporção de idosos e diversos com renda menor.

O desafio de controlar um fenômeno como um novo vírus transmitido de pessoa a pessoa é imenso. Para evitar casos graves é necessário intervir sobre as atividades sociais presenciais, sobre a circulação e a aglomeração. A opção eficaz é o isolamento social severo, mas de curta duração. A opção pelas medidas de *lockdown* simultânea à busca ativa de fontes de infecção, com testagem, permitiram tanto à China quanto à uma democracia tradicional como a Nova Zelândia limitar o tempo de fechamento e reabrir a economia a níveis pré-pandêmicos.

Por que a resposta brasileira foi tão equivocada e fracassada? Falhamos em quase todas as etapas de controle. Recebemos um alerta, tivemos um intervalo de tempo para a preparação da chegada do vírus no Brasil, mas quando surgiram os primeiros casos, não pudemos sequer oferecer equipamentos de proteção individual para quem estava na linha de frente e faltaram testes até para diagnóstico. Continuamos atrasados no desenvolvimento e produção de testes, despreparados para evitar que os resultados demorem e tornem os exames praticamente inúteis para o controle de doenças. A infraestrutura assistencial não contou com estímulos para expansão ou, quando os teve, fez de forma tardia, cara e ineficiente (como abertura de hospitais de campanha).

Embora tenhamos a tendência de nos concentrar em soluções dependentes de tecnologias, a maioria das intervenções com efeitos expressivos não é complicada. As medidas de isolamento no Brasil foram quase que completamente tardias insuficientes e inconsistentes, o que levou ao seu

prolongamento e ao seu fracasso. Muitas vezes, houve quase nenhum esforço para efetivá-las, basta lembrar que o auxílio pecuniário emergencial chegou depois que a doença tinha se disseminado em várias cidades, meses após o início da pandemia no país. Parcelas da população não usaram máscaras, principalmente porque autoridades públicas declararam abertamente que a proteção individual é estratégia política e não barreira para o controle de infecção.

O governo federal autorizou a pesquisa e a produção da vacina da Astrazeneca em parceria com a Fiocruz, mas se contrapôs aos esforços do Instituto Butantan, instituição ligada ao governo do estado de São Paulo. A politização indevida da fabricação e compras de vacinas gerou desorganização e retardou a velocidade de vacinação. Posicionamentos contrários ao comprovante de vacinação geram desconfiança nas instituições de saúde pública. As vantagens de o país ter o SUS e um sistema de ciência e tecnologia que anteriormente nos permitiram transformar conhecimento em inovadoras ações de prevenção e terapias, foram ignoradas. Responsabilidades federais foram transferidas aos estados e municípios.

Governadores e prefeitos adotaram respostas variadas, não tanto por alinhamento político-partidário, mas por limitações de competência. Os governos infranacionais não possuem capacidade para gerar e alocar recursos para controlar pandemias, a não ser de forma muito limitada. A institucionalidade nacional da saúde foi propositalmente deteriorada, com a ocupação de cargos técnicos estratégicos por apoiadores civis e militares do governo sem qualificação para a tarefa. Desprezar a ciência e experiências históricas causou danos certamente mais duradouros do que o limite temporal da gestão do governo atual.

Negros e indígenas foram desproporcionalmente afetados exacerbando a desigualdade. Com o prolongamento da pandemia, empresas fecharam e crianças faltaram à escola em momentos críticos de seu desenvolvimento social e intelectual. O Brasil se destacou negativamente no contexto mundial das respostas à pandemia de COVID-19. Disseminação da transmissão, casos e óbitos excepcionalmente elevados, mantidos desde o primeiro semestre de 2020 e deixados sem controle, configuraram um padrão devastador da passagem da pandemia no território nacional. Desde o final de abril de 2021, o país passou a ocupar o tenebroso primeiro lugar no ranking de perdas acumuladas de vidas por habitantes durante a pandemia.²

Não foram erguidas barreiras de proteção para os três limiares de risco de doenças transmitidas pessoa a pessoa: exposição, infecção e adoecimento (KRIEGER, 2020). O principal desafio para enfrentar a pandemia foi o contexto de empobrecimento da população, pela perda de emprego e renda, disparada inflacionária dos preços dos alimentos e substituição de programas de transferência

² Our World In Data. Cumulative Confirmed Deaths per Million People. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-deaths>>.

de renda como o Bolsa Família por arremedios improvisados mediante cadastramentos por vezes inacessíveis.

