

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

MERCEDES QUEIROZ ZULIANI

**PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E AS  
MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

VITÓRIA/ES  
2022

MERCEDES QUEIROZ ZULIANI

**PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E AS  
MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Política Social.  
Orientador: Dr. Gustavo Moura de Cavalcanti Mello.

Coorientadora: Dra. Adriana Ilha da Silva.

VITÓRIA/ES

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Zuliani, Mercedes, 1982-  
Z93p Privatizações na Saúde : a atuação do Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e as mudanças no sistema de saúde brasileiro / Mercedes Zuliani. - 2022.  
189 f. : il.

Orientador: Gustavo Mello.  
Coorientadora: Adriana Silva.  
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Privatização. 2. Saúde. 3. Aparelho Privado de Hegemonia. I. Mello, Gustavo. II. Silva, Adriana. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 32

---

MERCEDES QUEIROZ ZULIANI

**PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E AS  
MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Política Social.

Aprovada em: 25 de março de 2022.

**Comissão Examinadora:**

---

Professor Dr. Gustavo Moura de Cavalcanti Mello  
ORIENTADOR – PPGPS/UFES

---

Professora Dra. Adriana Ilha da Silva  
COORIENTADORA - PPGSC/UFES

---

Professora Dra. Virgínia Maria Gomes de Mattos Fontes  
NIEP-MARX UFF/ENFF

---

Professora Dra. Lígia Bahia  
IESC/UFRJ

---

Professora Dra. Lívia de Cássia Godoi Moraes  
PPGPS/UFES

**MERCEDES QUEIROZ ZULIANI**

**PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO  
COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E OS IMPACTOS NO SISTEMA DE  
SAÚDE BRASILEIRO**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do  
Programa de Pós-Graduação em Política Social da  
Universidade Federal do Espírito Santo como requisito  
parcial para obtenção do Grau de Mestre em Política  
Social.*

**Aprovada em 25 de março de 2022.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Professor Doutor Gustavo Moura de Cavalcanti Mello  
Orientador/Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Adriana Ilha da Silva  
Coorientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Lívia de Cássia Godoi Moraes  
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Lígia Bahia  
Universidade Federal do Rio de Janeiro**

**Professora Doutora Virgínia Maria Gomes de Mattos Fontes  
Universidade Federal Fluminense**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
GUSTAVO MOURA DE CAVALCANTI MELLO - SIAPE 2308220  
Departamento de Economia - DE/CCJE  
Em 25/03/2022 às 12:35

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/387079?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
LIVIA DE CASSIA GODOI MORAES - MATRÍCULA 2277171  
Membro - Colegiado do Programa de Pós-graduação em Política Social  
Em 25/03/2022 às 16:30

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:

<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/387568?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
ADRIANA ILHA DA SILVA - SIAPE 1698886  
Departamento de Serviço Social - DSS/CCJE  
Em 25/03/2022 às 16:42

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/387606?tipoArquivo=O>



Às trabalhadoras e aos trabalhadores, cuidadoras e cuidadores, educadoras e educadores em saúde, minha grande inspiração!

Às pessoas que perderam suas vidas nesta pandemia, seguiremos denunciando!

A meu pai, Mario (in memoriam), pelo estímulo e celebração de cada momento!

## AGRADECIMENTOS

Há tanto e tantas a agradecer. Estar viva e passar pela pandemia com alimento e companhia já são motivos, embora a dor e indignação pelo presente me instiguem a seguir as lutas. A chegada até aqui é fruto, também, de conquistas e de privilégios, por ter lugar para morar, trabalho, amizades, acesso à universidade pública! Cabe a mim a responsabilidade de, junto a quem luta, seguir trilhando os caminhos do esperar para as reivindicações intransigentes. Inspirada e agradecendo os vários coletivos de que faço parte: o setor de saúde do MST, na pessoa de Didi (direção nacional) e Rosângela (militante histórica e assentada no ES); o setor de gênero, com a guerreira Atiliana e Lu; à turma do mestrado (2019) e ao Grupo de Pesquisa Trabalho e Práxis – GPTP, cujo aprendizado, troca e cuidado, ajudaram a enfrentar as durezas da realidade, ao mesmo tempo analisando-a; aos coletivos de mulheres, de educação popular, do fórum de saúde, dos quais construímos e fazemos parte, mesmo com os desafios deste período.

Agradeço, também, a quem me deu forças e incentivos para cursar o mestrado. À querida coorientadora e, acho que posso chamar de amiga, Adriana Ilha, que me acolheu e socializou materiais e sorrisos, mesmo antes de eu pensar em ingressar no mestrado e que, infelizmente, a pandemia dificultou os possíveis cafês e debates que tivemos que fazer virtualmente. Ao orientador Gustavo, que mesmo sendo de outra área, aceitou e contribuiu muito com o trabalho, nas suas análises rigorosas e críticas exigentes para garantir o método e a análise. Agradeço pela paciência!

A pessoas que encontrei no caminho e prontamente auxiliaram, fizeram indicações, análises compartilhadas (ou não) e estímulos ao estudo e elaboração. Rauta, Maria Inês, André Guiot, agradeço muito a vocês.

À querida Virgínia Fontes, sempre disposta a contribuir, entendendo a dinâmica da militância, mas nos chamando atenção para o grande desafio e necessidade da elaboração e estudo teórico, na luta de classes. Além disso, socorrendo quando precisamos de apoio em outras trincheiras. Gratidão! Você segue sendo inspiração.

Lígia, obrigada por responder prontamente e aceitar mais um trabalho no estudo das formas de dominação na saúde. Por suas críticas severas que me fizeram pensar e seguir no desafio da leitura crítica desta realidade e nos posicionamentos necessários. Obrigada!

Lívia, você foi sempre maravilhosa, na pós-graduação, no grupo de pesquisa e na vida, como mulher. Inspiração de uma militância marxista com a práxis colada na realidade, “sem perder a ternura”, o que nos ajuda a transitar nesse ambiente acadêmico, compreendendo seu

sentido para a vida.

Esta conclusão não seria possível sem o estímulo permanente de meu amado pai, Mario (in memoriam) cujos últimos anos de vida pude vivenciar de perto. Foi quem comemorou comigo a alegria de passar nas seleções dos mestrados e, em diálogos permanentes, me ajudou a definir qual escolheria. Entre um programa que poderia ser melhor para o currículo e outro que satisfaria minhas inquietações, como sempre, me ajudou a seguir o que desse maior sentido à práxis. Quase desisti do mestrado, recém-iniciado, devido à sua partida. Contudo, lembrando de como seus olhos brilhavam ao me ver chegar e discutir as temáticas estudadas nos primeiros dias de aula e de como abria mão de minha companhia e cuidado (intensos nos últimos dias de vida) para que eu fosse a Vitória participar das aulas, abstraí das forças e de sua memória para seguir e concluir mais esta fase. Senti, e sinto, muito sua falta e de nossos intensos e sempre divergentes diálogos, mas convergentes e belos sorrisos, e desejos de um mundo melhor, de alimentação saudável e de educação libertadora para todas as pessoas. Saudades sempre, pai. Amo você!

Não seria possível se não tivessem os alimentos de minha amada mãe, Eliete, para o corpo e para o espírito. Sua comida deliciosa e sempre pronta, ainda que soubera, era parte da reprodução social, e o cultivo e beleza de suas flores, cuidados, garantiram a minha dedicação. Desculpe-me pelos estresses causados e por perder a paciência várias vezes. Reitero que aprendi com você a não aceitar as verdades impostas e nem a calar diante das iniquidades. Amo você!

À companhia, mesmo que distante, de minhas irmãs, Daniela e Rachel, e de meus irmãos, Alessandro e João Batista, por debater e suportar temas políticos, familiares, pessoais, que garantiram a nossa saúde mental. A minhas sobrinhas Eliana, Aline e Gabriela e meus sobrinhos Lucas e Edoardo, por serem alegria e inspiração para seguir a luta por justiça e um mundo melhor.

Aos grupos de amigades e companheirismos, especialmente ao grupo Das amigas e Flor de Castanheira, cuja resistência se fez presente pelo afeto, flores, fofocas e escuta, dos momentos mais sombrios destes tempos aos mais felizes que nos deram sopros de esperança. Maria Raimunda, Suely, Izabel, Cici, Ana Emília, agradeço com cheiros e poesias. Samuel, agradeço por me lembrar sempre dos meus objetivos com o mestrado e ser exemplo de coerência e amor com a classe, mesmo que com os sacrifícios das ausências.

A minhas amigas queridas, especialmente Gabi, Mirinha, Flavinha, Anamada (e sua família), sempre presentes em minha vida, independente se no cotidiano dos dias/anos ou nos momentos de férias (risos) – pessoas a quem quero muito bem e aprendo sempre. Ah, também agradeço a Maria Luisa e família, por serem alegria e presença no dia a dia durante a pandemia,

com sorrisos, brincadeiras e um pouco de sonhos e criatividade.

Não posso deixar de agradecer às mestras e aos mestres do Programa de Pós-Graduação em Política Social, à nossa secretária Adriana Pratti, às trabalhadoras e aos trabalhadores da Ufes, que cotidianamente constroem esta Universidade e que possam se organizar para lutar por direitos! À CAPES, por financiar esta pesquisa. Espero que também possamos defender e seguir lutando pela universidade e pela ciência, em tempos de obscurantismo. Às revisoras Kamila, Luana e Thiara, o trabalho de vocês foi importantíssimo e seguiremos.

## DEFESA DA ALEGRIA

Defender a alegria como uma trincheira  
defendê-la do escândalo e da rotina  
da miséria e dos miseráveis  
das ausências transitórias  
e das definitivas

defender a alegria por princípio  
defendê-la do pasmo e dos pesadelos  
assim dos neutrais e dos neutrões  
das infâmias doces  
e dos graves diagnósticos

defender a alegria como bandeira  
defendê-la do raio e da melancolia  
dos ingênuos e também dos canalhas  
da retórica e das paragens cardíacas  
das endemias e das academias

defender a alegria como um destino  
defendê-la do fogo e dos bombeiros  
dos suicidas e homicidas  
do descanso e do cansaço  
e da obrigação de estar alegre

defender a alegria como uma certeza  
defendê-la do óxido e da ronha  
da famigerada patina do tempo  
do relento e do oportunismo  
ou dos proxenetas do riso

defender a alegria como um direito  
defendê-la de Deus e do Inverno  
das maiúsculas e da morte  
dos apelidos e dos lamentos  
do azar  
e também da alegria

Mario Benedetti

## RESUMO

Há uma ampliação das relações público-privadas na saúde, que perpassam as políticas públicas e o sistema de saúde no Brasil. Seu contexto de transformações econômicas, políticas, culturais e sociais, com o regime neoliberal e as crises, impactaram as relações de trabalho, gestão e regulamentação, e apontaram para outras formas de dominação. Este trabalho propõe o estudo do Instituto Coalizão Saúde (Icos), demonstrando a sua organização e agenda, entre 2015 e 2020, configurando-o como Aparelho Privado de Hegemonia (APH), assim como a análise do contexto de mudanças nas políticas de saúde brasileiras. Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica. São analisados os documentos publicados pelo Icos entre 2015 e 2020. Os principais teóricos considerados são Donnangelo (1995, 1976), Braga (2018), Bahia (2018, 2019, 2020, 2021), Sodré (2020), Harvey (2005, 2020), Chamayou (2020), Prado (2015, 2020), Choonara (2018), Marx (1994), Fontes (2012, 2020) e Hoeveler (2019). A partir da análise documental, averigua-se que as principais temáticas abordadas pelo Icos englobam a gestão, a formação e o trabalho em saúde, bem como a pesquisa e a regulação, cujas propostas vão ao encontro das mudanças técnicas do trabalho em saúde. A formação de líderes para a gestão e de pacientes responsáveis pelo seu cuidado, assim como as mudanças na regulação, de forma a priorizar as relações público-privadas ou o domínio do privado sobre o público, principalmente através dos contratos de gestão, mas também pelas mudanças de pagamento em saúde, e da apropriação dos dados pelos grupos empresariais também são identificadas como políticas-alvo do Icos. Outro elemento importante é a forma filantrópica com que se o Instituto se insere nas políticas públicas ou com grupos sociais e comunitários, mas cujo financiamento é público. A sua atuação se deu no Estado restrito através das mudanças de legislação e políticas públicas, e na Sociedade Civil através da formação profissional e das ações de responsabilidade social para construção de consensos. A pesquisa acerca do Instituto Coalizão Saúde contribui para compreender de que forma as classes dirigentes se organizam e constroem proposições, reivindicando inserção ou captação das ações públicas de saúde. Ela também verifica quais são as tendências político-econômicas do Estado brasileiro na relação com empresas, corporações e governos, na dinâmica do capitalismo contemporâneo. Os Aparelhos Privados de Hegemonia (APHs) assumem uma perspectiva de educação e/ou organização das classes dirigentes, ou mesmo das classes subalternas, na dinâmica da luta de classes. E encontram-se diversos intelectuais orgânicos, que assumem a posição dominante, o que, no caso em questão, mantém vínculos e reproduzem o circuito internacional dos interesses imperialistas na área da saúde no Brasil, cumprindo seu papel de articulação e mediação com o setor público. O período de pandemia explicitou algumas das tendências observadas em relação às condições de vida e trabalho, bem como à necessidade de reorganização das classes dominantes mediante as crises que se apresentam.

**Palavras-chave:** Privatizações. Sistema de saúde. Aparelhos privados de hegemonia (APH). Icos.

## ABSTRACT

There is an expansion of public-private relations in healthcare, which permeate public policies and the healthcare system in Brazil. Its context of economic, political, cultural and social transformations, with the neoliberal regime and the crises, impacted labor relations, management and regulation, and pointed to other forms of domination. This paper aims to study *Instituto Coalizão Saúde* (Icos) demonstrating its organization and agenda between 2015 and 2020, configuring it as a Private Hegemony Apparatus (APH), as well as the analysis of the context of changes in Brazilian healthcare policies. This was a documental and bibliographic research study. The documents published by Icos between 2015 and 2020 were analyzed, and the main theorists studied were Donnangelo (1976), Braga (2018), Bahia (2018, 2019, 2020, 2021), Sodré (2020), Harvey (2005, 2020), Chamayou (2020), Prado (2015, 2020), Choonara (2018), Marx (1994), Fontes (2012, 2020) and Hoeveler (2019). From the document analysis, it was possible to verify that the main themes addressed by Icos encompassed management, training and work in healthcare, as well as research and regulation, whose proposals meet the technical changes in healthcare work, the formation of leaders for managing and patients responsible for their care, as well as changes in regulation in order to prioritize public-private relationships or the domain of private over public, mainly through management contracts but also, through changes in healthcare payments, and the appropriation of data by business groups. Another important element is the philanthropic way in which they are inserted in public policies or in social and community groups, but whose funding is public. *Icos*' performance took place in the restricted State through changes in legislation and public policies, and in Civil Society with professional training, with social responsibility actions to build consensus. The research on the Instituto Coalizão Saúde contributed to understanding how the ruling classes organize themselves and build propositions, claiming their insertion or capture of public healthcare actions, as well as what the political-economic trends of the Brazilian State in the relationship with companies, corporations and governments are in the dynamics of contemporary capitalism. The Private Apparatuses of Hegemony assume a perspective of education and/or organization of the ruling classes or even of the lower classes, in the class struggle dynamics. And there are several organic intellectuals who take the dominant position, which, in this case, maintain ties and reproduce the international circuit of imperialist interests in the healthcare area in Brazil, fulfilling their role of articulation and mediation with the public sector. The pandemic period made explicit some of the trends observed in relation to living and working conditions, as well as the need to reorganize the ruling classes before the crises emerging.

**Keywords:** Privatization. Healthcare policies. Private Hegemony Apparatus (APH). Icos.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura organizativa .....	28
Quadro 2 – Relação das associadas que compõem os Conselhos Administrativo, Fiscal e Consultivo, em uma das duas gestões. ....	30
Quadro 3 – Áreas de Formação e trajetórias das representações das entidades que compõem o Icos .....	31



## FIGURAS

Figura 1 – Complexo Industrial da Saúde .....	39
Figura 2 – Iniciativas do Icos .....	40
Figura 3 – Icos e os Modelos de Pagamento baseados em Valor .....	55

## LISTA DE SIGLAS

ABIMED – Associação Brasileira da Indústria de alta Tecnologia de Produtos para a Saúde  
ABIMED – Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para a Saúde  
ABRAIDI – Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde  
ABRAMED – Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica  
ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde  
AMB – Associação Médica Brasileira  
ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APH – Aparelho Privado de Hegemonia  
AsQ – American Society for Quality  
CBEXs – Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde  
CDPP – Centro de Debates de Políticas Públicas  
CEIS – Complexo Econômico-Industrial da Saúde  
CEME – Central de Medicamentos  
CMB Confederação da Santa Casa e Hospitais Filantrópicos  
CNI – Confederação Nacional da Indústria  
CNI – Confederação Nacional da Indústria  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNSa – Confederação Nacional de Saúde  
COMSAÚDE – Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde e Biotecnologia da FIESP  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
Diretora do DASA – Diagnóstico da América  
EC – Emenda Constitucional  
FBH – Federação Brasileira de Hospitais  
FEHOESP – Federação das Santas Casa e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo  
FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar  
FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo  
FMUSP – Faculdade de Medicina da USP  
HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein  
ICOS – Instituto Coalizão Saúde  
INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
OS – Organização Social  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PL – Projeto de Lei  
PPP – Parceria Público-Privada  
SBIS – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde  
SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria Farmacêutica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
 <b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>CARACTERIZAÇÃO DO ICOS – COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E PROPOSTAS: A CONFIGURAÇÃO DE UM APH EM SAÚDE</b> .....	26
1.1 HISTÓRIA, COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ICOS .....	26
1.1.1 <b>Composição empresarial do Icos no Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS)</b> .....	37
1.2 AS PROPOSTAS DO ICOS E MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE .....	40
1.2.1 <b>Gestão, Formação e Trabalho em Saúde</b> .....	41
1.2.2 <b>Pesquisa e Regulação</b> .....	58
1.3 APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA NA SAÚDE: AS RELAÇÕES DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE E SEUS INTERESSES.....	65
1.3.1 <b>Compreendendo as categorias de Aparelho Privado de Hegemonia e Estado Integral em Gramsci</b> .....	66
1.3.2 <b>Icos como APH e o Estado Brasileiro: implicações sobre a política de saúde</b> .....	69
 <b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>ICOS, SISTEMA DE SAÚDE E AS DINÂMICAS DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO</b> .....	75
2.1 A AGENDA EXPLÍCITA DO ICOS NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	75
2.2 MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE, AS CRISES DO CAPITALISMO E O IMPACTO NOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	88
2.2.1 <b>Setor privado na saúde brasileira entre 1970 e 1990</b> .....	95
2.2.2 <b>Anos 2000: a saúde no Brasil, as privatizações e a dominância do capital financeirizado</b> .....	104
2.3 ICOS E AS ESTRATÉGIAS DE CLASSE NA SAÚDE.....	112
2.3.1 <b>O engodo da responsabilidade social e da filantropia como estratégia</b> .....	118
 <b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>PANDEMIA E PERSPECTIVAS DA SAÚDE NO BRASIL</b> .....	125
3.1 PANDEMIA DA COVID-19 E O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	125
3.2 <b>RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E O ESTADO BRASILEIRO EM TEMPOS DE PANDEMIA</b> .....	137

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>150</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A – TABELA: EVENTOS COM PARTICIPAÇÃO DO ICOS, DESCRITOS NOS RESUMOS EXECUTIVOS.....	169
ANEXO B – TABELA: ENTIDADES DE RELAÇÃO DO ICOS.....	171
ANEXO C – RELAÇÃO DAS ASSOCIADAS ATUALMENTE, SEGUNDO A PÁGINA DO ICOS (FEVEREIRO DE 2021) E COM FONTES DE INFORMAÇÕES DE SEUS RESPECTIVOS SÍTIOS ELETRÔNICOS.....	174

## INTRODUÇÃO

Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence.