Para evitar doenças e mortes em situações de alta exposição a doenças e precariedade das condições de vida e trabalho seria necessário convocar e dotar de recursos suficientes e qualificados as boas tradições de vigilância epidemiológica e medidas preventivas e cuidados aos pacientes desenvolvidas nacionalmente ao longo de décadas (WERNECK *et al.*, 2021).

A renúncia às estratégias de contenção da disseminação tiveram consequências dramáticas para a organização do sistema de saúde. A acepção de “gripezinha”, “imunidade de rebanho” adquiriu feições políticas objetivas. No início da pandemia, não havia equipamentos de proteção individual, testes, oxímetros para o pessoal que trabalhava em unidades de atenção básica. A maior parcela dos recursos assistenciais foi alocada em unidades hospitalares. A rede primária com raras exceções não foi devidamente mobilizada.

O Ministério da Saúde recebeu em 2020 um aporte de R\$39,5 bilhões do “orçamento de guerra”. Um volume de recursos financeiros significativos especialmente se cotejado com a série histórica de orçamentos federais para a saúde. Estados e municípios também aumentaram os aportes financeiros para a saúde. Entretanto, o legado da pandemia não será um SUS homogeneamente maior e mais qualificado. A opção do governo federal foi transferir recursos financeiros para estados e municípios que, por sua vez, em muitos casos priorizaram a organização de serviços provisórios tais como hospitais de campanha mediante contratação de empresas de natureza e compra de leitos privados (GPDES, 2020).

A prevenção passou a ser confundida com tratamentos precoces sem base científica, enquanto a carência absoluta de testes e o uso dos diagnósticos clínicos para desencadear políticas de rastreio e isolamento de casos ou contactantes jogaram contra o protagonismo de políticas públicas com base territorial. Tornou-se praticamente inviável articular ações para prover renda mínima, alimentação, atenção à saúde, detecção de casos suspeitos e isolamento nas áreas em que vivem os segmentos populacionais mais vulneráveis aos riscos de adoecimento e morte.

Com a limitação no potencial das unidades de atenção básica organizadas pela Estratégia Saúde da Famílias para se tornarem polos de unificação das ações para a garantia de proteção populacional e controle de propagação intradomiciliar, observou-se um acirramento de suas dificuldades estruturais. Impossibilitadas de produzir ações efetivas e características de seu nível de intervenção e pressionadas pela alta rotatividade de pessoal e por vezes atrasos de pagamento por parte de Organizações Sociais, diversos estabelecimentos de atenção primária passaram a realizar atividades de pronto-atendimento para uma demanda crescente de casos e referenciar pacientes graves.

Um balanço, necessariamente provisório, das unidades ambulatoriais públicas entre dezembro de 2019 e 2021 sugere crescimento pouco significativo das bases assistenciais do SUS. A variação

percentual do número de postos de saúde e centros de saúde foi 0,05% e 4,85%. Mesmo a propalada ênfase na saúde indígena e os problemas de saúde mental que acompanharam a pandemia não tiveram uma resposta proporcional em termos do aumento da capacidade instalada. As unidades de saúde indígena cresceram 12,91% e os centros de atenção psicossocial 4,81%.³

Descontinuidades administrativas e proposições de mudanças para Atenção Básica

No início do governo Bolsonaro, a equipe do então Ministro Mandetta propôs uma alteração de nomenclatura e dos critérios de contratação de médicos do Programa *Mais Médicos*. O programa passou a se denominar *Médicos pelo Brasil*, Lei 13.958 aprovada na Câmara dos Deputados com 391 votos favoráveis e 6 contrários em dezembro de 2019.

A intenção dos formuladores seria a correção de alegadas distorções pretéritas tais como o estímulo à “indústria de faculdades de medicina privada”, a distribuição de vagas e o regime de contratação de médicos por meio de uma “agência” a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), com natureza de serviço social autônomo. Três proposições foram condensadas pelos formuladores da nova política: a rejeição aos médicos cubanos⁴ por parte de diversas entidades médicas, a promessa de campanha do Presidente de estabelecer uma carreira de Estado para médicos e as críticas à ineficiência do Estado.

Simultaneamente foi instituído o Programa *Previne Brasil* pela Portaria 2.979 de novembro de 2019, que alterou o financiamento para os municípios para os serviços de atenção primária. A transferência de recursos para a atenção básica passaria a obedecer a critérios de capitação ponderada (percentual de cadastramento dos mais pobres, como os que recebem auxílios governamentais) e pagamento por desempenho. Um conjunto de intenções para incrementar a focalização, desvinculando a atenção básica de compromissos com a universalidade da atenção e uso de fórmulas comprovadamente incorretas para a remuneração de pessoal na atenção primária.

Essas iniciativas foram postas de lado por sucessivas gestões no Ministério da Saúde, que na prática deram continuidade aos editais para a convocação de profissionais bolsistas para o preenchimento de parte das vagas do *Mais Médicos*. Em janeiro de 2022, a ADAPS convocou um concurso para 4.057 médicos bolsistas e 595 tutores médicos que serão inseridos no quadro de profissionais da agência. O edital,⁵ que atraiu cerca de 16.357 candidatos⁶ deixa implícito que novas contratações de

³ Elaboração própria dos indicadores a partir de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, Ministério da Saúde, 2022).

⁴ Médicos cubanos haviam sido contratados a partir de parceria com a OPAS no programa “*Mais Médicos*” e foram alocados preferencialmente em áreas remotas.

⁵ ADAPS. Processo Seletivo para o Provimento de Vagas e Cadastro Reserva. Edital nº 01, ADAPS de 31 de Dezembro de 2021. Disponível em: <<https://fs.ibfc.org.br/arquivos/441178074d3e9ea7eb7cbff13c735e34.pdf>>.

⁶ Governo do Brasil. Atenção Primária. Processo seletivo recebe mais de 16 mil inscrições no Programa *Médicos pelo Brasil*. 17 de fevereiro de 2022. Disponível em:

médicos para a ADAPS dependem do dimensionamento do Programa *Médicos pelo Brasil*. Ou seja, são apenas mais um juramento de substituição progressiva do *Mais Médicos*, não por coincidência, em ano eleitoral.

Ao recusar o enfrentamento da COVID-19 em nome da “saúde” da economia, o governo federal se tornou cúmplice de mortes que poderiam ter sido evitadas e não logrou reverter a recessão econômica. Entretanto, afirmaram-se posicionamentos favoráveis ao SUS, à atenção primária e à ciência. Não é mais possível dizer para as pessoas lavarem as mãos sem saneamento adequado ou para não se aglomerarem com as condições de moradia em favelas e comunidades ou dos transportes públicos existentes. Lidar com as desigualdades tais como evidenciadas pela pandemia é tarefa para o SUS e requer regenerar o potencial integrador da atenção primária à saúde com o conjunto dos serviços assistenciais e da saúde com as demais políticas sociais.

As deficiências da oferta de ações e serviços do SUS se tornaram uma saga nacional. Ora se enfatiza a falta de leitos, ora de médicos e suas dramáticas consequências: filas que são mais depósitos de pacientes do que fluxos dinâmicos para o acesso; idas e vindas de unidades de saúde de doentes graves, que não deveriam ter sido mandados de volta para casa; casos de neoplasia com diagnósticos tardios e início de tratamento postergado, entre outros inúmeros, frequentes e acumulados problemas da compatibilidade entre o tamanho e qualidade do SUS com as necessidades de saúde da população.

Na Alemanha, por exemplo, que possui o maior número de leitos de UTI *per capita* da Europa, os hospitais não ficaram sobrecarregados e, mesmo no pico da primeira onda (em 18 de abril de 2020), 12.336 leitos de UTI (ou 41% da capacidade de leitos de UTI disponíveis) ainda estavam vagos. Mesmo assim, o governo alemão ampliou a oferta hospitalar (mais 7.000 leitos) e posteriormente redirecionou-os para pacientes não infectados.