(Privatizando, Bertold Brecht)

“Saúde não é mercadoria” é a expressão de ordem de nossas organizações em defesa da saúde pública e estatal, embora a mercantilização domine as relações sociais no capitalismo. As privatizações, as parcerias público-privadas, as ações de responsabilidade social, as compras diretas e indiretas de insumos e equipamentos, a produção de materiais ou mesmo sua divulgação no setor da saúde, a formação de trabalhadores/as, entre outras, são formas de relação entre público e privado que se apresentam na saúde brasileira. Diante disso, é um desafio compreender as formas de dominação, organização e atuação do empresariado na saúde e sua relação com o setor público-estatal, referenciando Gramsci e sua teorização sobre as formas de construção de hegemonia a partir da Sociedade Civil e da Sociedade Política. Por isso, esta pesquisa se envereda por tal curso.

Da militância na saúde e nas causas sociais há alguns anos, e com o aprendizado que a formação crítica e a participação nas lutas permitiram, advém a necessidade de seguir no aprofundamento teórico, construindo sistematizações que permitam ampliar a análise sobre o processo de mercantilização da saúde no capitalismo contemporâneo. A trajetória de vida e militância sempre esteve relacionada aos processos de formação em saúde, nos territórios de Reforma Agrária, nos coletivos de saúde e educação, na organização e coordenação de cursos, sejam formais ou de formação política. O trabalho realizado com populações do campo, da floresta e das águas, especialmente com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), seja no campo da formação, seja na organização de espaços de cuidado, de práticas populares e de educação popular em saúde, trazem a necessidade de ampliar a compreensão sobre a situação da saúde e as disputas de projeto desse setor na luta de classes.

Com a participação nos espaços de saúde e luta social, são várias as questões e inquietações que se apresentam como necessidade de compreensão: a própria relação das lutas de classes e o setor da saúde, as estratégias do campo popular para as ações em saúde, a relação com o Estado e governos, os limites das políticas públicas ou de conquistas que acreditamos ter, os desafios da organização política no campo da saúde e sua relação com a luta e

organização política mais geral, entre outros. Decerto, a práxis muito nos ensina. Ela também exige de nós, militantes, mais rigor nas análises, apropriação do método que nos ajude a compreender sobre quais são as formas de dominação nesse campo e como se reproduzem. Esse é um desafio permanente que cabe às organizações, porém, tão importante quanto é a produção de pesquisas e conhecimento que subsidiem as formulações e lutas da classe trabalhadora.

O ingresso no mestrado em Política Social da Ufes ocorreu num período em que, pessoalmente, poderia dedicar tempo para estudo e elaboração. Entretanto, no início do curso, a responsabilidade do cuidado com meu pai e sua partida, com suas conseqüentes mudanças e sofrimentos, tiveram impacto neste percurso. Outras questões de ordem pessoal e política também interferiram e, logo em seguida, fomos surpreendidas pela pandemia da Covid-19. Situar o contexto de construção do trabalho acadêmico, de ordem crítica, parece-me importante, não para justificações ou lamentações, mas sim para demarcar os desafios da produção de conhecimento com qualidade e da garantia da permanência de pesquisadores(as) na dinâmica atual de exigência de produtividades. Desse modo, o desafio se tornou maior, visto que ler, estudar e elaborar em meio ao caos em que vivemos, e entender a realidade que também está relacionada à temática de estudo, foi de enorme sofrimento. Contudo, como colocado nos agradecimentos, tive condições estruturais, embora não muito psíquicas, o que ficou possível graças às redes de apoio e coletivos. Bom, decerto que os desafios seguem para quem não aceita esta realidade, sendo necessário seguir pesquisando e construindo diálogos e lutas nestes tempos de barbárie. Sendo assim, esta pesquisa é uma contribuição ao processo coletivo de investigação das formas de privatização e empresariamento da saúde no Brasil.

Isto posto, é importante acentuar que o período de pandemia explicitou e acentuou a crise sanitária. Além disso, trouxe à tona as desigualdades e iniquidades produzidas pelo capitalismo, as insuficientes ações pelos sistemas de saúde que foram privatizados e desfinanciados ao longo dos anos, as vulnerabilidades das mulheres, das pessoas em situação de rua, das comunidades e territórios de trabalhadores/as pobres, em sua maioria negros, e as condições de trabalho, seja na saúde, seja nos outros setores, inclusive a informalidade. Acentuaram-se, ainda, as disputas pelo público, além do aumento das violências e iniquidades sociais. E, observaram-se as ações e saídas que governos e organizações priorizaram, sendo tragicamente perceptíveis o avanço do setor privado sobre o recurso público, com suas formas de convencimento social, assim como as ações insuficientes dos governos e instituições no campo da saúde em nível internacional (DAVIS, 2020, p. 12), o que ainda nos coloca, no início de 2022, com uma nova onda e permanência da pandemia, além das iniquidades.

Por isso, uma breve análise desse momento teve que passar o estudo, na busca de

informações acerca da atuação do setor privado, as formas em que conduziram as ações e relações, seja entre o próprio setor, seja com as políticas públicas e o Estado. Isso no que tange às medidas sanitárias, à produção e distribuição das vacinas, e outras formas de enfrentamento à Covid-19, tanto de ordem econômica, quanto políticas e mesmo ideológicas. Também foram observadas as transformações dos sistemas de saúde e das políticas públicas, demonstrando a correlação de forças na defesa dos interesses públicos ou privados. Importante situar a crise sanitária nesse contexto visto que “as relações de influência recíproca entre saúde e economia, estruturas sociais e políticas são historicamente associadas ao desenvolvimento da saúde pública” (CARVALHO; BUSS, 2012, p. 123). Estamos vivenciando na saúde, na economia e na política tendências desse modo de produção, que busca a incessante valorização do valor e a transformação de tudo em mercadoria, com mudanças importantes e com a dominância do capital financeirizado, porquanto um processo cheio de contradições.

### **O contexto pandêmico de Covid-19 e suas implicações para o estudo**

Diante deste momento, foram propostas muitas ações para o enfrentamento da atual realidade. As do Governo Federal foram negacionistas e baseada em notícias falsas (as *fake news*), embora com fartos financiamentos para o setor privado, a produção de hidroxiclороquina, a negociação escusa de vacinas, o que levou à demora no início da vacinação em massa. Isso levou a organização mais federativa dos estados que, em sua maioria, tiveram de coordenar suas próprias ações em saúde, visto que o Ministério da Saúde estava sob comando do presidente e de militares indicados. Enquanto os serviços de saúde estavam colapsando e profissionais atuavam sem Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), várias ações foram sendo propostas e disputadas. Movimentos sociais e trabalhadores(as) garantindo suas existências com solidariedade, contra-argumentos e doações.

Os grupos empresariais organizaram-se para realizar doações, influenciar nas questões referentes ao trabalho e à saúde. Contudo, essas doações parecem estar atreladas às propostas ou a determinada condução da política. Seria uma espécie de discurso, por parte das empresas, de contribuição para resolver os problemas e, com intenção velada, de propagandear seus negócios.

As experiências de gestão da pandemia pelas Organizações Sociais (OSs) demonstraram sua ineficácia e inadequado uso do recurso público na construção de hospitais de campanha e compra de insumos e equipamentos, além do não funcionamento das unidades construídas,

como foi o caso do Rio de Janeiro (BdF, 2020).

Esses são alguns exemplos do que a pandemia foi explicitando nos processos sociais e políticos no Brasil. São as várias formas de se construir hegemonia, tal qual o Icos e tantos outros, utilizam de formas de convencimento para criar consenso social, querem controlar a gestão dos recursos públicos, ao mesmo tempo em que implementam mudanças econômicas e políticas no setor público. Entretanto, isso não é novidade no Brasil. São vários os Aparelhos Privados de Hegemonia empresariais que atuam na saúde, alguns desde o período da ditadura empresarial-militar, outros mais recentes. Diferenciam-se, muitas vezes, em suas relações intraburguesas<sup>1</sup> com o Estado restrito, no papel que cumprem na Sociedade Civil e, também, sua articulação nacional/internacional.

O período de construção do regime constitucional brasileiro permitiu a reorganização empresarial e as diferentes formas de combinação política. “Além da consolidação de seus próprios interesses e de espaços de disputas entre o próprio empresariado, desde a década de 1980 começou a implantar-se uma nova geração de APHs empresariais de cunho filantrópico, cujo maior alcance e solidez foram atingidos a partir dos anos 1990” (FONTES, 2020, p. 25). Esse período é justamente o período de implementação das políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde no Brasil, fruto de reivindicação, construção e luta pela Reforma Sanitária. Porém, no afã das disputas, a legislação permitiu a continuidade do setor privado e filantrópico como complementar no país, mas, que foi tomando cada vez mais lugar e força. Assim, a garantia constitucional do direito à saúde é dificultada pelas várias formas de mercantilização da saúde.

Há uma imbricação público-privada, com financiamentos públicos para o setor privado e com a construção ideológica sobre o setor privado ser mais eficiente que o público, que por muitas vezes se alimenta das desigualdades regionais, morosidade e do desafio da integralidade da atenção. A convivência de hospitais de luxo para quem pode pagar, com um acesso melhorado (em partes) para quem tem planos de saúde e reduz seu custo do imposto de renda e ainda, com o não acesso, precarizado ou demorado pela maioria das pessoas que têm o SUS como opção, é a latente realidade. Esse SUS está sendo transformado desde que foi criado e vêm sendo gradativamente absorvido pela lógica empresarial dominante, abocanhado pelo setor

---

<sup>1</sup> Há divergências e disputas de interesses entre o empresariado. Bahia (2019) discute sobre os de grupos econômicos de planos de saúde ou hospitalares, argumentando que “os primeiros procuram controlar acesso e pagar menos pela assistência; os segundos, dependendo dos incentivos, tendem a facilitar a utilização de procedimentos” (BAHIA, 2019). São disputas intraclasse burguesa, cujas ações diferem, mas, também, se aproximam quando necessário. Então, cada fração da classe possui formas de atuação, relações e pautas conforme seus interesses.



privado e atacado, de várias formas, no que existe de inovador, como a participação e controle social, a garantia de servidores(as) públicos e a construção de modelos de assistência integral.

Na década de 1990, o período de implementação legislativa do SUS corresponde à ascensão neoliberal, que impõe grandes desafios para as políticas públicas. Na década seguinte, a implementação segue com a combinação de avanços e retrocessos devido à política de conciliação de classes por parte do Governo Federal, com ampliação das formas privadas de gestão pública e institucionalização frágil das políticas de equidade e participação social. Segue na década de 2010 com o acirramento político e necessidade do capital em acumular, com pressão internacional e impactando no sistema de saúde, inclusive na abertura ao capital estrangeiro em 2015. É nesse contexto que o Instituto Coalizão Saúde (Icos) é criado e, junto de tantas outras formas privadas, constrói propostas e incide no sistema de saúde.

Nesse sentido, qual seria o papel do Instituto Coalizão Saúde a partir de então? Para que serve sua organização, com uma direção que se mantém por duas gestões, cujas representações são de associados do setor da saúde, formados por farmacêuticas, hospitais, planos de saúde e associações patronais? Quais são suas formas de atuação no sistema público de saúde?

O Instituto Coalizão Saúde se propõe a “retomar” a organização da cadeia produtiva do setor da saúde, com elaborações de documentos-síntese da agenda para fortalecimento do setor privado – filantrópico no período da disputa de condução política nacional brasileira. Mais recentemente, em 2021 seu foco de atenção foi o debate, ainda que virtual, sobre o modelo de saúde inglês, bem como produção de materiais sobre modelos de pagamento a partir dessa referência britânica. Isso pode demonstrar seu papel na pauta imperialista na saúde. É cada vez mais visível estas articulações e a criação de institutos, sociedades, associações e coalizões. Versar sobre tais formas organizativas como estratégia de ampliar as parcerias público-privadas, as construções ideológicas e materiais, inclusive com as conciliações de classes no capitalismo contemporâneo, além de cumprirem um papel nacional/internacional, é o desafio deste estudo.

Conforme exposto pelo seu vice-presidente, Giovanni Guido Cerri, em uma publicação em inglês na revista de medicina da USP, o Icos tem como principais eixos de proposição para as mudanças no sistema de saúde brasileiro: a) ética e conduta nos negócios; b) inovação; c) parceria público-privada; d) promoção da saúde; e) racionalização na regulação; f) parceria com o órgão técnico e de assistência e; g) sustentabilidade financeira do setor da saúde. Justificando serem propostas para melhorar o SUS no Brasil, conclui que

[...] os eixos levantados pelo Instituto Coalizão Saúde revelam os principais

problemas a serem superados na missão de procurar proporcionar à população brasileira um atendimento de saúde decente e de alta qualidade, e certamente os problemas centrais são a gestão do setor público em particular e o financiamento adequado (CERRI, 2016, p. 3).

As propostas de parceria público-privada e demonstração da agenda do Instituto vão sendo divulgadas entre o meio acadêmico e médico por quem faz parte da direção do Icos. Além disso, a representação empresarial na saúde defende, em nome de toda a população, as formas como devem ser as políticas, o financiamento e mesmo a condução na saúde pública. Contudo, no artigo “A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para o sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018)”, as autoras constataam que “pouca atenção tem sido dada ao conteúdo de propostas voltadas para a reforma do sistema de saúde e ao significado dessa grande articulação dos diversos representantes privados organizados em torno de uma única entidade, o Icos” (MORAES *et al.*, 2018, p. 4480).

Uma exceção nesse cenário seria o trabalho de Bahia e Scheffer (2018), pesquisadores que têm importantes estudos sobre o empresariado da saúde, e que analisam o Icos como uma articulação de grupos econômicos, em que

A atuação dos empresários da saúde, antes predominantemente articulada em torno de agendas bastante particularizadas, foi substancialmente modificada. A criação da entidade Instituto Coalizão Saúde (Icos), no contexto das eleições para a presidência da república de 2014, representou um marco na articulação de grupos econômicos das indústrias (equipamentos, medicamentos) com aqueles que atuam precipuamente na assistência médico-hospitalar. A explicitação da liderança de São Paulo (a entidade é coordenada pelo ex-superintendente do hospital Albert Einstein, atual presidente da maior empresa de planos de saúde e por um professor da Universidade de São Paulo - USP ex-secretário de saúde da cidade de São Paulo) afirma inequivocamente a localização no Sudeste para a ‘medicina de qualidade’ no País. (BAHIA; SCHEFFER, 2018, p. 169).

Outra crítica realizada é de Bravo e Andreazzi (2019). Em texto sobre as políticas de saúde e a formação de trabalhadoras(es) para o SUS, apontam o momento de criação do Icos para o interesse de fortalecimento das parcerias público-privadas, diferenciando inclusive propostas dos governos Temer e Bolsonaro na saúde.

Olhando-se para o próprio setor privado, destaca-se, em 2015, a criação de uma entidade, o Instituto Coalizão, que organiza quase o conjunto dos distintos segmentos empresariais, desde a indústria farmacêutica até os hospitais privados, passando por planos de saúde. E, inclusive, pela Unimed, o que bota uma pá de cal nas suas contradições de origem com a chamada “medicina empresarial”: Em 2017, o Instituto divulga sua agenda através do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”. As parcerias público-privadas são as principais estratégias por ele propostas e que passam por desenvolver “com maior segurança jurídica” o modelo de Organizações Sociais de Saúde e estimular as Parcerias para Desenvolvimento de Produtos. Defendem, ainda, as carreiras de Estado para funcionários do Ministério da Saúde e Agências Reguladoras e não para prestadores

de saúde, como os médicos defendem. Importante considerar que os planos de saúde de autogestão, que se organizam através da UNIDAS, ficaram de fora do Instituto, O que parece mostrar que querem manter as iniciativas próprias no campo da defesa de seus interesses, provavelmente marcando seu objetivo institucional de não se constituir como empresas mercantis da saúde e sim, facilitadoras de benefícios ocupacionais. (BRAVO; ANDREAZZI, 2019, p. 427-428).