Os erros e omissões do governo federal podem ser evidenciados pela oferta pública de serviços de saúde antes da pandemia e no final de 2021. A rede pública ambulatorial não teve um crescimento expressivo em suas unidades encarregadas da atenção primária. As unidades de saúde da família, centros e postos de saúde, que registram uma cobertura potencial de 60% da população, praticamente preservaram a oferta anterior à pandemia. Similarmente estabelecimentos cujas atribuições são direta ou indiretamente à vigilância à saúde, tais como laboratórios de saúde pública estaduais (Lacens) tiveram um crescimento pouco significativo, especialmente quando se recorda que o país atravessou sucessivas ondas da transmissão da COVID-19.

Os problemas de saúde mental que acompanham a pandemia não tiveram adequada resposta pelo SUS. Os centros de atenção psicossocial cuja oferta era notoriamente insuficiente não foram priorizados. Adicionalmente, a saúde indígena tampouco foi objeto de investimentos adicionais.

Os estabelecimentos públicos que realizam atendimentos de urgência, pronto-atendimento e internações também apresentaram incremento discreto. Hospitais gerais e pronto-atendimento, se considerada o aumento e envelhecimento da população teriam uma expansão incompatível com as tendências demográficas que estavam em curso previamente a pandemia.

Em síntese a rede pública de serviços de saúde permaneceu em termos de tamanho inferior às necessidades e a pandemia não se tornou um vetor que alterou o ritmo de expansão dos estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares. Os estabelecimentos privados e filantrópicos tiveram em geral um crescimento inferior ao da rede pública em relação às unidades com internação e discretamente superior nos serviços ambulatoriais. Os investimentos financeiros no SUS não alteraram o padrão da quantidade de unidades de saúde públicas.

Houve falta de leitos, especialmente de terapia intensiva durante as fases de colapso do sistema de saúde. A expansão de leitos para pacientes muito graves ocorreu tardia e lentamente.

Contudo, em dezembro de 2021 a capacidade de leitos públicos de terapia intensiva era aproximadamente duas vezes maior do que a registrada em 2019. Tal aumento repercutiu sobre a composição público-privada que em 2019 estava configurada pela participação pública de 37% do total e em 2021 passou para 44%. Nos estados como São Paulo e Rio de Janeiro, nos quais predominavam os leitos privados de CTI, a parcela pública cresceu de 30% para 37% e 40% para 46%, respectivamente, no intervalo de dois anos.

Como se sabe houve um reiterado empenho de secretários estaduais e municipais de saúde para manter os leitos públicos que abriram durante a pandemia funcionando Portaria GM/MS 160 de 27 de janeiro de 2022 embora alguns tenham fechado no início de 2022.

O setor privado e filantrópico também expandiu leitos de terapia intensiva. Enquanto o público passou a contar com mais 22.400 leitos intensivos, o privado adicionou 17.200 unidades ao seu acervo. Em algumas unidades da federação (Acre, Roraima, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) o aumento do privado superou o observado para o público.

Equipamentos estratégicos para o diagnóstico de casos graves de COVID-19 estão concentrados no setor privado. Em 2019, apenas 12% dos cerca de 5.000 tomógrafos computadorizados existentes no Brasil estavam instalados em estabelecimentos públicos. Embora o setor público tenha adquirido novos equipamentos, a ampliação dos tomógrafos realizada pelo privado foi em números absolutos superior à do público e a composição entre público, privado e filantrópico permaneceu intacta, confirmando um padrão de iniquidade desfavorável ao SUS e com grandes disparidades regionais.

O setor privado durante a pandemia

A pandemia de COVID-19 provocou a piora de indicadores econômicos em nível mundial, mas uma análise detalhada no nível microeconômico mostra que os impactos foram heterogêneos: alguns setores e empresas tiveram desaceleração de suas atividades, enquanto outras puderam se beneficiar do contexto de crise generalizada.

Em cada contexto nacional, essas assimetrias se expressaram de forma distinta, mas o resultado geral acentua os traços de um padrão de acumulação altamente financerizado. O aspecto mais relevante para o caso brasileiro parece ter sido a expansão dos grupos econômicos proeminentes.

No setor saúde, a pandemia fez expandir o faturamento de empresas farmacêuticas e empresas de planos de saúde, enquanto houve desaceleração e prejuízos para alguns grupos hospitalares privados e empresas de diagnóstico.

É sabido que não há grandes oscilações na demanda por produtos farmacêuticos durante crises econômicas. Os acontecimentos confirmaram a expectativa do setor de que o período seria estável para a indústria em geral, com grande benefício para as envolvidas na produção e distribuição de produtos para a prevenção e tratamento da COVID-19 (KAPLAN *et al.*, 2021).