O levantamento bibliográfico<sup>2</sup> inicial e o acesso a publicações e debates que citam o Icos demonstraram que se trata de um elemento novo a ser estudado no campo da saúde, embora existam vastos trabalhos sobre empresariado da saúde. E que as análises sobre o Icos não são unívocas.

Visto que o Icos é recente e ainda há poucas análises e referências na literatura da saúde, a pesquisa procura verificar qual a configuração do Instituto Coalizão Saúde e como o órgão se insere na dinâmica do setor. Outro objetivo foi comparar as proposições com as mudanças legislativas/políticas no sistema de saúde brasileiro para, assim, analisar as formas da participação de tais empresários no acompanhamento e na formulação de políticas públicas, desvendando sua intimidade como o Estado, bem como os contratos gerados e geridos por tais entidades nos processos de dominação e novas formas organizativas.

## Metodologia

Esta é uma pesquisa qualitativa cuja metodologia utilizada é de natureza bibliográfica e documental, com fontes documentais diversas, sendo livros e artigos científicos. Foram analisados todos os documentos do Icos<sup>3</sup>, de 2015 a 2020, como publicações escritas, vídeos do Youtube, sítios eletrônicos, matérias de jornais ou outras publicações que se referiam ao

<sup>2</sup> Levantamento bibliográfico realizado na plataforma Scielo, com o descritor “Instituto Coalizão Saúde” demonstrou que havia apenas o texto “A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para o sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018)”, de Moraes *et al.* (2019).

<sup>3</sup> São eles: Resumos executivos do Icos (2016,2017, 2018 e 2019); “Proposta para o Sistema de Saúde no Brasil” – livreto, 2016; “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” – livro, 2017; “Consolidação e Uso de Dados em saúde: visão integrada do setor público e privado”, cartilha, 2017; “Modelos de Pagamento baseados em Valor”, cartilha, 2017; “Coalizão Saúde Brasil – 2018 – Cadernos de Propostas”, 2018; “Orientações Práticas em Saúde Suplementar”, 2019. Já dentre os vídeos disponíveis no Youtube, encontram-se: 1. Fala do Presidente do Icos – Dr. Claudio Lottenberg – apresentação do Icos; 2. Painel Digital Icos | Governança e Gestão no Pós-Pandemia - Como será o sistema de saúde do futuro? Presença de Henrique Neves e Mandetta; 3. Painel Digital Icos | O Impacto da Pandemia na Adoção de Modelos de Pagamento Baseados em Valor; 4. Liderança, Medicina e Judaísmo: uma caminhada. Entrevista com o presidente do HIAE; 5. Reflexão: Claudio Lottenberg, presidente do Icos, completa 60 anos; 6. Painel Digital Icos: Projeto Redução do Custo Brasil - Impactos no Setor da Saúde; 7. Live com Claudio Lottenberg & Oscar Schmidt; 8. Parcerias público-privadas: uma estratégia para maior eficiência e sustentabilidade do sistema?

mesmo ou às suas associadas, além de documentos públicos governamentais, legislações e políticas públicas.

Cabe ressaltar a dificuldade em acessar alguns dados de empresas ou mesmo da formação e atuação de dirigentes do Icos e de suas associadas. Inclusive as redes sociais pessoais foram buscadas para tentar conseguir o máximo de informações possíveis. A falta de transparência das informações e sua pulverização em vários sítios eletrônicos são elementos importantes, que podem demonstrar as formas de dominação. Algumas empresas ou redes internacionais possuíam seu sítio eletrônico muito geral e para fins de publicidade, com poucas informações disponíveis sobre como atuam ou quem assume as funções empresariais.

Sendo assim, foi importante descrever o objeto de análise, entender como funciona, e para isso, construída a caracterização do Icos, identificar sua agenda de proposições no campo da saúde de forma geral, a partir de seus documentos. Desse modo, pretendeu-se estabelecer as conexões internas entre os conselhos dirigentes das entidades integrantes do Icos, assim como suas relações com o Estado em sentido restrito, e buscar referências sobre este contexto histórico. Por fim, realizou-se uma análise das mudanças no sistema de saúde, com elementos conjunturais e estruturais, para compreender em que dinâmica e contexto o Icos se apresenta.

A análise dos dados foi realizada a partir dos conteúdos de documentos e da revisão da literatura. As(os) principais autoras(es) utilizadas(os) para a fundamentação teórica estão no campo da saúde, das ciências políticas e sociais e da economia política. Para tanto, as(os) principais teóricos estudados foram Donnangelo (1975, 1976), Braga (2018), Bahia (2018, 2019, 2020, 2021), Sodré (2020), Harvey (2005, 2020), Chamayou (2020), Prado (2015, 2020), Choonara (2018), Marx (1994), Fontes (2012, 2020) e Hoeveler (2019).

### **Estrutura e organização da dissertação**

Isto posto, apresentam-se os capítulos da dissertação. Como observado, o primeiro é a "Caracterização do Icos – composição, organização e propostas" em que é feita a descrição do Icos e a apresentação de sua história, agenda e organização, bem como de sua forma de atuação, configurando-o como Aparelho Privado de Hegemonia. Esse primeiro capítulo permite compreender quais são seus movimentos aparentes, bem como os intelectuais orgânicos que mais aparecem como representantes do Instituto nos eventos e atividades. Também procura mostrar como suas relações de representação não são estáticas e, em muito, constituídas através de disputas, sendo importante apreender tais movimentos.

O segundo capítulo “Icos, sistema de saúde e dinâmicas do capitalismo contemporâneo” trata da relação entre as propostas do Icos e o sistema de saúde no Brasil, articulando-as às mudanças políticas, econômicas e sociais que o país teve nesse período, na dinâmica do capitalismo contemporâneo. Isso foi possível ao ser realizada uma periodização, contemplando elementos históricos de mercantilização da saúde no contexto brasileiro. O estudo demonstrou que a dinâmica própria do capitalismo impacta o campo da saúde, visto serem necessárias mudanças nas legislações, nos programas e políticas que estão em sintonia, inclusive, com o regime político.

Já o terceiro capítulo “Pandemia e perspectivas de saúde no Brasil” aborda essa relação entre o objeto de estudo e a realidade brasileira no contexto de pandemia, cuja realidade da relação público-privada, bem como da filantropia e ações estatais no sistema de saúde brasileiro, se expressam nos diferentes movimentos da realidade. Eles, em última análise, (contribuem para compreender as formulações e atuações do Instituto Coalizão Saúde, demonstrando como é a atuação de APHs empresariais no Estado integral e como, sobretudo em tempos de crise do capitalismo, salta à vista a necessidade do Estado para garantia da valorização do valor.

Nas Considerações Finais, enfatizou-se que as propostas e ações de grupos empresariais como o Icos apontam para mudanças importantes no Sistema Único de Saúde. Essas mudanças vão desde a regulação até a assistência, e mesmo na formação político-ideológica, integrando o público e o privado e propondo formas para essas transformações que coadunam com a perspectiva privatizante. Elas vão em direção à apropriação pelo capital e, para tanto, necessitam de mudanças no Estado, nas políticas governamentais, na relação direta capital-trabalho e também nas formas organizativas de participação popular da classe trabalhadora.

Nesse sentido, há piora das condições de vida e saúde no Brasil, onde se aprofundam as iniquidades e o desafio cada vez maior da garantia do direito à saúde. As privatizações fazem mal à saúde.

## CAPÍTULO 1

### CARACTERIZAÇÃO DO ICOS – COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E PROPOSTAS: A CONFIGURAÇÃO DE UM APH EM SAÚDE

Este capítulo pretende apresentar e caracterizar o Instituto Coalizão Saúde (Icos), como ele se formou, qual a sua composição na condição de instituto, quais são as suas associadas bem como as suas propostas e formas de atuação. A partir disso, será possível analisar quais seus movimentos e papel assume no setor da saúde.

#### 1.1 HISTÓRIA, COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ICOS

O Instituto Coalizão Saúde foi fundado e registrado em 2015. Com a razão social de mesmo nome, aberta em 20 de agosto, apresenta natureza jurídica de Associação Privada<sup>4</sup>, estabelecendo como Atividade Econômica Principal as “atividades de apoio à gestão de saúde” e como secundárias as “atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente” (CNPJ SERVICES, 2020). Sua sede é em São Paulo. Possui uma organização da comunicação através de páginas da web<sup>5</sup> e através da utilização de redes sociais (*Facebook*<sup>6</sup>, *Linkedin*<sup>7</sup>, *Youtube*<sup>8</sup>).

O Instituto Coalizão Saúde abrange várias entidades, empresas, associações e corporações. Em seu material de síntese programática (2017), “o Instituto Coalizão Saúde é formado por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde e pretende contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país”.

Em sua apresentação, o Icos se coloca com a

[...] **visão** de ser uma referência do pensamento e da formulação de políticas inovadoras para a saúde do país.

---

<sup>4</sup> Segundo o Novo Código Civil, de 2002, são pessoas jurídicas de direito privado as associações, as sociedades, as fundações, as organizações religiosas, os partidos políticos e as empresas individuais e de responsabilidade limitada. As associações precisam cumprir certos critérios, dispostos no estatuto, como sede, direitos e deveres, fontes de recursos etc. (BRASIL, 2002).

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.icos.org.br/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.facebook.com/institutocoalizaosaude/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

<sup>7</sup> Disponível em: <http://br.linkedin.com/company/instituto-coalizao-saude>. Acesso em: 29 out. 2021.

<sup>8</sup> Disponível em: [http://www.youtube.com/channel/UCBEeVyPyGAQY\\_s0rmpKA4LQ](http://www.youtube.com/channel/UCBEeVyPyGAQY_s0rmpKA4LQ). Acesso em: 29 out. 2021.

**Missão** Propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

**Princípios e Valores** - Transparência / Compromisso com a Ética / Respeito ao cidadão / Construção do conhecimento / Liberdade de iniciativa (ICOS, 2018, online)

Percebe-se que o Icos se apresenta, por meio do seu Estatuto, como formulador e partícipe, com o intuito de dar resolutividade aos problemas do sistema de saúde brasileiro, intervindo nas políticas públicas e ações governamentais, como se observa a seguir:

**Artigo 3º** - O Instituto tem como objetivo principal congregar e articular os principais integrantes da cadeia produtiva privada da saúde, com o intuito de promover, de forma propositiva e pluralista, a discussão e a busca de soluções inovadoras para o setor, contribuindo para o fortalecimento e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

**Parágrafo Primeiro** - Além do objetivo principal acima mencionado, são objetivos do Instituto, os quais poderão ser realizados de forma gratuita ou onerosa:

I – Fortalecer o setor de saúde como modelo produtivo e de desenvolvimento econômico, incentivando a inovação, a pesquisa e o desenvolvimento;

II – Contribuir para o aperfeiçoamento do modelo assistencial de saúde, com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde, de forma a atender às reais necessidades de saúde da população brasileira;

III – Desenvolver estudos e propor soluções que contribuam para a preservação e o crescimento do setor privado de saúde, primando sempre pela aplicação das melhores práticas de governança corporativa e de gestão, bem como pela melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população;

IV – Participar de ações conjuntas com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, de forma a contribuir para a integração público-privada e o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro;

V – Propor estratégias e ações de autorregulação para o setor privado de saúde, com o propósito de alcançar os melhores resultados em saúde, primando sempre pela economicidade na aplicação dos recursos e a qualidade da assistência, além de contribuir com os órgãos reguladores formalmente constituídos;

VI – Contribuir para o aprimoramento de uma cultura e prática da ética baseada na legalidade e em rigorosos princípios morais de transparência, eficiência e respeito ao cidadão e às instituições;

VII - Promover a ampliação e a liderança de atuação de seus Associados no sistema de saúde;

VIII - Exercer outras atividades que visem a resguardar ou defender os interesses de seus Associados, sempre dentro de uma conduta ética e legal; e

IX - Colaborar com instituições nacionais e internacionais que tenham propósitos afins.” (ICOS, sem data)

Neste excerto, as posições do Instituto de integrar a relação público-privada, por diversos meios, com a permanência da saúde como mercadoria, de acordo com o modo de produção visto no objetivo I. Além disso, são expostos os preceitos caros ao empresariado, como no objetivo VII, no intento de ampliar a ação de seus representantes no sistema de saúde, bem como na relação nacional e internacional, como no objetivo IX. Os argumentos que se acrescentam são os da defesa da ética e da transparência, da melhoria dos serviços públicos e privados, contendo desperdícios e sendo sustentáveis, demonstrando imparcialidades ou neutralidades, e ainda com a utilização da retórica da reforma sanitária de defesa do SUS.

A natureza organizativa consiste em que seus membros sejam pessoas jurídicas, concordantes com o Estatuto. E sua composição caracteriza-se por associados fundadores (que estavam na assembleia de fundação), institucionais e colaboradores, pertencentes ao setor privado. Será apresentada a estrutura organizativa, com a formação das duas gestões do Icos bem como as mudanças ali ocorridas. Ressaltam-se as dificuldades em encontrar informações nos sítios eletrônicos das instituições e associações, cuja consulta foi realizada em diversos sítios eletrônicos, publicações de jornais, apresentação em palestras ou eventos, disposição em anúncios, informações publicitárias, contendo poucas ou incompletas descrições da formação acadêmica de seus gestores, das experiências e mesmo das relações entre associações. As informações não são acessíveis e tomam uma dubitável aparência.

Quadro 1 – Estrutura organizativa<sup>9</sup>

1ª GESTÃO – 2015 a 2018		2ª GESTÃO – 2019-2022	
PRESIDÊNCIA		PRESIDÊNCIA	
Claudio Luiz Lottenberg	Presidente do Conselho do HIAE.	Claudio Luiz Lottenberg	Presidente do Conselho do HIAE.
VICE-PRESIDÊNCIA		VICE-PRESIDÊNCIA	
Giovani Guido Cerri	Professor e diretor da Divisão de Diagnóstico por Imagem da FMUSP.	Giovani Guido Cerri	Professor e diretor da Divisão de Diagnóstico por Imagem da FMUSP.
CONSELHO ADMINISTRATIVO		CONSELHO ADMINISTRATIVO	
Antônio Brito Filho	Presidente do Interfarma, de 2009 até 2018.	Claudia Alice Cohn	Diretora do Dasa, de 2012 até hoje. Presidente do Conselho Deliberativo da Abramed.
Carlos Alberto Pereira Goulart	Presidente da Abimed.	Fernando Silveira Filho	Presidente da Abimed.
Eudes de Freitas Aquino	Presidente da Unimed Brasil 2013-2017.	Orestes Barrozo Pullin	Presidente da Unimed Brasil, de 2017 até os dias atuais.
Francisco Balestrin	Presidente do CBEX. Presidente do International Hospital Federation entre 2017 e 2019.	Paulo ChapChap	Diretor Geral do Sírio Libanês (atua há 22 anos).
Henrique Sutton de Souza Neves	Diretor Geral da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein de 2006-2018.	Henrique Sutton de Souza Neves	Diretor Geral da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein de 2006 a 2018.
Ruy Salvari Baumer	Presidente da Baumer SA. Representante ComSaude/Fiesp.	Ruy Salvari Baumer	Presidente da Baumer SA. Representante ComSaude/Fiesp.
Solange Beatriz Palheiro Mendes	Presidente da FENASAUDE até 2019.	João Alceu Amoroso Lima	Presidente da FENASAUDE até 2020.
CONSELHO FISCAL		CONSELHO FISCAL	
Claudia Alice Cohn	Diretora do Dasa, de 2012 até hoje. Presidente do Conselho Deliberativo	Reinaldo Camargo Sheibe	Presidente da ABRAMGE, entre 2018 e

<sup>9</sup> Para facilitar a compreensão, observar o Quadro de Siglas e Abreviações.



	da Abramed.		2021.
Edson Rogatti	Presidente da FEHOESP e presidente da CMB até 2020.	Edson Rogatti	Presidente da FEHOESP e presidente da CMB até 2020.
Nelson Mussolini	Presidente da SINDUSFARMA.	Nelson Mussolini	Presidente da SINDUSFARMA.
CONSELHO CONSULTIVO		CONSELHO CONSULTIVO	
Gabriel Portella Fagundes Filho	CEO da Sul América desde 2016.	Vilma Dias	AsQ Saúde, consultoria empresarial Ltda.
Paulo ChapChap	Diretor Geral do SÍrio Libanês (atua há 22 anos).	Sérgio Dilamar	ABRAIDI.
Reinaldo Camargo Sheibe	Presidente da ABRAMGE entre 2018 e 2021.	Maurício O. Mendonça	CNI DF.
		Francisco Balestrin	Presidente do CBEX, presidente do International Hospital Federation entre 2017-2019.
CEO		CEO	
Denise Rodrigues Eloi	Icos.	Denise Rodrigues Eloi	Icos.

Fonte: Elaboração própria<sup>10</sup>.

O Conselho Administrativo é formado por “9 pessoas, por 3 anos, sendo permitida uma reeleição para presidente e vice. O mandato do primeiro Conselho de Administração será de 1 (um) ano, podendo este prazo ser prorrogado por mais 3 (três) anos pela Assembleia Geral” (ICOS, 2015). Ao que parece, os conselhos consultivo e fiscal seguem o mesmo formato, porém essa informação não foi encontrada. A assembleia decisória acontece 1 (uma) vez ao ano, avaliando o que foi realizado pela entidade e construindo as proposições do próximo período. Em 2021, o conselho formado está em sua segunda gestão. Foram poucas mudanças na composição dos conselhos e das pessoas que representam as associadas.

Da primeira para a segunda gestão há uma “troca de cadeiras”, apenas algumas representações sofrem alterações. Estas seguem as mudanças na gestão das instituições associadas, modificando a representação de pessoas no Icos. Foi o que aconteceu com a Abimed, Unimed e FENASAÚDE. Porém, as representações dessas entidades associadas seguiram nos cargos da gestão do Instituto Coalizão Saúde. Podem-se observar algumas trocas de representações entre os conselhos do Instituto pelas entidades associadas, como veremos abaixo.

<sup>10</sup> Nos quadros que seguem, as elaborações foram realizadas com informações de sítios eletrônicos das empresas, linkedin ou páginas pessoais, entrevistas e outros materiais diversos.

Quadro 2 – Relação das associadas que compõem os Conselhos Administrativo, Fiscal e Consultivo, em uma das duas gestões.

	ASSOCIADAS	GESTÃO
01	INTERFARMA	Conselho Administrativo da Primeira Gestão
02	ABIMED	Conselho Administrativo das Primeira e Segunda Gestão
03	DASA/ABRAMED	Conselho Fiscal da Primeira e Conselho Administrativo da Segunda Gestão
04	UNIMED	Conselho Administrativo das Primeira e Segunda Gestão
05	CBEx	Conselho Administrativo da Primeira e Conselho Consultivo da Segunda Gestão
06	HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS	Conselho Consultivo da Primeira e Conselho Administrativo da Segunda Gestão
07	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	Conselho Administrativo das Primeira e Segunda Gestão
08	BAUER/FIESP	Conselho Administrativo das Primeira e Segunda Gestão
09	FENASAUDE	Conselho Administrativo das Primeira e Segunda Gestão
10	ABRAMGE	Conselho Consultivo da Primeira e Conselho Fiscal da Segunda Gestão
11	SINDUSFARMA	Conselho Fiscal das Primeira e Segunda Gestão
12	CMB/FEHOESP	Conselho Fiscal das Primeira e Segunda Gestão
13	SULAMÉRICA	Conselho Consultivo da Primeira Gestão
14	ASQ	Conselho Consultivo da Segunda Gestão
15	ABRAIDI	Conselho Consultivo da Segunda Gestão
16	CNI DF	Conselho Consultivo da Segunda Gestão

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que a presidência, a vice-presidência e o CEO seguem com os mesmos representantes nas duas gestões, provavelmente escolhidos pelas entidades associadas. A presidência foi assumida pelo representante do Hospital Israelita Albert Einstein e a vice-presidência pelo professor e pesquisador da Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da USP. Das duas gestões, pouco mudou o caráter e composição, sendo que seguiram a maior parte das entidades em sua direção, acrescidas na segunda gestão de outras entidades no Conselho Consultivo: AsQ, ABRAIDI, CNI DF.

Na representação destas associadas no Instituto Coalizão Saúde, encontram-se vários profissionais/gestores cuja formação e trajetórias será apresentada a seguir.

Quadro 3 – Áreas de Formação e trajetórias das representações das entidades que compõem o Icos

Representantes no Icos	Área de Formação	Trajetórias e Relações
Claudio Luiz Lottenberg	Graduação em medicina, pela UNIFESP.	Foi conselheiro consultivo do UNICEF, é presidente do conselho do Hospital Israelita Albert Einstein, presidente do United Health Group Brasil e presidente da Confederação Israelita do Brasil. Presidente do Conselho da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e da Confederação Israelita do Brasil (CONIB), é presidente da Lotten Eyes, clínica oftalmológica, desde 1989 até os dias atuais. Tem uma trajetória de atuação como presidente do Hospital Israelita Albert Einstein de 2001 a 2016, no UNICEF como Conselheiro Consultivo e em 2016 foi nomeado presidente da Amil (planos de saúde), comprada pelo United Health, de 2017 a 2019.
Giovani Guido Cerri	Graduação em medicina, pela USP.	Atua na radiologia do Hospital das Clínicas da USP. Foi secretário de saúde do estado de São Paulo em 2011, na gestão Alckmin. Foi membro do Conselho de Administração do Hospital Sírio Libanês, do Conselho Consultivo das Fundações Faculdade de Medicina e Zerbini e do Conselho Fiscal da Associação Médica Brasileira (AMB). Até 2009, presidiu a World Federation in Ultrasound in Medicine and Biology. Faz parte da FFM. Em 2009 integra-se à DASA. Também é integrante do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.
Antônio Brito Filho	Graduação em comunicação social/jornalismo, formado pela UFRGS.	Empresário e político. Trabalhou na Globo. Foi Deputado Federal pelo RS entre 1986 e 1994, pelo PMDB <sup>11</sup> . Foi governador do RS (1994) e Ministro da Previdência Social do governo Itamar Franco, propondo reforma da previdência com base na do Chile, onde esteve para estudar isso – sistema de aposentadoria misto. Tornou-se empresário (Azaléia, Claro) e foi presidente do Interfarma, de 2009 até 2018.
Carlos Alberto Pereira Goulart	Não encontrada.	Presidente da Abimed. Faz parte do Rotary Club em SP, com coordenação de “programa educacional de resistência às drogas e à violência”. Sócio da empresa “Capg Servicos & Comercio de Informática Ltda – ME”. Contribuiu na formulação do documento “consolidação e uso de dados Icos”.
Fernando Silveira Filho	Graduação em administração pela Fundação Armando Álvares Penteado. Pós-graduação pela FGV.	Presidente da South America. Hartmann Embalagens do Brasil Ltda (jul. 2002 – jun. 2007). Diretor da Santher de 2008 a 2012. Executivo da Isdin Produtos Farmacêuticos de 2012 a 2018. Executivo da Abimed de 2019 até hoje.
Eudes de Freitas Aquino	Graduação em medicina pela FMRB/USP (Ribeirão Preto). médico nefrologista com pós-graduação em gestão.	Foi presidente da Unimed Piracicaba em 1992. Presidente da Unimed Brasil 2013. Presidente da Health Cooperative Organization (IHCO), Board Aliança Internacional (ACI), Cooperação Internacional e cooperativas Brasileiras (OCB).
Orestes Barrozo Pullin	Graduação em medicina pela Universidade Federal de Londrina, com especialização em	Eleito Diretor da Unimed Londrina de 89 a 98, Diretor de Mercado e Tecnologia da Unimed do Estado do Paraná – Federação Estadual das Cooperativas Médicas

<sup>11</sup> O Partido do Movimento Democrático Brasileiro PMDB, fundado em 1980, modifica seu nome para Movimento Democrático Brasileiro (MDB) na convenção nacional em 2017. OBS: o nome é em referência à mesma sigla do período pós-ditadura.

	Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário de Londrina-PR. Com MBA em gestão de Planos de Saúde pela Fundação São Camilo.	do Paraná (1998 a 2006). Diretor Presidente da Unimed do Estado do Paraná de 2006 a março de 2014. Foi vice-presidente da Unimed do Brasil entre 2013 e 2017. Em março de 2017, elegeram-se presidente.
Francisco Balestrin	Graduação em medicina na USP, com residência em administração no HC/USP e FGV.	Faz parte da Associação Médica Brasileira (AMB). Presidente do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde, Presidente do International Hospital Federation entre 2017-2019. Presidente do SINDHOSP desde junho 2020 até agora. Presidente do Conselho Administrativo da ANAHP. Atuou na gestão e “conhecido por sua luta pelas mudanças nos modelos de saúde”. Parte da cadeia produtiva BioIndústria – BIOBRASIL da Fiesp.
Henrique Sutton de Souza Neves	Não encontrada.	Diretor Geral da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein desde 2006. Já atuou na Shell, Varig indústria farmacêutica e ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Foi presidente da Brasil Telecom
Ruy Salvari Baumer	Graduação em administração pela PUC Campinas.	Presidente da Bauer AS. Representante ComSaúde – Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde e Biotecnologia da Fiesp.
Solange Beatriz Palheiro Mendes	Graduação em direito pela Universidade Cândido Mendes.	Desde 2010 na Diretoria Executiva CNseg – atuando junto a governos. Atua no mercado de seguros. Foi presidente da FENASAÚDE até 2019. Atuou na SUSEP e foi diretora da ANS entre 2000 e 2004.
João Alceu Amoroso Lima	Graduação em economia.	Foi CEO do Grupo Sul América de 2003 a 2009. CEO da Qualicorp por 10 meses em 2009. Diretor da IBM do Brasil de 2010 a 2014. Vice-presidente da InterOdonto de 2014 até os dias atuais.
Claudia Alice Cohn	Graduada em biomedicina pela UNIFESP.	Diretora do Dasa de 2012 até hoje. Presidente do Conselho Deliberativo da Abramed. <i>Fellow</i> do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde. Faz parte do ComSaúde da Fiesp e membro do Conselho de Direito Médico e da Saúde da OAB Federal.
Edson Rogatti	Graduação em matemática, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Tibiriçá do Colégio São Bento, técnico em contabilidade pelo Colégio Comercial de Assis, e pós-graduado em administração hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).	Presidente da FEHOESP (Federação das Santas Casa e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo). Presidente da Confederação da Santa Casa e Hospitais Filantrópicos (CMB) até 2020. Escreveu uma carta aos candidatos à presidência na última eleição analisando o SUS e propondo que a filantropia pode salvar o SUS.
Nelson Mussolini	Graduação em direito pela Mackenzie.	OAB SP. Presidente da SINDUSFARMA. Trabalhou na Novartis e foi presidente da Eurofarma Brasil. Atualmente tem uma assessoria em negócios.
Gabriel Portella Fagundes Filho	Formado em economia pela Faculdade Cândido Mendes.	Atuando na área de seguros. Já atuou em negócios da saúde. É CEO da Sul América desde 2016.
Paulo ChapChap	Médico formado pela USP, com doutorado na instituição.	Ganhou um Prêmio Rockefeller em 1978. É diretor geral do Sírío Libanês (onde atua há 22 anos). Convidado por Armínio Fraga para ser assessor do Ieps. Coordena o Todos pela Saúde.
Reinaldo Camargo Sheibe	Apresentado sempre como administrador.	Presidente da ABRAMGE entre 2018 e 2021. Atuando sempre na saúde suplementar, planos de saúde, foi presidente da ALAMI – Associação Latino-americana de Saúde Privada. Atuou na ANS.
Maurício Otávio Mendonça	Graduação em economia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1986).	CNI – DF. Possui mestrado em Ciência Econômica pela Universidade Estadual de Campinas (1992) e doutorado em Ciência Econômica pela Universidade Estadual de

Jorge		Campinas (1998). Atualmente é coordenador da Confederação Nacional da Indústria - DF. Tem experiência na área de economia, com ênfase em economia industrial, atuando principalmente nos seguintes temas: modernização tecnológica, política industrial, política tecnológica. Atuou no Conselho Nacional de Recursos Hídricos, foi presidente do Comitê Gestor do Fundo Setorial do Petróleo (Ministério da Ciência e Tecnologia) dentre outros.
Sérgio Dilamar Bitencourt da Rocha	Não encontrada. Apresentado sempre como empresário.	ABRAIDI. Sócio da Rocha Comércio e representações de Materiais Médico LTDA.
Vilma Dias	Graduação em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá.	Experiência em Gestão de Planos de Saúde na CASSI e na Qualirede. Experiência em trabalho como enfermeira na Atenção Básica (SESAU/MS) e como enfermeira e gestora no Serviço de Atenção Primária à Saúde na Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Docência Universitária (graduação e pós-graduação) na PUCRS. Tem as seguintes consultorias: Ministério da Saúde, Hospital Italiano de Buenos Aires e no Telessaúde RS (UFRGS).
Denise Rodrigues Eloi	Formação em direito pela FGV.	Denise Eloi é diretora executiva do Instituto Coalizão Saúde (Icos), foi funcionária do Banco do Brasil e executiva na CASSI. Ocupou a presidência da UNIDAS no período de 2011 a 2015 e a diretoria de Integração Nacional de 2009 a 2011. Enquanto esteve na direção da UNIDAS, foi membro titular do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, da Câmara de Saúde Suplementar da ANS e do Conselho de Administração da ONA. Possui o MBA Gestão em Saúde na USP e pós-graduação em Gestão Estratégica da Saúde (Universidade de Miami). Bacharel em direito, cursou Especialização em Direito da Medicina (Universidade de Coimbra) e Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde (FEPAR).

Fonte: Elaboração própria.

Sobre as formações acadêmicas observa-se que são diversas, sendo realizadas tanto em instituições públicas como privadas. No total, 40,9% foram graduados em instituições públicas, enquanto 41% em instituições privadas. Não foram encontradas informações de formação acadêmica para 18% dos representantes do Icos. Entretanto, a predominância da atuação profissional é no setor privado, ou com atuação pública como representação do setor privado, como participando de conselhos, da ANS e outros. São quase 23% com atuação no Estado restrito. A maior parte assume função administrativa e de presidência, de empresas, parte delas no setor da saúde. Para além do setor de saúde, com experiências em gestão, administração ou economia, nacional e internacional. Vale ressaltar que, ao menos, 40,9% possuem alguma ou apresentaram atuação profissional com relação ao grande capital internacional, em multinacionais estrangeiras.

A formação em saúde e experiências profissionais demonstram a lógica dominante na

saúde a partir das ações imperialistas pelas grandes empresas e multinacionais, seja na indústria de medicamentos, equipamentos e insumos, seja nas políticas e programas propostos por organismos internacionais. Além de participar em organismos e premiações internacionais, especializaram-se também no exterior, foram CEOs de conglomerados internacionais, mantiveram vínculos com as entidades do setor da saúde e de outros setores. Prepararam-se para seu credenciamento junto aos setores dominantes como os mais bem providos de experiência profissional, acadêmica e de militância empresarial em distintas entidades do grande capital, no setor de saúde, mas também em outros. Visto que os prepostos do capital que assumem o Icos estão organizados em empresas de diversos tipos e áreas, tentaremos apreender quem são e onde atuam. Isso pode ser demonstrado a partir da análise dos eventos em que participaram (em anexo), cuja maior parte foram em ambientes privados, congressos de negócios em saúde ou mesmo em espaços da agência nacional de saúde suplementar. Em seus resumos executivos anuais apresenta as participações, atividades, elaborações e premiações recebidas, como, por exemplo, em 2018 o Prêmio “Líderes da Saúde” e, em 2019, a Lupa de Ouro pela publicação “Orientações Práticas em Saúde Suplementar – tudo que o contratante precisa saber”, indicação de Cerri como um dos 100 mais influentes na saúde – SAHE 201, e o recebimento, pelo Icos, do Prêmio Líder da Saúde 2019, de iniciativa do Grupo Mídia.

Diante dessa realidade, pode-se averiguar a relação entre a formação e a prática política profissional, assim como a continuidade da formação com a atuação de profissionais no setor privado e sua relação com Estado restrito, inclusive cumprindo a agenda internacional. Há disputas político-ideológicas na perspectiva de criar consenso na defesa do setor privado e criar formas a partir da atuação no setor público. Ao mesmo tempo, destaca-se que quase metade da representação atuou ou atua em multinacionais, o que pode demonstrar a influência do capital internacional no contexto brasileiro e que merece análise posterior a partir de outros elementos.

No intuito de traçar uma investigação sobre onde circulam, quais ideias possuem e como agem esses representantes que estão na gestão do Icos, buscou-se analisar os eventos, as atividades e reuniões descritos nos Resumos Executivos de 2016, 2017, 2018 e 2019, disponíveis pelo próprio Instituto, bem como as publicações realizadas no mesmo período e os vídeos disponíveis no canal do *Youtube* da entidade. Observa-se a construção anual de seminários e *workshops* em conjunto com entidades associadas e com entidades convidadas, reuniões com os poderes executivo, judiciário e legislativo brasileiros, e a participação em eventos e congressos.

Observa-se, ainda, que são os maiores porta-vozes do Icos o presidente, o vice-presidente e a CEO da entidade. Na maior parte dos eventos, congressos, reuniões e debates em

que o Icos participa ou constrói, assim como suas publicações, há uma referência central no presidente do Instituto, Carlos Lottenberg. Este também foi quem mais apareceu nas mídias sociais do Icos, cumprindo um papel de articulador entre as associadas, ao mesmo tempo em que aparece como defensor do sistema de saúde brasileiro e da referência ética. Lottenberg justifica a pauta da filantropia para serviços públicos. Isso é demonstrado a partir de seu histórico de atuação no Hospital Israelita Albert Einstein e na sociedade israelita. Deixa explícita a defesa das relações público-privadas e exaltação do sentido filantrópico de sua instituição de base. Além disso, em abril de 2020, foi um dos nomes cotados para assumir o Ministério da Saúde após a saída do ex-ministro da saúde, Henrique Mandetta, o que não ocorreu por defender publicamente as medidas preventivas contra a Covid-19. Todavia, em abril de 2021, Lottenberg participa do jantar ocorrido em São Paulo entre empresários e o presidente da República do Brasil, gerando muitas críticas –inclusive a contragosto da comunidade judaica – que à gestão federal, visto estar num dos piores momentos da pandemia, em que o Brasil chegava à marca de 350 mil mortos. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021). Recentemente, o mesmo Lottenberg aparece defendendo a comunidade judaica e criticando o posicionamento de Monark quanto à formação de partidos nazistas, algo que demonstra as divergências intraburguesas que estão em várias dimensões e se apresentam conforme se dão as disputas (PODCAST CASO MONARK: IDEIAS RADICAIS E LIBERDADE DE EXPRESSÃO, 2022,).

Participa ainda de eventos como porta-voz do Icos, de forma mais frequente, o vice-presidente Giovanni Guido Cerri, cuja atuação no Icos continua defendendo a ciência, a ampliação dos recursos para pesquisas clínicas e inovação, fomentando a ampliação de parcerias público-privadas. Pode-se observar que enquanto o presidente do Icos ressalta e defende o setor filantrópico, o vice-presidente atua e defende a ciência, a tecnologia e a inovação, ambos para o fortalecimento das parcerias público-privadas.

A CEO do Icos, Denise Eloi, que aparece nos diversos eventos, coordenou as *lives* que aconteceram no ano de 2020. Ela demonstra manter e mediar as relações com as várias associadas, talvez pela sua atuação na saúde pública e em relações estatais. Por ter um histórico de participação na ANS, apresenta-se como articuladora das diversas empresas, no diálogo também com as instituições públicas, realizando esse papel de consultora para a realização das parcerias público-privadas.