Nos EUA, houve aumento da lucratividade de empresas de planos de saúde durante a pandemia. As três maiores empresas, Anthem, Humana e UnitedHealth Group, tiveram retornos financeiros acima do período imediatamente anterior. O desempenho contrasta com as perdas para prestadores de serviços, que tiveram reduzido volume de operações em consequência do adiamento de procedimentos eletivos durante as piores fases da pandemia. Até mesmo a maior empresa do setor, a Quest, registrou queda na quantidade de exames realizados e também na receita (QUEST, 2020). Houve também redução no faturamento de consultórios médicos, clínicas e hospitais privados, com destaque para os de menor porte.

Assim como no Brasil, um sistema baseado em planos e seguros com fins lucrativos, majoritariamente apoiados no emprego formal, não atende às necessidades de saúde da população, sequer antes da pandemia. Após a chegada da crise sanitária, esta estrutura se revela perigosa e mortal. Milhões de americanos estão perdendo seus empregos e seu seguro saúde exatamente no momento em que precisamos que todos tenham acesso a cuidados e tratamento para doenças (STATE OF REFORM, 2020).

As empresas de planos de saúde nos EUA aumentaram mensalidades, apesar de críticas e resistências. De acordo com o inquérito anual da *Kaiser Family Foundation*, realizado em 2020, o valor médio da contraprestação para contratos individuais aumentou 4% (chegando a aproximadamente R\$3.500 mensais), sendo que 83% dos contratos são empresariais (KFF, 2020).

Com algumas especificidades, o cenário brasileiro é bastante similar. No primeiro ano da pandemia no Brasil, a indústria e o varejo farmacêutico registraram aumento de suas margens de lucro, assim

como empresas de planos e seguros de saúde privados; por outro lado, hospitais e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia tiveram queda no volume de atividades, em grande medida pelas orientações de não-utilização de serviços de saúde não relacionados à COVID-19.

Mesmo com o colapso generalizado de hospitais nos piores momentos da pandemia, os planos de saúde gastaram menos, em decorrência da interrupção e adiamento de consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos eletivos. Todavia, as receitas foram mantidas e não houveram redução de mensalidades. Em 2020 especialmente, atingiram as menores marcas históricas de sinistralidade. Em 2021, o mercado voltou a experimentar o crescimento do número de clientes depois de certa estagnação desde 2016.

Os resultados heterogêneos entre os subsetores da saúde privada brasileira formam um quadro complexo para a análise das atividades econômicas relacionadas à assistência à saúde. A dinâmica desses setores também é influenciada por inúmeras relações entre empresas prestadoras de serviços e aquelas que os remuneram, além de diversos tipos de interações público-privadas que se dão no plano das relações comerciais estabelecidas com o setor público, a participação direta ou indireta na gestão e também em formas de subsídio, subvenções e créditos através dos quais o fundo público favorece o desempenho de determinados grupos econômicos.

Apesar dessa complexidade, é possível identificar uma significativa tendência de crescimento das empresas líderes, de centralização de capital e de adoção de estratégias agressivas de expansão e concorrência. A expressão mais nítida desta tendência no setor de saúde é a ocorrência cada vez mais frequente de operações financeiras de grande escala, notadamente as fusões e aquisições entre grupos que estão no topo de seus subsetores, além de operações de crédito e abertura de capital na bolsa com oferta de ações e de títulos de dívida privados.

A pandemia parece não ter tido impacto capaz de interromper ou modificar esta tendência, sendo possível inclusive argumentar em contrário: a conjuntura favoreceu a permanência e o fortalecimento dos grandes grupos econômicos atuantes na saúde em posição de destaque no universo corporativo. Destaca-se o acelerado ritmo de aquisições feitas por empresas de plano de saúde, como Amil, SulAmérica, Bradesco Saúde, Notredame Intermédica e Hapvida, além da fusão dos dois últimos durante a pandemia. As empresas controladas incluem outros planos menores, além de hospitais, clínicas e laboratórios (GUIMARÃES, 2021).