Ainda são porta-vozes do Icos e o apresentam nos eventos Claudia Cohn, Francisco Balestrin, Ruy Baumer, Reinaldo Scheibe e Edson Amaro. Alguns prepostos do capital são recorrentes nos eventos promovidos pelo Instituto Coalizão Saúde. Costumam ser ou das

entidades associadas ou empresários ou pessoas públicas do país. É o caso de Fabricio Campolina (Johnson&Johnson), Alberto Ogata<sup>12</sup> (FGV/Fiesp/programa OPAS-ANS), Lidia Abdalla (Grupo Sabin), e outros que serão apresentados adiante.

Devido à pandemia e à reorganização das formas de atuação, a maior parte das atividades públicas realizadas pelo Instituto foram por meio eletrônico<sup>13</sup>. Os vídeos demonstram o papel de mediação do Icos, pelo seu presidente, assim como apresentam os debates sobre suas proposições. Neles, Lottenberg dialoga com os convidados que foram expoentes do setor de saúde, como Sidney Klajner, presidente do Hospital Israelita Albert Einstein; Oscar, ex-jogador de basquete; Henrique Mandetta, ex-ministro da Saúde. As temáticas versaram sobre temas da liderança, da família, dos valores, da meritocracia, assim como sobre a atuação no setor privado e filantrópico e sobre os sistemas e políticas de saúde. Os painéis de debate apresentaram os assuntos que o Icos traz como centrais, a saber: o primeiro para tratar da pandemia e o desafio das ações em saúde, com o ex-ministro Mandetta; o segundo com o debate sobre Modelos de Pagamento; o terceiro sobre o Projeto Redução de custos Brasil, com presença de Jorge Lima (Ministério da Economia) e o quarto sobre as parcerias público privadas (ICOS, 2020).

Assim como em relação aos vídeos, pode-se afirmar o caráter privado e a atuação na mediação de sujeitos políticos e sociais ao analisar os seminários construídos pela entidade, bem como as participações em eventos. Analisando esses eventos (vide o ANEXO A), entre 2016 e 2019 houve aumento quantitativo a cada ano, ampliando os vínculos com outras entidades da sociedade civil empresarial e outros órgãos da sociedade política.

A partir da análise da estrutura e natureza da organização, da composição e da participação em eventos e atividades, dos *workshops* e grupos de trabalho criados pelo Icos, a fim de elaboração de material e criação de consenso entre as associadas, percebe-se uma relação entre representantes das associadas com outras entidades. Pode-se citar o exemplo de Paulo Chap Chap, do Hospital Sírio Libanês, que está no conselho consultivo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)<sup>14</sup>, criado por Armínio Fraga, e que, mais recentemente,

---

<sup>12</sup> Presidente da Associação Internacional de Promoção de Saúde no Ambiente de Trabalho. Médico, mestre em medicina e economia da saúde e presidente da IAWHP. Coordena o laboratório de Inovação Assistencial da OPAS com a ANS. Professor FGV. Diretor responsabilidade social da FIESP\*DOCUMENTO ANS + OPAS 2018.

<sup>13</sup> O Icos faria encontro de comemoração de seus 5 anos, o que foi readaptado para o formato virtual, pelo canal Youtube. Em fevereiro de 2021, havia 131 inscritos no canal e uma média de 200 visualizações dos vídeos.

<sup>14</sup> Pessoa jurídica de direito privado, criado em 2019. Até então o recurso é garantido pelo próprio Instituto, não aceitando recursos públicos e com “100% de financiamento privado filantrópico”. O “objetivo é contribuir para o aprimoramento das políticas públicas do setor de saúde no Brasil”. Eixos de atuação: Produção de pesquisa científica; Formulação de propostas de políticas públicas; Fortalecimento da gestão pública; Promoção de uma cultura de saúde (IEPS, 2020).



coordenou o “Todos pela Saúde” (descrito adiante). O mesmo Armínio Fraga não aparece diretamente no Icos, porém faz parte do Centro de Debates de Políticas Públicas (CDPP)<sup>15</sup>, cuja participação em eventos e palestras do Icos é recorrente, principalmente através de Marcos Lederman e reuniões executivas com Illan Goldfajn (ANEXO B).

### **1.1.1 Composição empresarial do Icos no Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS)**

É importante situar o Icos no CEIS, visto que há relações entre economia e saúde no capitalismo. As proposições do Instituto de ter a saúde como modelo produtivo e de desenvolvimento econômico, tal qual seu objetivo I, e as formas que propõe e utiliza para isso, cujo objetivo é a acumulação, conflitam com a luta pela saúde como direito que deve ser garantido pelo Estado, inclusive com medidas econômicas. Para tanto, o CEIS teria uma configuração diversa.

Com os dados da página *online* do Icos (2020), verificam-se 29 associadas ao Instituto. São entidades diversas, cuja composição se expressa da seguinte forma:

- 1) indústria de medicamentos, equipamentos ou insumos farmacêuticos (ABIMO/SINAEMO, ABRAIDI, EMS, INTERFARMA, JOHNSON&JOHNSON, SANOFI, NOVARTIS, PFIZER, SINDUSFARMA);
- 2) serviços de medicina diagnóstica e/ou análises clínicas (Abramed, Dasa, Grupo Fleury, Grupo Sabin);
- 3) planos de saúde (Amil, Unimed, Unimed FESP, ABRAMGE, FENASAUDE);
- 4) hospitais privados e filantrópicos (HIAE, Hospital Sírio Libanês, CMB e Grupo Oncoclínicas, ANAHP, CNSa, FBH);
- 5) centros de ensino/pesquisa (FFM, CBEXs);
- 6) empresas de tecnologias (Siemens Healthineers, AsQ).<sup>16</sup>

Elas possuem estruturas e objetivos diferentes, organizam-se de diversas formas, havendo associações e sindicatos patronais representativos, empresas, cooperativas mistas,

---

<sup>15</sup> Entidade sem fins lucrativos, se dizem independentes e apartidários. Foco em Economia e políticas públicas (CDPP, 2020).

<sup>16</sup> Sobre ano de fundação ou implantação, pequeno histórico, presidência ou administração e outras informações relevantes, conferir o ANEXO C.

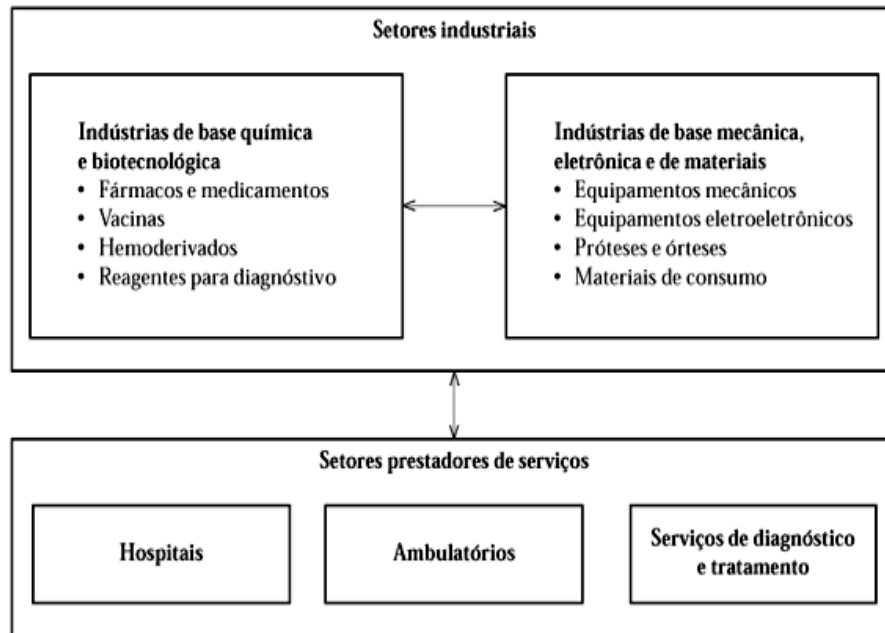
hospitais, fundações, entre outros. Cabe lembrar que, embora haja 29 associadas (vide ANEXO C), são 14 as que estão ligadas diretamente na gestão do Icos.

Sobre as suas criações, encontram-se períodos diferentes, sejam aquelas nacionais e, também, internacionais. Algumas são parte de grandes corporações do setor de saúde, outras iniciaram mais localizadas. Como exemplo pode-se citar Johnson & Johnson e Dasa, respectivamente. Contudo, quase 50% delas possui origem em organismos ou empresas internacionais, principalmente as da indústria farmacêutica, de tecnologia e os grupos de medicina diagnóstica que também abriram seu capital na bolsa de valores. Quase todas constroem relações comerciais ou mesmo de formação e pesquisa com empresas de capital estrangeiro ou com organismos e centros de pesquisa de outros países, o que será abordado adiante.

A maioria das entidades são ou estão sediadas em São Paulo, havendo uma em Santa Catarina e duas em Brasília, embora várias com atuação nacional e representativas. As atividades em que o Icos participa ou organiza estão nas regiões sudeste, sul e nordeste. O período de fundação ou instalação no Brasil varia desde 1926, com o Laboratório Fleury (do mesmo Grupo), até 2010, como no caso do Grupo Oncoclínicas e da Abramed. Ao longo do século XX, houve a instalação de indústria de medicamentos no país, assim como construção de hospitais. Entretanto, observa-se que, das associadas do Icos que estão no Brasil, uma parte foi criada/instalada no início do século XX (1920/1930), outra na década de 1960 e outras entre 1970 e 2000.

Pode-se analisar que no Instituto Coalizão Saúde estão representantes de todos esses setores industriais e de serviços, bem como empresas do ramo da produção de tecnologia da informação. São nacionais e internacionais, muitas com abertura de capital na bolsa de valores. Estudos sobre o Complexo Produtivo da Saúde (GADELHA *et al.*, 2012; GADELHA, 2003) o configuram “envolvendo um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, caracterizando uma clara relação de interdependência setorial” (GADELHA, 2003, p. 524), conforme figura a seguir.

Figura 1 – Complexo Industrial da Saúde



Fonte: Gadelha (2003, p. 524).

No documento de 2016, no qual aparecem oito propostas para o sistema de saúde no Brasil, o Icos se apresenta como

[...] grupo da cadeia produtiva da saúde se reuniu para debater o futuro e oferecer propostas concretas para os principais desafios do setor. Assim nasceu o Instituto Coalizão Saúde, que integra representantes de prestadores de serviços, de operadoras de planos de saúde, da indústria farmacêutica e da indústria de materiais e equipamentos, dentre outros, para a busca de novos avanços, de forma ética e plural (ICOS, 2016, p. 4).

Pode-se ver, na publicação do Icos intitulada “Proposta para o Sistema de Saúde do Brasil” (2016), que o Instituto defende a saúde como um modelo produtivo e de desenvolvimento econômico, e “representa 9,2% do PIB brasileiro e gera ao menos 4,3 milhões de empregos diretos” (ICOS, 2016), necessitando que se “fortaleçam os mecanismos de ações de livre mercado para que haja um equilíbrio financeiro do setor de forma sustentável” (ICOS, 2016, p. 5). E completa argumentando sobre a necessidade de rever o modelo de financiamento e de fortalecer a estrutura institucional do Ministério da Saúde, para que haja mais programas de Estado, criação de carreiras de estado para funcionários, mudanças nas agências reguladoras, segurança jurídica, entre outros.

Essas propostas se juntam a outras que foram sendo articuladas, elaboradas e publicadas pelo Instituto, na dinâmica das relações entre suas associadas ou mesmo com outras empresas ou instituições. Serão foco de análise e estão organizadas como parte da agenda do Icos.

## 1.2 AS PROPOSTAS DO ICOS E MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE

A partir dos documentos publicados pelo Instituto Coalizão Saúde, dos seminários e eventos que construiu/participou e das relações estabelecidas entre os anos de 2015 e 2020, observam-se como centralidade as propostas de gestão e trabalho em saúde, de formação e pesquisa, de processos regulatórios e de judicialização. Serão apresentados os argumentos e sua relação com algumas das mudanças do recente período. Tais mudanças integram setores econômicos – como é o exemplo do uso de tecnologias, sejam as do próprio setor da saúde, sejam as da comunicação – e utilização de dados, que o Icos apresenta como necessidade para o sistema de saúde. Assim, o setor privado segue buscando saídas para suas crises, embora as contradições apareçam nas disputas entre as diferentes frações burguesas.

Pode-se verificar, sinteticamente, as propostas do Icos para o sistema de saúde brasileiro no quadro a seguir, publicado em 2017, ao organizar a agenda para o Brasil. Lembramos que esse material foi, além de uma publicação, a construção a partir de dois *workshops* realizados com participantes que representaram as associadas.

Figura 2 – Iniciativas do Icos

QUADRO 49 - JORNADA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISÃO DO BRASIL	
<i>O resultado é a jornada do ICOS para a saúde do Brasil</i>	
<b>CURTO PRAZO: 5 INICIATIVAS MAIS VOTADAS</b>	<b>MÉDIO E LONGO PRAZO: DEMAIS INICIATIVAS PRIORITÁRIAS</b>
<p><b>A</b> Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador</p> <p><b>B</b> Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando a medicina da família e o uso de multiprofissionais</p> <p><b>L</b> Estimular e realizar pilotos de modelos inovadores de atenção</p> <p><b>M</b> Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento e os principais viabilizadores da migração</p> <p><b>Consolidação e uso de dados:</b></p> <p><b>O</b> Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado</p> <p><b>P</b> Integrar dados do paciente de forma centralizada através de prontuário eletrônico</p>	<p><b>D</b> Estimular a oferta de planos de saúde privados para ampliar acesso ao cidadão</p> <p><b>J</b> Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico</p> <p><b>L</b> Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional</p> <p><b>N</b> Considerar coparticipação dos custos na atenção secundária e terciária</p> <p><b>Q</b> Aumentar transparência de informações entre instituições através de acordos espontâneos e práticas compartilhadas de compliance</p> <p><b>U</b> Capacitar líderes da saúde em gestão e atrair profissionais de gestão de outros setores buscando incorporar novos conhecimentos (p.ex., lean)</p>
<small>FONTE: Análise da equipe</small>	

Fonte: ICOS (2017, p. 112).

De forma geral, podem-se abranger as propostas do Icos em dois pontos principais que

trataremos a seguir: 1) Gestão, formação e trabalho em saúde e 2) Pesquisa e regulação.

### **1.2.1 Gestão, Formação e Trabalho em Saúde**

A análise do setor de saúde, realizada pelo Icos em encontros com representantes, demonstra que grande parte de sua agenda aponta para transformações no sistema de saúde brasileiro, a partir de mudanças na gestão e no trabalho em saúde. Essas propostas seguem na direção de ampliar o curso das privatizações, mas também de ampliar o uso de tecnologias, seja na assistência, seja na organização e controle dos dados, seja na integração da formação em saúde para as práticas de gestão que interessem ao mercado. São elas a informatização e integração de dados (a exemplo de uma prefeitura de São Paulo, que contratou a Philips para tal), incidindo na governança das políticas e da gestão em saúde. Seriam esses locais onde o setor privado deve assumir mais, com o argumento de que isso reduziria a carga do setor público. Apontam-se ainda as OSs e PPPs como saídas, inclusive para atuar na atenção primária, já que são ainda poucas as experiências ofertadas.

Para formação em saúde, o objetivo é criar consenso das possibilidades de atuação do setor privado na administração pública e formar gestores administradores que possam garantir o projeto hegemônico. Defendem a “maior atenção nos quadros que compõem o sistema de saúde, com valorização de cargos técnicos, da competência e da meritocracia. A politização excessiva de cargos-chave é um desserviço à saúde” (ICOS, 2016, p. 6).

Outro campo de análise e proposição da agenda do Icos é a participação dos usuários/clientes/cidadãos. Propõe-se a construção de estratégias de reforço positivo e campanhas, assim como bônus para pacientes que “fazem sua parte”, cuidando da saúde e não necessitando do sistema.

Vários materiais, desde o primeiro documento do Icos até o livro *Coalizão Saúde Brasil*, de 2018, trazem a crítica à realidade da saúde com a metodologia de temas de ataque e iniciativas necessárias. Eles apontam para a necessidade de formulação sobre consolidação e uso de dados (contemplando capacidade de dados e integração dos dados dos pacientes), fortalecimento da atenção primária, modelos de pagamento, modelos inovadores de atenção e estímulo à mudança cultural – com foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador. Já nas relações políticas, principalmente com o judiciário e no próprio meio empresarial, o Icos retoma frequentemente a pauta da judicialização.

A partir daqui, serão apresentados os pontos para realizar uma melhor abordagem sobre as propostas do Icos, demonstrando quais são os principais argumentos de cada um deles.

### a) O uso de Dados em Saúde

Como temática fundamental na contemporaneidade, o uso e o controle dos dados são disputados pelas empresas que os utilizam tanto para garantir novos mercados quanto para contribuir no aumento de produtividade. Isso garante melhores condições na concorrência capitalista, e por isso é um tema central para o Icos, a ponto de terem organizado workshop e grupo de trabalho na temática, bem como apontar sua importância para representantes de suas associações. Para tanto, propuseram construir uma estratégia sobre uso e consolidação de dados a partir da contratação de uma empresa. A metodologia utilizada pelo Icos, a partir da condução da McKinsey & Company no desenvolvimento desse trabalho, foi a participação de vários sujeitos e representantes. Foram realizadas entrevistas, reuniões e workshops, estudos, além de dados para análise (ICOS, 2018, p.9). Pode-se observar que a construção de uma metodologia com participação de vários representantes do setor e elementos recorrentes de análise engendra um discurso de defesa do sistema de saúde brasileiro, com viés democrático. Mas, por outro lado, essa construção aponta estratégias de mudanças que favorecem o setor privado, ampliando as pautas das diferentes frações da burguesia que atuam no setor de saúde.

Como temática prioritária, segundo a visão do Icos, integrar setor público e privado a partir do uso de dados em saúde é fundamental. Assim, organizaram um workshop sobre a consolidação do uso de dados, sob condução de Edson Amaro (professor do Departamento de Radiologia FMUSP e responsável pela área de Big Data Analytics do HIAE). Neste, ainda com o discurso de tornar o paciente cada vez mais cidadão pelo uso de dados, a proposta era centralizar informações para contribuir nas pesquisas com medicamentos, protocolos etc. (ICOS, 2017, p. 19). O grupo de trabalho para desenvolver essa temática foi coordenado por Henrique Sutton de Souza Neves, do Hospital Israelita Albert Einstein. A formação contava ainda com Anderson Winkler (HIAE), Bruno Boldrin (ABRAIDI), Carsten Schirra (Phillips), Gerson Camparatti Jr. (Siemens Healthineers), Edson Amaro Jr. (HIAE), Flavia Santana (ABRAIDI), Juliano Faria (HIAE), Lincoln A. Moura Jr. (Accenture), Maíra C. Salmen (HIAE), Teresa Sachetta (Intersystems), Victor França (ANAHP). O objetivo principal, segundo o documento lançado em 2017, é definir propostas para estimular o compartilhamento eficiente de informações em saúde, pois há uma necessidade de integrar dados dos pacientes e o Registro Eletrônico em Saúde (RES), ampliando a estratégia do e-Saúde<sup>17</sup> recém iniciado na

---

<sup>17</sup> Em 2017 o Ministério da Saúde publicou *Estratégias de E-saúde para o Brasil*. No documento estão expostos os objetivos e estratégias para mudanças na informação e comunicação, através da tecnologia, até 2020.

saúde pública brasileira. Além disso, torna-se central a apresentação dos desafios e a afirmação de que “o maior obstáculo, no entanto parece ser a falta de vontade das organizações de saúde em compartilhar dados clínicos com os demais agentes envolvidos nos cuidados à saúde”. (ICOS, 2017, p. 9)

A pauta era avançar nesse objetivo de consolidação e uso de dados em saúde. Por conseguinte, almeja-se a centralização e coordenação de uma entidade, a fim de contribuir com as iniciativas da *Estratégia e-Saúde para o Brasil*, e que, “da mesma forma, o Icos deve se organizar e se oferecer ao Ministério da Saúde como participante formal do desenvolvimento da Estratégia de e-Saúde para o Brasil” (ICOS, 2017, p. 23). Além do Icos a ABNT, SBIS, entre outros, se colocaram como desenvolvedores dos sistemas públicos. A proposta principal era que o setor de saúde privada deve estar presente nessa formulação.

O Icos aponta as várias possibilidades com Big Data, criticando o Governo Brasileiro, porque aloca poucos recursos para a utilização de dados em saúde. Sugere ainda a ampliação da telemedicina e o monitoramento remoto de pacientes crônicos (o que é limitado pelo CFM 1.643/2002), embora tenha sido acelerado consideravelmente com a pandemia. Argumentam que, no sistema público, o Programa Telessaúde Brasil em redes é insuficiente, ao contrário das experiências do setor privado, em que há crescimento de startups em saúde, a exemplo do Hospital Albert Einstein, com uso para diálogos com Hospital Municipal de M’Boi Mirim em SP (ICOS, 2018, p. 37). O Icos também propõe modelos, ditos inovadores de atendimento – Telessaúde (agendamentos, telemedicina, monitoramento remoto, adesão ao uso de medicamentos – fornecimento de dados para aprimorar pesquisas, suporte ao bem-estar) (ICOS, 2018, p. 44).

É recorrente a proposição sobre integração e inoperabilidade de dados. Essa visão constrói uma crítica à eficiência do sistema e à resolução de problemas. Além disso sugere que o Big Data e o Advanced Analytics (suporte a decisões clínicas – recomendar tratamentos ideais a partir de estudos) sejam modelos preditivos baseados em insights e análises em tempo real das bases de dados, por exemplo, para genoma.

Ou seja, o impacto sobre a gestão se daria a partir da ampliação do uso dos dados, do uso de tecnologias, bem como da relação com o desenvolvimento de pesquisas e produção de insumos, medicamentos, entre outros. A expertise viria do setor privado, como aponta em alguns exemplos. Além disso, o que está em jogo é quem controlaria os dados da saúde e, por isso, o lobby para que o setor privado assuma a produção e o controle do uso de dados em saúde no Brasil. Mas, o trabalho também sofre impacto, o que já podemos observar com o aumento de trabalhadores plataformizados ou mesmo com a utilização dos programas já elaborados

conduzindo as práticas profissionais.

Outro argumento utilizado pelo Icos, para a referida inovação, é que são necessárias pesquisas e mudanças nos processos regulatórios, uma vez que os atuais seriam ineficientes. “No Brasil ainda existe grande oportunidade para agilizar o processo de aprovação de patentes e novas tecnologias” (ICOS, 2018, p. 47). A agenda do Icos propõe mudanças no INPI, Anvisa, Conitec para “estimular maior participação e protagonismo do setor privado” e “viabilizar a integração com agências de saúde nacional e internacionalmente” (ICOS, 2017, p. 90). Mudanças essas, inclusive, que estão sendo feitas ao longo da pandemia, com ações governamentais no acesso aos dados públicos e no respeito, ou não, às instâncias técnicas e científicas desses órgãos.

Essa temática, recorrente no Icos, pode ser demonstrada quando, ainda em 2017, houve a realização de um workshop na sede da Abimed, momento em que Francisco Ballestrin retoma a construção do Instituto e Denise Eloi convoca as entidades para a ação em torno das cinco iniciativas prioritárias: 1) consolidação e uso de dados; 2) fortalecimento da atenção primária; 3) modelos de pagamento baseados em valor; 4) modelos inovadores de atenção e; 5) promoção da saúde. Essas propostas impactariam diretamente a gestão, com mudanças estruturais. Em 2018, no almoço-debate promovido pelo Icos, além do presidente e vice-presidente da instituição, participaram o então presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa e Leandro Fonseca da ANS. Lottemberg ressaltava a necessidade de estabilidade política para que o setor da saúde se amplie e Cerri defende que o SUS precisa ser recuperado e o uso da telemedicina pode contribuir para isso. No evento, foi relançado o livro *Coalizão saúde* e lançadas as outras duas publicações do ano anterior que são: *Modelos de pagamento baseados em valor* e *Consolidação e uso de dados*.

Outros seminários, fóruns e publicações no campo da tecnologia, questão digital e uso de dados ocorreram nos anos seguintes. Em 2019, foi realizado o seminário “Os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados na Saúde”, promovido pelo Icos junto à Abramed, à ComSaúde, à Fiesp e à Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), com objetivo de reunir especialistas para tratar da Lei e como hospitais, laboratórios, planos de saúde, indústria e agência reguladora se preparam para as mudanças. Houve a participação de Lottemberg, Cerri, Ruy Baumer (ComSaúde), Claudia Cohn (Abramed), Luiz Gustavo Kiatake (Presidente SBIS).

Além desse evento, outros fóruns foram centrais no ano de 2019. Um deles, na feira hospitalar, foi o “Saúde digital e sustentabilidade: a tecnologia como estratégia de transformação”, em que o Icos participa de duas mesas ( “A transformação digital como estratégia para a melhoria de produtividade e sustentabilidade do setor”, com Lottemberg,



Leandro Fonseca, João Alceu – FENASAÚDE –, Nicolas Toth – Diretor da Sharecare na AL –, e mediação de Fabrício Campolina – Abimed e J&J –, e “Gestão do futuro: a saúde digital na geração de valor para a saúde corporativa”, com mediação de Cerri e participação de Rodrigo Aguiar – ANS –, Charles Souleyman – Diretor Executivo do Centro de Treinamento Edson Bueno –, Luiz Rodrifo Barros e Silva – Presidente Interino Optum Brasil –, Emanuel Lacerda e Rogério Afif). Nesse mesmo fórum, o Icos + ABBVIE + Sesi lançam a publicação “Orientações práticas em saúde – tudo o que o contratante precisa saber”.

Vale retomar aqui o que apontam como ações estratégicas, a saber, a) a redução da fragmentação das iniciativas e; b) o aprimoramento da governança da estratégia de e-Saúde no Brasil, cuja necessidade é de fortalecimento da Intersetorialidade de governança de e-Saúde; através dos seguintes pressupostos:

1. Elaboração do marco legal de e-Saúde no Brasil;
2. Definição e implantação de uma arquitetura para e-Saúde;
3. Definição e implantação de sistemas e serviços de e-Saúde;
4. Disponibilização de serviços de infraestrutura computacional;
5. Criação de uma arquitetura de referência para sustentação dos serviços de infraestrutura;
6. Criação de certificação em e-Saúde;
7. Promoção da facilidade de acesso à informação em saúde para a população (ICOS, 2017).

Assim, a defesa de que a saúde privada deve estar presente nessa formulação e, de preferência, coordenando e centralizando o processo, é o ponto central do Icos. Inclusive o instituto propõe que a saúde suplementar tenha governança e participação no E-saúde, a fim de uma maior garantia do controle do uso de dados para o desenvolvimento de tecnologias e insumos em saúde.

## **b) Formação de Gestores líderes e pacientes-cidadãos**

Em seus documentos, o Icos critica a gestão de serviços, principalmente os públicos, apontando a relação público-privada como saída. Defende que “precisa ter liderança forte e metodologias de gestão” (ICOS, 2018, p. 46) apontando a proposição de que o “corpo clínico precisará entender seu novo papel”. Como saídas, propõe o mapeamento do perfil de líderes que vão conduzir as mudanças e melhores práticas de gestão, assim como a construção de uma matriz de competências gerenciais e técnicas para o corpo clínico e equipe técnica.

Para seguir essa lógica, é preciso formar gestores em saúde, médicos e não médicos. Essa defesa encontra-se em vários posicionamentos ocorridos em debates e principalmente nas

*lives* durante o ano de 2020. Inclusive em duas delas, que foram entrevistas realizadas pelo presidente do Icos a duas figuras públicas – Sidney Klajner (presidente do Hospital Israelita Albert Einstein) e Oscar Schimdt (ex-jogador e palestrante) –, as temáticas tratadas foram exatamente a da formação para “dar certo”, para a gestão, focando na meritocracia, valores e princípios de uma liderança, do esforço individual e no discurso de formação ética a partir da participação de espaços e do conhecimento de pessoas. No caso de Sidney, tais formações foram adquiridas por meio da vivência no clube/participando da Associação Hebraica. Aliás, o tema dessa *live* era “Liderança, medicina e judaísmo”. Em alguns documentos do Icos, aparecem as ideias de ética, transparência e boa prática como parte integrante da formação de profissionais e gestores, e não relacionadas à dinâmica socioeconômica e cultural do modo de produção. Várias das propostas de formação de gestores e trabalhadores(as) são organizadas por diversas entidades empresariais e há, e a um consenso no que tange às mudanças no setor.

Pode-se ver que o livro *Coalizão saúde Brasil*, lançado em 2017, reforça a intencionalidade do Icos, pelas palavras de seu presidente, de “defesa intransigente do SUS” e do direito constitucional à saúde e, por isso, a necessidade de integração entre público e privado. O livro aponta a realização de um diagnóstico do setor e a definição de iniciativas para solucionar os problemas. “Teremos um sistema de referência em qualidade e sustentabilidade, com maior participação dos cidadãos, assegurando o cumprimento dos princípios do SUS a partir da atuação coordenada dos setores público e privado” (ICOS, 2017, p. 5).

Em vários eventos, essas temáticas também foram recorrentes, como, por exemplo, em 2018, no Encontro Científico promovido pelo Icos na Faculdade de Medicina da USP. O debate “Saúde, bem-estar e produtividade” teve a presença do Dr. Ron Goetzel, da John Hopkins, diretor do Instituto de Saúde e Produtividade e vice-presidente de pesquisa aplicada da IBM. O seminário contou com a presença de Alberto Ogata, além de outros representantes do Icos, de estudantes e de profissionais. Uma perspectiva central foi a formação e preparação de gestores para atender ao novo momento e dinâmicas do mercado.

Além disso, o Icos reafirmou que o problema do SUS é de gestão, ao dizer que

[...] a retirada de entraves meramente burocráticos e contraproducentes, impostos por um arcabouço legal muitas vezes inviável e contraditório, irá viabilizar importantes pesquisas na área, gerar economia onde há desperdício, possibilitar gestão onde há ineficiência, proporcionar ganhos de produtividade e redução de custos. (ICOS, 2016, p. 5).

Embora o Icos defenda, em alguns documentos, a regulamentação do trabalho e os direitos trabalhistas, inclusive opondo-se à reforma tal qual estava proposta, todas as mudanças

na gestão defendidas pelo Instituto impactam diretamente na organização e produtividade do trabalho em diversos serviços de saúde, como será visto no próximo capítulo. Essas dimensões estão interligadas ao processo de trabalho e gestão em saúde. Inclusive, a garantia do controle do E-saúde pelo setor privado pode ser de muita rentabilidade, num momento em que os dados são fundamentais. Isso pode ser verificado na proposição de uso de tecnologias de comunicação para padronização e controle na orientação e no uso de medicamentos e acompanhamento de doentes crônicos. Vale ressaltar que o uso de medicamentos, assim como algumas tecnologias e insumos, é liberado pelos órgãos regulatórios.

A proposta de pacientes-cidadãos aparece em várias ações do Icos, como, por exemplo, na realização de um seminário e dois workshops. O seminário foi do Grupo de Promoção da Saúde: “Educação da População e atuação do empregador”, realizado na sede do Icos em São Paulo. Foi feito um debate conduzido por Alberto Ogata. Entre as temáticas, ressalta-se a ideia do paciente-cidadão – com direitos e deveres – que cuida da própria saúde.

Apontar a participação cidadã, na perspectiva de que haja pacientes-cidadãos, como possibilidade de diminuir os gastos em saúde e ampliar a responsabilidade dos próprios indivíduos em seu processo saúde/doença, segue a lógica predominante neoliberal e seus processos de subjetividade individualizante. Ao mesmo tempo em que se estabelece o argumento “cada qual se cuida e deve participar mais”, ampliam-se os preços de planos de saúde para população idosa ou que tenham graves problemas de saúde, por exemplo. Pode-se observar que um dos elementos do diagnóstico realizado pelo Icos é o perfil epidemiológico da população brasileira, que destaca o aumento da população idosa, das doenças crônicas e do baixo tratamento de esgoto no país, além da falta de promoção e prevenção em saúde e baixa informação/participação dos pacientes. Em nenhum momento são trazidas questões mais profundas de análise de suas determinações, além dos dados brutos e da demonstração de uma ineficiência que congrega os serviços, a gestão e a participação cidadã. Esta aparece em seus documentos como uma possibilidade inovadora e necessária, tanto para que assumam o papel de protagonistas no cuidado em saúde, como para que saibam utilizar bem os serviços. Mas a participação popular, conforme luta do Movimento Sanitário e, em parte, constituída através da lei nº 8141/1990 acerca do controle social no SUS, está sendo cada vez mais atacada e descaracterizada. Ela se difere das propostas do Icos, cuja participação cidadã se mostra numa perspectiva de liberdade de escolha dos serviços públicos ou privados e de conhecimento/informação para diminuir os gastos com saúde, numa perspectiva de cuidado e responsabilização individual do processo saúde-doença.

### c) Atenção Básica e os modelos de gestão e assistência em saúde

Para ampliar seu mercado, principalmente para atender aos planos de saúde, as propostas do Icos sobre atenção básica versam sobre a necessidade de mudança no modelo assistencial, ampliando a prevenção de doenças. As ações apontadas no caderno de propostas (2018) para ampliar a promoção de saúde seriam formalizar políticas intersetoriais, divulgar o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” e realizar educação em saúde.

Na *live* de comemoração dos 5 anos do Icos, em 2020, o convidado Erno Hanzheim, gestor da clínica Salute e ex-secretário de atenção primária à saúde do Ministério da Saúde nos anos de 2019 e 2020, apresentou algumas das várias formas de relações público-privadas, além de construir a defesa de que há ainda um grande mercado para atuação do setor privado no país, como, por exemplo, na gestão de unidades básicas ou mesmo na condução da avaliação e acompanhamento das políticas, para citar alguns. Isso foi endossado pelo presidente do Icos naquele momento.

São muitos os avanços da lógica privatista e neoliberal no Brasil. Na saúde, ao mesmo tempo em que se ampliam as políticas de saúde da família e da promoção de saúde nos planos privados de saúde, bem como proposições de planos populares de saúde, há uma redução e reorganização da Atenção Básica no SUS. Isso acontece por vários motivos, que vão desde a uma possibilidade de economia nas empresas de planos até a uma parte do mercado que se amplia. Porém não é simplesmente uma substituição direta.

Há mudanças no trabalho em saúde e na gestão de serviços públicos que corroboram o desmonte de políticas, que mesmo sendo limitadas e cheias de contradições, precisam responder a uma lógica produtivista, tecnicista e centralizada. Uma das mudanças foi na Atenção Básica, com a nova Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, mudando toda a forma do financiamento, reorganizando o trabalho e desconstruindo a Atenção Básica como estratégia territorial, que, mesmo com as contradições existentes, poderia ser uma abordagem comunitária para enfrentamento de doenças e da pandemia, para além da abordagem no nível hospitalar.

Essas mudanças na Atenção Básica foram publicadas na portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que: “Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017” (BRASIL, 2019). Nela, há a extinção do Piso da Atenção Básica. O custeio está relacionado com número de atendimentos/consultas/cadastros. Além disso, revoga equipes de NASF – AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), nas quais havia um suporte

multiprofissional nas ações territoriais. Essas mudanças reorganizam os serviços, os atendimentos e, ao invés de ampliar a cobertura, como argumentou o Governo, limitam a possibilidade de trabalho das equipes, diminuindo o orçamento.

Ademais, a Atenção Básica ou Atenção Primária à saúde é investimento de parte do setor privado. Pode-se dar o exemplo da Unimed Campinas, que já possui 31 unidades de atendimento nessa modalidade para oferecer promoção e prevenção à saúde de seus clientes e uma integralidade do atendimento (UNIMED, 2019).

Para além do interesse mercadológico com a prevenção, a lógica proposta pelo setor privado é a de corresponsabilização do paciente/cliente pelo seu processo de acompanhamento/uso dos serviços. Baseado em estudos sobre envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas e degenerativas, o setor privado propõe modelo assistencial com plano de ação preventiva e de programas e ações de promoção de saúde, bem como mudanças nas formas de pagamento.