Como é também característico em períodos de crises econômicas, mesmo em setores que sofreram impactos negativos, as empresas mais bem posicionadas lograram beneficiar-se de estratégias de expansão e concentração. Destaca-se o *IPO* realizado pela Rede D'Or, oriunda do ramo hospitalar, que em 2020 foi a responsável por uma maiores aberturas de ações da história da bolsa de valores de São Paulo. O grupo ainda adquiriu parcela relevante da Qualicorp, destacada administradora de planos de saúde do país, e anunciou em 2022 a aquisição da SulAmérica, grande seguradora no

setor de saúde. Grupos econômicos tradicionais em seus subsetores também seguiram expandindo e diversificando multissetorialmente suas atividades. Duas das maiores empresas de planos de saúde com serviços próprios, a Hapvida e o Grupo Notredame Intermédica, ambos listados na bolsa B3 brasileira, concluíram em 2022 uma fusão anunciada no ano anterior. Laboratórios como DASA e Fleury, farmácias e drogarias também tiveram operações financeiras de destaque no período (Época, 2020; FEHOSP, 2020; GOEKING, 2020). Diversos empresários do setor de saúde alçaram-se a posições de destaque no noticiário corporativo (CALAIS; ANDRADE, 2021).

O conjunto das operações dá evidências de que as estratégias de expansão se mantiveram durante a pandemia, e caracterizam-se por vários elementos, como aquisições de grupos empresariais menores, atuantes em múltiplas atividades econômicas e com certa tendência de expansão territorial para locais específicos, notadamente Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, além da tentativa de manter a competitividade em praças mais saturadas como São Paulo e Rio de Janeiro.

Padrão de gasto com saúde no Brasil

A pandemia da COVID-19 explicitou e acentuou tendências já existentes, relacionadas às distorções de um sistema de saúde que se consolidou num contexto capitalista e periférico.

No plano mais geral, essas tendências resultam num padrão de gasto com saúde totalmente incompatível com a afirmação de um sistema de saúde público e universal. Quando se considera a evolução de gastos governamentais e privados nos últimos 20 anos, o traço inequívoco do período é acanhadíssimo e insuficiente crescimento dos recursos públicos destinados à saúde, simultâneo à exuberância cada vez maior do gasto privado, seja ele para o pagamento direto de produtos e serviços ou para o pré-pagamento de mensalidades de planos e seguros.

Em 2005, as despesas federais com saúde eram equivalentes às mensalidades pagas pelos clientes de planos. Em 2019, antes da chegada da pandemia, a receita dos planos de saúde já é 82% maior que as despesas da União (ANDRIETTA *et al.* 2021). Se é verdade que houve uma recuperação do gasto público com saúde em 2020 e 2021, o gasto federal, deduzido o gasto com vacinas para COVID-19, já caiu de 2020 para 2021.

A escala dos fluxos financeiros na rede assistencial privada não se justifica pelo aumento da demanda de planos privados. Embora o número de clientes de planos de saúde oscile em determinadas conjunturas econômicas, não há uma variação significativa na cobertura, que têm se mantido tradicionalmente em torno de 25% da população. Por outro lado, a tendência predominante que se verifica é o aumento real no valor das mensalidades, quase dobrando entre 2005 e 2019, que explica o persistente e acelerado crescimento das receitas do setor.

Como resultado, temos um sistemático aumento da participação das empresas de planos de saúde nos gastos totais, uma característica marcante do sistema de saúde brasileiro.

Segundo dados divulgados recentemente, o Brasil registrou em 2019 um recorde histórico na participação do gasto privado em saúde. Apenas 39,8% do gasto com saúde neste ano foi realizado pelo setor público (IBGE, 2021). Este movimento contraria inclusive a experiência de outros países em que o gasto privado é historicamente elevado, como na África do Sul, por exemplo (GORDON *et al.*, 2020).

Embora o Brasil acompanhe a trajetória internacional generalizada de aumento das despesas com saúde, aqui a tendência é acompanhada de uma intensificação das desigualdades estruturais no financiamento e no acesso (OCDE, 2020a, 2020b, 2021). É importante observar que este movimento ocorre numa conjuntura em que se questiona fortemente a capacidade de sistemas segmentados garantirem cobertura efetiva de serviços de saúde (LOZANO *et al.*, 2020).

Considerações Finais

A pandemia de COVID-19 explicitou de forma dramática tendências já existentes há décadas. Além da tragédia social que observamos, o resultado para o sistema de saúde é a intensificação de desigualdades e o aprofundamento de distorções estruturais.

O SUS, que demonstrou seu papel crucial para nossa sociedade, sai enfraquecido da pandemia, com obstáculos mais profundos para a consolidação de seu caráter universal, igualitário e efetivo. Ficaram evidentes os custos trágicos da limitação estrutural à manutenção e à expansão de ações e serviços públicos.

A fragmentação e a fragilidade de mecanismos de controle e regulação impediram o sistema de oferecer um contraponto a decisões governamentais extemporâneas e não efetivas.

Também se observou uma exuberante atuação da iniciativa privada no setor de saúde, que demonstrou seu grau de influência política e pôde beneficiar-se da omissão de responsabilidades, da frouxidão regulatória e do oportunismo em ações e omissões nas políticas de saúde do período.

Os efeitos da financeirização sobre o sistema de saúde se refletem nos fenômenos abordados. Interferem especialmente na disputa por políticas de saúde universais e por soberania sanitária. Conforme empresas do setor saúde crescem e se financeirizam, proprietários e executivos também se fortalecem politicamente, ampliando convergências de interesses e ganhando acesso e influência sobre grupos, núcleos e esferas de poder do Estado.

Crescem obstáculos para o controle democrático, a participação social e a garantia do interesse público, bem como o desenho de políticas de saúde que promovam a justiça social ou se contraponham às bases do padrão de acumulação estabelecido.

A influência de grandes grupos econômicos se impõe também na incorporação de tecnologias e na implantação de novos modelos assistenciais e gerenciais. Eles estão mais bem posicionados para a introdução e difusão acrítica e desregulada das inovações do momento (como a telemedicina, o uso massivo de *big data* no contexto da saúde, a inteligência artificial, etc.). Isto sugere o fortalecimento de um padrão de incorporação que favorece o potencial de exploração econômica de ações e serviços, mas que aprofunda a segmentação do sistema.

Quando se combinam a privatização dos sistemas de saúde e a financeirização, também se intensificam várias formas de espoliação, seja do fundo público ou de recursos coletivos destinados a outras políticas sociais. A dificuldade em cumprir as promessas dos sistemas de saúde alimenta um quadro de insatisfação social e aumento das desigualdades, ainda que haja um clamor pelo fortalecimento dos serviços públicos, que ganhou novo peso simbólico na pandemia de COVID-19. A dinâmica da financeirização na saúde aprofunda contradições políticas e sociais observadas atualmente no Brasil e no resto do mundo, como resultado de décadas de hegemonia neoliberal. É necessário buscar brechas para a politização da questão sanitária de forma que o sistema de saúde seja pensado de forma articulada a propostas alternativas de justiça social e democracia substantiva.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Boletim Covid-19. Várias edições, março a dezembro/2020. Disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/comunicacao-e-imprensa/releases>>. Acesso em 10/08/2022.

ANDRIETTA, L.S.; MONTE-CARDOSO, A. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, v. 38, suppl. 2, p. e00006020, 2022.

ANDRIETTA, L.S. e outros. Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. *in*: Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Paulo Gadelha, José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Telma Ruth Pereira, organizadores. Rio de Janeiro : Edições Livres, 2021. p.235-261.

ÉPOCA. NEGÓCIOS. Covid-19 leva Fleury a prejuízo de R\$73,3 mi no 2o tri. 30 de julho de 2020. Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Empresa/noticia/2020/07/epoca-negocios-covid-19-leva-fleury-a-prejuizo-de-r733-mi-no-2o-tri.html>>. Acesso em 25/08/2022.

FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS, CASAS DE SAÚDE, LABORATÓRIOS DE PESQUISAS E ANÁLISES CLÍNICAS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (FEHOESP). Ao UOL, presidente do SindHosp afirma que saúde privada perde R\$ 18 bi na pandemia. 08 de julho de 2020. Disponível em: <<https://fehoesp360.org.br/iepas/noticia/6817/ao-uol-presidente-do-sindhosp-afirma-que-saude-privada-perde-r-18-bi-na-pandemia>>. Acesso em 25/08/2022.