No Caderno de Propostas de 2018, o Icos trouxe apontamentos concisos, que, de forma fragmentada, apontam também para uma análise das outras condições de vida da população, principalmente com as mudanças epidemiológicas no Brasil nos últimos anos. Assim, o Instituto propõe investir em políticas público-privadas intersetoriais, visando ao desenvolvimento de cidades sustentáveis, à ampliação de ações intersetoriais por meio de parcerias com o setor privado, bem como o estímulo de ações de preservação do meio ambiente.

Ao mesmo tempo, observa-se, com a crise estrutural do capitalismo, elementos sociais que a acompanham na disputa pelos projetos societários, até civilizatórios. São mudanças significativas nas relações sociais, relacionadas à ideologia como expressão de práticas sociais historicizadas, como construção social de consciência, que comporta valores, práticas, ideias que vão se naturalizando. Parte importante desse momento que vem ganhando expressão são a tomada de políticas públicas e programas por grupos conservadores e fundamentalistas. Nesse contexto, houve mudanças importantes na política de saúde mental, que ainda estão em curso e vão de encontro às conquistas do movimento da reforma sanitária e psiquiátrica. Destacamos a nota técnica N°11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, que logo em seguida foi retirada de circulação, mas indica as mudanças estruturais na rede de atenção psicossocial. Ela segue a lógica de ampliar o lucro de hospitais privados com os leitos, além das práticas coercitivas, venda de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), entre outras. Mais que isso, abre precedentes à retomada da lógica manicomial, de repressão e de tortura. Junto a elas, outra

alteração importante ocorreu na Política Nacional de Drogas, revisando leis anteriores, mudando sistematicamente a forma de cuidado/assistência nesse campo de atuação e avançando para medidas a partir da abstinência e não da redução de danos. Isso fortalece as comunidades terapêuticas, cuja maioria é ligada a igrejas e/ou clínicas particulares financiadas pelo Estado. É a lei nº 13.840/2019, proposta pelo então deputado Osmar Terra, que:

Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, e 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. (SENADO, 2019).

Há mudanças estruturais no modelo assistencial de saúde no Brasil, após a nova PNAB. Elas diminuem o vínculo, a continuidade do atendimento e a integralidade. Inclusive no meio de uma pandemia, quando a atenção básica aparece nas ações contingenciais, não surgem como proposta de ações territoriais. Autores como Merhy (2020) e Giovanella (2020) criticam essa forma de lidar com os problemas sanitários, limites dos modelos assistenciais cujas ações importantes neste momento seriam a interface entre vigilância, assistência e promoção de saúde.

É importante analisar as mudanças na Atenção Básica interligadas aos modelos de gestão e assistência em saúde. O modelo técnico-assistencial também vem sofrendo alterações conforme a ampliação do uso de tecnologias e redes. Percebe-se uma ampliação na utilização de prontuários *online*, de informatização dos serviços, marcação de consultas e, salientada pela pandemia, de telemedicina. Além disso, há o desenvolvimento de softwares para os sistemas bem como para a abordagens na assistência em saúde. Vemos, como exemplo, a Qualirede como empresa de gestão de planos de saúde, desenvolvendo tecnologias e programas, sendo que esta já teve relação com Amil, Ministério Público de Santa Catarina na contratação de seus serviços (QUALIREDE, 2020).

Sendo assim, diante de algumas das informações coletadas de mudanças técnicas e políticas importantes no último período, seguem algumas reflexões a serem aprofundadas. As mudanças no modelo assistencial brasileiro apontam para o fortalecimento do setor privado, mesmo que gerindo ou mantido pelo setor público. E isso acontece de diversas formas: a partir do uso e controle dos dados, da mudança na formação, no trabalho em saúde e na gestão. É um desafio permanente entender as formas como o setor privado se fortalece e se organiza. A partir

das propostas da Coalizão Saúde, apresentamos as principais relações construídas bem como sua relação com o sistema de saúde brasileiro.

Essas várias proposições do Instituto Coalizão Saúde baseiam-se nas experiências de suas entidades associadas e nas mudanças que vêm acontecendo no setor neste período de neoliberalismo como forma dominante no capitalismo. Sobre a gestão em saúde, desde a Reforma do Estado, na década de 1990, apontam-se formas de relação público/privado. Fazem parte delas a criação das OSs e OSCIPs e mesmo outras relações de compras do setor privado, hegemônico na saúde no que tange à indústria de medicamentos, insumos e equipamentos que abastecem o SUS. Desde o “nascimento” do SUS, como sistema de saúde universal, já havia a participação do setor privado, inclusive nomeado como setor suplementar, que complementaria o setor público. Apresentam-se ainda outras formas de organização dos serviços em saúde, sejam públicas, como as acima citadas, sejam privadas ou mesmo filantrópicas.

Das entidades que compõem a Coalizão Saúde, a Abramed realizou junto ao Icos um seminário com mais de 200 pessoas para debater o futuro da gestão em saúde no Brasil. Há outras entidades filantrópicas que por meio de contratos prestam serviços como os de formação e assistência, como é o caso da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB. O Albert Einstein possui muitas parcerias público-privadas: “Só na cidade de São Paulo, o Einstein administra 23 unidades públicas. Assumimos em dezembro de 2015 mais um hospital municipal, em parceria com a Prefeitura de São Paulo, com atendimento 100% SUS” (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2020). Atua também com ensino e pesquisa, desde graduação a pós-graduação, seja privado, seja realizando formação de profissionais do SUS por meio de parcerias com Ministério da Saúde: “A instituição atua na contratação de profissionais, no acompanhamento do trabalho das equipes, na capacitação e no aprimoramento da assistência prestada, realizando a gestão compartilhada com as diversas instâncias públicas municipais” (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2020).

Santos (2018) ratifica esta afirmação quando em sua análise afirma que a relação entre o setor público e privado está ligada às políticas de saúde e

[...] esta articulação se configurou através da oferta de serviços, da oferta de tecnologias de ponta para todo tipo de procedimentos médicos e na intermediação financeira no mercado de saúde. Ainda, estruturou-se com estímulo à conformação de grandes grupos capitalistas na área, além dos denominados “novos modelos de gestão”, através de entidades do setor privado consideradas “público não-estatais” ou instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado, e que passaram a gerir alguns serviços de saúde pública (SANTOS, 2018, p. 8).

A FENASAÚDE e a Federação Brasileira de Hospitais são membros titulares da Câmara de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A FBH tem como “um dos principais focos da Federação é a luta pela mitigação da crise financeira que atinge uma significativa parcela dos hospitais particulares conveniados ao SUS” (FBH, 2020). Ainda possui como atuação

[...] fortalecer a posição institucional da entidade frente às negociações da rede particular de saúde com o poder público e as operadoras de Planos de Saúde, com o propósito de promover um plano para recuperação por meio da atualização dos valores pagos às unidades conveniadas ao SUS e ao sistema suplementar. Outra grande bandeira de luta da Federação é a redução da carga tributária no setor saúde, considerada pelos estudos tributários uma das mais altas da economia brasileira, havendo inclusive bitributação incidindo sobre alguns impostos (FBH, 2020).

Contudo, essas entidades não participam somente dos espaços privados ou da saúde suplementar. Algumas delas passaram pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>18</sup>, em sua maioria nas cadeiras de prestadores de serviços. Desde 2003 até os dias atuais, alternam nesses espaços a Federação Brasileira de Hospitais, a Unidas, a FENASAÚDE, a CMB, a CNSaúde bem como a Confederação Nacional da Indústria, do Comércio e da Agricultura. Vale ressaltar que, dentre as estratégias empresariais para formação de um consenso para participação ampliada do setor privado na política nacional de saúde, Braga (2018) considera a atuação no Conselho Nacional de Saúde, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como nas ações judiciais das entidades empresariais e no acesso a financiamentos públicos via BNDES.

Entretanto, apontam ainda para o processo de concentração e centralização de capitais. Pode-se refletir sobre isso a partir das fusões e aquisições que acontecem no setor, e também a partir da financeirização de alguns grupos. O Grupo Fleury tem crescido muito no Brasil adquirindo muitas empresas menores de diagnóstico e laboratórios, investindo em pesquisa e formação. Em 2009, este realiza a abertura de seu capital na BM&FBOVESPA. Em 2011, incorpora ao seu grupo o Labs D’Or no Rio de Janeiro, a marca Diagnoson na Bahia e inaugura a sede da Universidade Corporativa (GRUPO FLEURY, 2020). Em 2021, o mesmo grupo compra uma rede de laboratórios no Espírito Santo (Bioclínico), assim como em outros lugares do país.

Pode-se elencar, ainda, como um dos maiores problemas para a saúde pública, mas

---

<sup>18</sup> CNS. criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, era órgão consultivo do Ministério da Saúde até a criação do SUS, onde o CNS se torna deliberativo e possui participação de trabalhadores, usuários e gestores.



também para a educação e a assistência, a Emenda Constitucional 95, apelidada “PEC da morte”, de 15 de dezembro de 2016, que “Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências” (BRASIL, 2016), congelando os gastos públicos por praticamente 20 anos. Isso piora drasticamente um dos maiores gargalos do SUS, que sempre foi a questão do subfinanciamento. Segundo Giovanella (2020), essa redução no orçamento da saúde trouxe perdas que, mesmo com recursos do período emergencial devido à pandemia, não superaram as perdas a partir dessa emenda (CNS, 2020). O orçamento executado na saúde em 2020 foi de 4,26% do orçamento da União, sendo que houve verba adicional para combate ao coronavírus. Porém, para o sistema financeiro, foi executado 39,08% ou R\$ 1,381 trilhão (FATTORELLI ET AL., 2021). Há um histórico desfinanciamento e subfinanciamento do SUS, que sempre foram os gargalos, desde a sua constituição. Segundo os autores, a ampliação da dívida pública no Brasil foi impactada também pelas emendas constitucionais 95/2016 e 106/2020, dentre outras questões como o aumento dos juros e gastos de variação cambial. Contudo, pretende-se salientar o quanto essas emendas priorizaram os gastos públicos com juros e amortizações, o que gerou impactos dramáticos na área da saúde, principalmente no período de pandemia. A EC 106, por exemplo, privilegiou bancos e gastos financeiros com a dívida pública ao invés de gastos sociais.

#### **d) Modelos de Pagamento**

Como parte das mudanças na gestão, que devem abarcar os setores público e privado, atendendo às demandas principalmente dos planos de saúde e sua relação com serviços públicos e regulações, a outra temática central para o Icos é o modelo de pagamento em saúde. Para discuti-lo, constroem workshops específicos, o que vai resultar num material próprio sobre o tema, publicado em 2017, que é “Modelos de Pagamento baseados em Valor”, realizado pelo grupo de trabalho coordenado por Fabrício Campolina, da J&J e com apoio técnico da KPMG.

Diferente do outro workshop sobre uso de dados, neste documento apresentam como participantes as associadas: ABBOTT, ABBVIE, ABIMED, ABRAMED, ABRAMGE, ABRAIDI, AMB, ANAHP, CBEXs, CMB, CNS, DASA, FENASAUDE, GRUPO FLEURY, GRUPO SABIN, HEALTHWAYS, INTERFARMA, J & J, SANOFI, SIEMENS, SINDUSFARMA, SINAEMO, ONCOCLÍNICAS, ABEM, SBMCI, SBCBM. Além de representantes das entidades do Icos, participam algumas sociedades médicas (cardiologia e cirurgia bariátrica e metabólica) e associação (brasileira de educação médica). A diferença entre a participação nos dois workshops e temáticas sugere, novamente, o papel do Icos como

mediador entre as diferentes entidades empresariais e interesses. Contudo, são parte das sociedades médicas conforme as especialidades e a associação de educação médica, o que demonstra seu caráter corporativo e a importância dada aos aspectos da formação e atuação profissionais.

Nessa elaboração, o presidente e vice-presidente do Icos defendem a necessidade de enfrentar a “complexa e multifacetada questão da revisão das formas de remuneração dentro do sistema de saúde” (ICOS, 2017), para que haja uma saúde mais sustentável e eficiente. Justificam que foram realizados estudos de diversos modelos de pagamento no Brasil e no mundo, e publicizam esse documento como uma Nota Técnica<sup>19</sup> após a participação de diversos atores no workshop. Os Modelos de Pagamento Baseados em Valor (VBP), que fazem parte da visão do Value Based Care (VBC), como uma evolução de mercado, são abordados por Fabrício Campolina. Este sugere ações como fomento e regulação nos países e apresenta pontos críticos dos modelos de pagamento atuais no Brasil, diferenciando alguns outros modelos de pagamento e explicando suas diferenças e possibilidades para melhorar o sistema no Brasil. Além das diferenciações dos modelos de pagamento (*capitation*, *bundle*, orçamento global e *fee-for-service*), apresentam elementos que precisam ser mudados: participação do cidadão, formação profissional e de gestão, regulamentação e uso de tecnologias. No documento, a CEO do Icos, Denise Eloi, conclui o material trazendo a perspectiva de que para esse feito necessita de lideranças-modelo para renovar o quadro da saúde no Brasil. E que, embora o grupo seja heterogêneo, em meio à crise atual no setor, é preciso trabalhar junto.

Em vários documentos do Icos, aparecem as mesmas justificativas para convencimento sobre a importância do setor privado atuar e regulamentar o setor público, ao mesmo tempo em que defende uma ética e união das diversas empresas, como se não houvesse competição, interesses ou mesmo se fossem possíveis mudanças estruturais de forma sustentável e eficiente. Isso será abordado e teorizado no próximo capítulo.

O quadro seguinte resume a apresentação dos diversos modelos de pagamento, como *Fee-for-service*, *bundles*, *capitation* e orçamento global (ICOS, 2017, p. 30):

---

<sup>19</sup> Esta Nota Técnica é apresentada como um “consenso da cadeia produtiva da saúde”, com participação de mais de 40 especialistas e líderes do setor, representantes de cerca de 22 instituições e mais a KPMG. Foram realizados 2 workshops e reuniões do Comitê de Liderança.

Figura 3 – Icos e os Modelos de Pagamento baseados em Valor

FFS+PIP	BUNDLES	CAPITATION	ORÇAMENTO GLOBAL
Pagamento por cada unidade de atividade a um prestador individual.	Pagamento por episódio clínico do paciente em um ou mais prestadores.	Pagamento fixo por indivíduo, para um conjunto de serviços definidos.	Pagamento único pelo atendimento total da população servida por um prestador.
<b>Prós:</b> Incentiva o tratamento e estimula a produtividade.	<b>Prós:</b> Incentiva a coordenação e aderência a protocolos de atendimento.	<b>Prós:</b> Previsibilidade de receitas para o prestador.	<b>Prós:</b> Previsibilidade de gastos e relativa simplicidade gerencial.
<b>Contras:</b> Utilização desnecessária e fragmentação de serviços.	<b>Contras:</b> Complexidade de implementação.	<b>Contras:</b> Racionamento de serviços assistenciais, transferência excessiva de risco ao prestador.	<b>Contras:</b> Racionamento de serviços, ineficiência e difícil gestão de risco.
<b>Exemplo:</b> consulta médica.	<b>Exemplo:</b> artroplastia de joelho.	<b>Exemplo:</b> atenção básica.	<b>Exemplo:</b> Orçamento único hospitalar de OSs.

Fonte: ICOS (2017, p. 30).

Porém, nos diversos elementos avaliados e que geram os argumentos para a escolha do melhor modelo, estão o uso de tecnologias, os aspectos regulatórios, o papel dos gestores com liderança forte e as políticas públicas.

A proposição direta que o documento faz ao Ministério da Saúde e à Anvisa é:

- Criação de uma comissão mista para identificação, seleção e publicação de guias e métricas de desfecho e classificação de grupos de diagnósticos adaptados ao Brasil e alinhados com as melhores práticas internacionais, quando já existirem métricas de desfecho validadas internacionalmente;
- Divulgação de melhores práticas na implementação de métricas de qualidade e reconhecimento público das instituições (prestadoras e pagadoras) na vanguarda da implementação de indicadores selecionados.
- Implementação de métricas de qualidade nos hospitais públicos de administração direta.
- Determinação que prestadores privados adotem métricas validadas, caso venham a implementar um Modelo de Pagamento Baseado em Valor (ICOS, 2017, p. 55).

Vale a pena ressaltar que, no final de 2016, a ANS cria um Grupo Técnico de Modelos de Remuneração que, em sua segunda fase, em 2017, lança o documento “Valor em saúde: guia para implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor”, o que numa terceira fase seria a implementação de projetos-piloto. A elaboração do Icos é citada no referido documento bem como muitos de seus associados participaram do GT. Em 2019 foi aberto, pela ANS<sup>20</sup>, o edital para projetos pilotos e em 2020 foram aprovadas 13 ações, muitas de operadoras

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>.

e planos de saúde. Esse tema sobre modelos de pagamento, as experiências e inclusive esse edital foi tratado em *live* do Icos, em 2020. O Painel Digital se chamava “O impacto da pandemia na adoção de modelos de pagamento baseados em valor” em parceria com a Johnson & Johnson e com apoio do InovaHC. A abertura foi realizada pelo presidente do Instituto Coalizão Saúde, Dr. Claudio Lottenberg, seguido do vice-presidente, Giovanni Cerri; e do presidente J&J Medical Devices, Gustavo Galá. A moderação foi da CEO, Denise Eloi, e do Healthcare Transformation Officer da J&J, Fabrício Campolina. Com apresentação da Gerente Senior Economia da Saúde da J&J, Priscila Andrade, o painel teve um time de debatedores formado pela Mentora Estratégica em VBHC na AsQ, Marcia Makdisse, pela Diretora Técnica Médica da Sul América, Tereza Veloso, e pela Superintendente de Economia da Saúde do Hospital Albert Einstein, Vanessa Teich. Os comentários foram do CEO do Hospital Sírio Libanês, Paulo Chapchap. Segundo o debate, a pandemia acelerou a transformação do modelo de pagamento em saúde, assim como demonstrou uma insuficiência do modelo assistencial atual. Vanessa Teich, filha do ex-ministro da saúde Nelson Teich, apresentou a experiência do Hospital Albert Einstein, onde experimentaram novos modelos de pagamento. A perspectiva do uso de tecnologias e integração de dados é outro argumento forte.