CALAIS, B.; ANDRADE, J. milionários brasileiros da área da saúde são os que mais ganharam dinheiro durante a pandemia. Forbes, Money, 05/02/2021. Disponível em:

<<https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/bilionarios-brasileiros-da-area-da-saude-sao-os-que-mais-ganharam-dinheiro-durante-a-pandemia/>>. Acesso em 27/08/2022.

GOEKING, W. Covid-19 derruba 90% da demanda por outros exames e telemedicina avança na pandemia, aponta Alliar. Valor Investe, 20 de julho de 2020. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2020/07/20/covid-19-derruba-90percent-da-demanda-por-outros-exames-e-telemedicina-avanca-na-pandemia-aponta-alliar.ghml>>. Acesso em: 25/08/2022.

GORDON, T., BOOYSEN, F. & MBONIGABA, J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. BMC Public Health 20, 289, 2020.

GUIMARÃES, F. Hapvida propõe fusão à Notredame Intermédica e pode criar empresa de saúde de R\$120 bilhões. Estado de São Paulo, 08/01/2021. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,hapvida-faz-proposta-a-notredame-intermedica-par-a-fusao,70003575119>>. Acesso em 25/08/2022.

GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE (GPDES/IESC/UFRJ); GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE E INTERAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS (GEPS/DMP/FM-USP). Consulta Documentos das Empresas (Relações com Investidores), 2020.

GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE (GPDES/IESC/UFRJ). Recursos para o enfrentamento da COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. notas técnicas/UFRJ, IESC. GPDES. Rio de Janeiro: GPDES, 2020.

HILFERDING, R. El capital financiero. [s.l.]: Tecnos; 1973.

HUNTER, B.M.; MURRAY, S.F. Deconstructing the Financialization of Healthcare. Dev Change. 2019;50(5):1263-87.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). PNAD – Suplemento Saúde, 1998, 2003, 2008.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, 2019.

_____. Conta-Satélite da Saúde: Brasil 2010-2017. Contas Nacionais, n.71, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acesso em 25/08/2022.

INTERNATIONAL MONETARY FUND (IMF). World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, World Economic Outlook, October 2020.

KAISER FAMILY FOUNDATION (KFF). Employer Health Benefits. 2020 annual survey. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2020-Annual-Survey.pdf>>. Acesso em 25/08/2022.

Krieger, Nancy. Coronavirus (COVID-19): Press Conference. Harvard T.H. Chan. School of Public Health. 5 de novembro de 2020. Disponível em: <<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/coronavirus-covid-19-press-conference-with-nancy-krieger-05-11-20/>>. Acesso em 25/08/2022.

KAPLAN, D. A et al. Pharma Industry Only Moderately Affected While Helping Mitigate COVID-19 Pandemic Impact. 16 Mar 2020. Disponível em: <<https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200316-pharma-industry-only-moderately-affected-while-helping-mitigate-covid-19-pandemic-impact-11391384>>. Acesso em 25/08/2022.

LOZANO, R. et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, v. 396, n. 10258, p. 1250-1284, outubro/2020.

MATTOS, L.V. Financeirização, neoliberalismo e sistema de saúde no Brasil: estudos em economia política da saúde. Tese de Doutorado. IESC-UFRJ, 2021.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity. 2020. Disponível em: <<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity-b1f6b68b/>>. Acesso em 25/08/2022.

_____. Health at a Glance: América Latina e Caribe. 2020b. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6089164f-en/1/3/6/index.html?itemId=/content/publication/6089164f-en&_csp_=1ac29f0301b3ca43ec2dd66bb33522eb&itemIGO=oecd&itemContentType=book>. Acesso em 25/08/2022.

_____. Health at a Glance, OCDE, 2021. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book>. Acesso em 25/08/2022.

QUEST DIAGNOSTICS. Quest Diagnostics Announces Preliminary Second Quarter 2020 Financial Results, July 13, 2020. Disponível em: <<https://newsroom.questdiagnostics.com/2020-07-13-Quest-Diagnostics-Announces-Preliminary-Second-Quarter-2020-Financial-Results>>. Acesso em 25/08/2022.

SAAD-FILHO, A. 2020. “Varieties of Neoliberalism in Brazil (2003–2019)”. *Latin American Perspectives* 47 (1): 9–27.

WERNECK, G. et al. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. Julho/2021. Disponível em <<https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/>>. Acesso em 25/08/2022.