No ano de 2020 ainda, em setembro, houve um lançamento de edital de “chamamento para seleção de casos de sucesso de modelos baseado em valor” para seguir com a produção dessa temática, visto que já existe uma primeira nota técnica sobre Modelos de Pagamento baseados em Valor. Segundo o Instituto, objetiva-se com essa outra nota técnica:

- 1 – divulgar as principais aprendizagens com as experiências dos casos de sucesso para acelerar a adoção destes modelos em nosso sistema de saúde brasileiro;
- 2 – fomentar o aumento da participação de “acordos baseados em desfecho” nos modelos de contratação entre provedores e planos de saúde;
- 3 – contribuir com iniciativas voltadas a superar os desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao “pagamento por serviço” (*fee-for-service*);
- 4 – contribuir para a sustentabilidade do setor e do sistema de saúde (ICOS, 2020, sítio eletrônico)

Percebe-se, com isso, que ao mesmo tempo em que havia a elaboração sobre as diferentes formas de pagamentos utilizados, estava-se atuando na proposição de edital para que os serviços e empresas experimentassem as mudanças. A intenção é que a partir de experiências exitosas se possa justificar as transformações, inclusive para os serviços que recebem financiamento público.

### e) Judicialização

O Icos construiu vários espaços de diálogo com o judiciário, seja em nível federal, seja no estado de SP, acerca das judicializações, o que considera um erro grave no sistema público. Em seus documentos, questiona a cobertura universal à saúde. Ele argumenta que “o país não deixa claro o que é coberto, abrindo espaço para a judicialização” (ICOS, 2017). E, sugere que, em comparação com outros países, poderia haver maior cobertura no país caso houvesse coparticipação. Por conseguinte, exige debates sobre os limites do direito individual e do direito coletivo, já que os recursos são limitados e em 2017, o Ministério da Saúde destinou R\$ 1,02 bilhão para aquisição de medicamentos e tratamentos exigidos por demandas judiciais. Desse total, 11 medicamentos corresponderam a 92% do valor” (ICOS, 2019, p. 35).

Cabe aqui diferenciar os projetos de saúde defendidos e construídos em nossa sociedade, bem como os argumentos utilizados em suas disputas. A defesa da saúde como direito universal, garantido pelo Estado, foi uma das principais bandeiras e é fruto da Reforma Sanitária Brasileira<sup>21</sup>. O Movimento da Reforma Sanitária possui seus alicerces ideológicos nas lutas por políticas mais universalizantes, na segunda metade da década de 1970, período das lutas democráticas no país. É importante salientar que a universalização da saúde, defesa intransigente do Movimento Sanitário Brasileiro, é diverso da mais recente orientação da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial quanto à Cobertura Universal em Saúde, que se refere a esse *modus operandi* do capital para garantir as parcerias público-privadas e a mercantilização da saúde (FPCPS, 2015). São vistos, portanto, os argumentos do Icos quanto à cobertura universal, inclusive associando-os aos processos de judicialização, como visto.

Nesse intuito, ao fazer a crítica e trazer a realidade das judicializações, o Icos aponta para a ampliação dos contratos entre cidadão e instituições privadas que prestam serviços em saúde. Para tal, é necessária uma maior clareza sobre a cobertura universal à saúde, ou o que podemos observar atualmente: a tentativa de que a saúde não seja direito universal. Ao que parece, a proposta de modernização da saúde, tentativa do então Deputado Rodrigo Maia desde 2017 e recorrente até hoje, aponta para mudanças mais atuais, nos cortes de recursos públicos, nas mudanças legislativas, entre outros.

O Instituto não formulou ou abordou argumentos específicos sobre a judicialização em nenhum material ou *live*, embora seja recorrente a temática principalmente nas relações

---

<sup>21</sup> Foi um movimento que, além de denunciar a ditadura empresarial militar e os interesses econômicos com ela envolvidos, construiu lutas e disputou propostas de mudança no sistema de saúde. Com a práxis coletiva, foi-se forjando um sistema de saúde que acompanhasse as lutas democráticas e transformadoras, que culminou com o Sistema Único de Saúde – SUS.

públicas<sup>22</sup>, com judiciário ou utilizando como argumento para propor alterações de gestão em saúde. Pode-se inferir que essa pauta advém principalmente das empresas hospitalares ou mesmo de planos de saúde, que precisam atender às decisões judiciais referentes a algum procedimento ou uso de medicamentos que são de direito, ou mesmo quanto a contratos e regulamentações. Nesse sentido, Icos advoga pela redução dos direitos à saúde.

### 1.2.2 Pesquisa e Regulação

Ao longo desses anos, pode-se observar que várias das associadas no Icos possuem intensa relação com instituições de pesquisa e ensino, assim como desenvolvimento de tecnologias ou insumos para sistemas de saúde. Assim funciona a saúde na modernidade, com a hegemonia da biomedicina e com o complexo médico-industrial-farmacêutico. Além de assumirem esse papel nos sistemas de saúde, várias delas criam associações ou institutos filantrópicos para realizar ações sociais com grupos específicos. Realizam doações para comunidades, movimentos etc. Neste tópico, demonstraremos esses movimentos e ações das associadas do Icos, a relação com as pesquisas e a necessidade de enfrentar regulações dos países.

Algumas empresas/entidades que fazem parte do Icos possuem relação com a saúde global. A Abimo desenvolveu parceria com Ministério da Saúde e com a OPAS para Internalização de Normas Técnicas Internacionais desde 2010 (ABIMO, 2020).

A farmacêutica EMS segue o caminho da saúde global, sendo a primeira empresa privada a assumir uma parceria com a Organização Mundial da Saúde, em 2017. Ela atua na produção de medicamentos genéricos e possui um comitê científico consultivo, cuja composição varia de entidades privadas, como Incor e Inbracer, e públicas, como Instituto de Física da USP, UFCS, FIOCRUZ, USP e UFRJ.

Quase a totalidade dos signatários do Icos possui fundações ou institutos com objetivos de ofertar formação em saúde e ampliar a relação com comunidades, empresas e governos. Um deles é o grupo Sabin, que criou um instituto, qualificado como OSCIP.

Várias dessas empresas realizam ações de filantropia, que além de garantir isenções fiscais ainda a apresentam como boas e benéficas na sociedade. Nessa direção podemos citar a ABBVIE, que financia ONG Projeto Arrastão – SP, o Doutores da Alegria, o Projeto de Música

---

<sup>22</sup> Em 2016, o vice-presidente do ICOS profere uma Aula Magna da Abertura do Congresso de Saúde Pública do Ministério Público de São Paulo, com a temática “Desafios da saúde no Brasil: como enfrentar o futuro”. O congresso também debateu sobre a Judicialização da Saúde e Organização das Políticas Públicas. O encontro aconteceu na Faculdade de Medicina da USP.

TUCCA, a Operação Sorriso, entre outros.

A Novartis, entre suas ações de filantropia, realizou a Carreta da Saúde, “desenvolvido em um esforço conjunto com o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)” (NOVARTIS, 2020).

Atuando no setor privado, a Dasa desenvolve iniciativas junto à Universidade de Harvard na criação de algoritmos para atuação nos diagnósticos e trabalha junto a startups, no Vale do Silício, em pesquisas e desenvolvimento de “dados, inteligência artificial e tecnologia” na saúde. Também realiza formação profissional para estudantes de medicina na área de ultrassonografia no Centro de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Ultrassonografia Professor Dr. Giovanni Guido Cerri (DASA, 2020).

No campo da formação em saúde, a ABRAMGE possui uma universidade corporativa que, dentre os cursos, faz formação em promoção e gestão em saúde. Assegura que “80% de participantes são gestores” (ABRAMGE, 2020). Outro associado, o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEx realiza formação para gestão em saúde.

A Fundação Faculdade de Medicina (FFM), cujo objetivo é o apoio ao ensino, pesquisa e assistência na saúde bem como a contribuição com a Faculdade de Medicina da USP e o Hospital das Clínicas. Sua principal função é aperfeiçoar a gestão. Assim, mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo bem como com instituições/empresas públicas e privadas para garantir os atendimentos e a formação. Foi uma das “entidades precursoras no modelo de gestão de parceria público-privada, tendo servido de parâmetro para o poder público promulgar as leis das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs)” (FFM, 2020). Das várias estruturas da fundação, chama atenção o Departamento de Saúde Suplementar, que “atua na inserção estratégica do Complexo HCFMUSP no Segmento de Saúde Suplementar, sendo responsável pelas ações de negociação com as Operadoras de Planos de Saúde e demais Fontes Privadas de Custeio” (FFM, 2020). Pelo sítio eletrônico Portal da Transparência, numa rápida pesquisa, a FFM já recebeu do Governo Federal mais de 100 milhões de reais (CGU, 2019). O Hospital Albert Einstein também presta serviços de formação, além da gestão e assistência.

Já a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e entidades filantrópicas – CMB possui projetos de educação a distância e cursos livres em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a Fundação Faculdade de Medicina e com o Conselho Regional de Medicina em SP. Como foi observado, possui uma fundação para graduação na

área da saúde e assistência em saúde, que tem convênios com o SUS.

A CMB negociou “linhas de financiamento específicas para estabelecimentos filantrópicos em saúde”, conforme descrito por Braga (2018, p. 147). Nas palavras de representantes do Ministério da Saúde, explicaram os fomentos e investimentos públicos para que hospitais filantrópicos de excelência ampliassem as propostas de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. Vale lembrar que muitos dos argumentos envolvem o uso de tecnologias, a ampliação da telemedicina e, inclusive, o aporte de conhecimento para prestação de serviços para o setor público, convenientemente chamado de atrasado e mal gerido.

O Sírio Libanês atua também na parceria público-privada, com “projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) e do conhecimento médico disseminado em seus programas de formação” (HSL, 2020). Possui um Instituto de Ensino e Pesquisa que

[...] atua em aliança com instituições públicas e privadas que também tenham como objetivo a excelência no cuidado em saúde, respeito às pessoas e o compromisso com a sociedade. Um exemplo é a ação em conjunto com o Ministério da Saúde para capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). No setor da Pesquisa, as parcerias incluem o Ludwig Institute for Cancer Research e o Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, entre outras instituições (HSL, 2020).

#### Como podemos analisar

[...] o Sírio-Libanês apoia o desenvolvimento da saúde pública de diversas formas. Uma delas é por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Em 2009, fomos certificados como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde (MS) e iniciamos um trabalho com este programa, que foi desenvolvido pelo MS para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e apoiar a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira. O programa é financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência. Atualmente cinco hospitais são certificados pelo MS, entre eles o Sírio-Libanês (HSL, 2020).

É importante retomar a Lei 12.101, de 2009, que “[...] dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social” (BRASIL, 2009). Além disso, a Lei 12.101/2009 especifica as possibilidades de prestação de serviços por entidades filantrópicas e descreve as funções que deve garantir, entre elas e conforme o Artigo 11: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, capacitação de recursos humanos, pesquisas em saúde e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. São várias as formas e regimentos que as instituições devem seguir. Contudo, a lei em questão abre caminhos para a ampliação de entidades filantrópicas, assumindo formação e gestão em saúde.



A pesquisa de Santos (2018) sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) demonstrou que, dos projetos de apoio institucional ao SUS garantido pelo programa no primeiro triênio de implementação, “48,5% do recurso foi encaminhado para o Hospital Albert Einstein, responsável pelo desenvolvimento de 32 projetos” (SANTOS, 2018, p. 44) e 20,8% foi para o Hospital Sírio Libanês, em várias áreas. Nos triênios seguintes, esses dois hospitais filantrópicos, membros do Icos, seguiram qualificados para o programa em questão, e estão até hoje como hospitais participantes. O programa, como explicitado no próprio sítio eletrônico do Ministério da Saúde, é uma das maiores parcerias público-privadas do país, e as propostas são uma

[...] combinação de uma necessidade do SUS com uma expertise dos hospitais de excelência. Em parceria com as áreas técnicas e entidades vinculadas do Ministério da Saúde, os hospitais são polarizadores de cientistas, educadores, gestores e profissionais da saúde que se unem para buscar soluções para o SUS (BRASIL, 2020).

Relembremos aqui dos materiais publicados pelo Ministério da Saúde no período da pandemia de 2020, cujos signatários foram, em sua maioria, os hospitais participantes do PROADI SUS do triênio 2018-2020.

Seja para realização de pesquisas ou mesmo ampliação da formação em saúde para aquele fim, o desafio permanente são os processos regulatórios e suas agências e normatizações.

Embora a proposta do Icos de fortalecimento institucional do Ministério da Saúde, por exemplo, aponte para uma maior participação de técnicos e representantes que tenham preparação, propõe também que essa formação seja realizada pelos hospitais e empresas filantrópicas e/ou privadas, como já vêm acontecendo, e que se ampliem os grupos de trabalho no Ministério da Saúde e nas agências regulatórias como ANS, Anvisa, entre outros, com maior participação do setor empresarial. Cabe aqui resgatar que houve profundas mudanças no organograma do Ministério da Saúde (decreto nº 9795) nos últimos anos e, mais recentemente, ampliando a entrada de militares (BRASIL, 2019; MOTA, 2021).

Sobre a regulação – indo ao encontro de um dos objetivos do Icos, que é a autorregulação do setor privado, uma ampliação de sua autonomia bem como uma construção do sistema de saúde – observam-se relações construídas pelo Icos com a Anvisa<sup>23</sup> (Agência

---

<sup>23</sup> Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, que tem sede e foro no Distrito Federal, e está presente em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos

Nacional de Vigilância Sanitária), integrante do sistema regulatório do sistema de saúde brasileiro com funções de aprovação e liberação de medicamentos, vacinas, agrotóxicos, seja na produção ou comercialização, seja na pesquisa. Em seu caderno de propostas, o Icos faz suas propostas a partir da crítica ao que existe:

São críticos os processos de inspeção de fábricas; de aprovação de protocolos e pesquisa clínica - um dos mais demorados do mundo; de análise de registro de produtos inovadores e de aprovação de pedidos de patentes que, segundo dados da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), podem chegar a 14 anos. [...]

O maior envolvimento do Ministério da Ciência e Tecnologia na inovação em saúde traria benefícios para as pesquisas. É preciso, portanto, uma visão sistêmica por parte do governo federal, abandonando o tratamento setorializado e ineficiente entre ministérios que pouco produzem em conjunto (ICOS, proposta para o Sistema de Saúde brasileiro, sem data, p. 11).

No evento realizado pelo Icos em 2018, o então presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa, proferiu o seguinte discurso ao dizer que o mercado de medicamentos no Brasil passaria a ser o quinto ao invés de sexto ou sétimo no cenário mundial:

[Essa evolução] dependerá do cenário econômico. O mercado brasileiro tem crescido rapidamente devido às fusões e aquisições. Em poucos países ocorreu movimento semelhante. Precisamos buscar a convergência regulatória e ter capacidade de aprovar normas com padrões globais (MELO, 2018).

Como exemplo das disputas que ocorrem nesse âmbito, pode-se citar que em setembro de 2018, o governo brasileiro libera patente do medicamento para a hepatite C a uma farmacêutica americana e trava a produção pela própria FIOCRUZ no Brasil (MELLO, 2018).

Vale lembrar que uma das empresas sócio-fundadoras do Icos, a Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED) “coopera com a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e com autoridades da Saúde, fomentando a implementação de políticas e regulamentações que proporcionem à população acesso rápido a novas tecnologias e a inovações, em um ambiente ético de negócios” (ABIMED, 2018). Segundo dados da Anvisa, firmou um acordo de cooperação técnica e operacional com a Abimed durante 4 anos, com objetivo de “desenvolver trabalhos e atividades científicas de interesse comum” (ABIMED, 2018).

Não é somente com a Anvisa que se constroem essas relações. Elas também se

---

insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (ANVISA, 2020).

estabelecem com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e até com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda no âmbito do sistema nacional de saúde, pode-se destacar a relação da ABRAMED atuando

[...] nos debates realizados pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, em todos os níveis da federação, tendo em vista que a entidade tem abrangência nacional, nas discussões junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre procedimentos, exames e tratamentos que devem ter cobertura dos planos de saúde; nas audiências públicas promovidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e por ações judiciais propostas pela Abramed em prol dos seus associados e do setor diagnóstico no Brasil. (ABRAMED, 2020, on-line).

Pode-se destacar o papel da Confederação Nacional de Saúde na relação com o Estado e suas formas organizativas. Possui, ainda, relação com o Ministério da Saúde, a ANS, a Anvisa e com o extinto Ministério do Trabalho:

[...] a CNSaúde tem como principal objetivo zelar pelos direitos e interesses do segmento de saúde junto aos órgãos governamentais e políticos do país. Compete à entidade defender os interesses coletivos ou individuais da categoria no que se refere a questões judiciais, administrativas e trabalhistas. Pertence exclusivamente à CNS a representatividade constitucional e legal de todos os estabelecimentos de serviços de saúde no Brasil (CNSa, 2020).

Todas essas entidades empresariais defendem o “Estado necessário, que deve se ater à regulação das relações dos elos da cadeia produtiva da saúde e ao fomento das atividades privadas na área” (BRAGA, 2018, p. 125) e isso foi amplamente reconhecido e dialogado em fóruns, seminário e eventos em que estavam representantes dos grupos empresariais junto com representantes do setor público nas décadas de 2000 e 2010.

As informações acima permitem compreender as mudanças significativas que teve a Anvisa. O período de pandemia exigia ação eficaz da vigilância em saúde, seja nas normas e orientações, seja quanto a medicamentos, vacinas e trabalho territorial, o que não foi prioridade pelo Governo Federal e aconteceu somente onde trabalhadores e trabalhadoras do SUS conseguiram garantir. Ainda em 2019, é oficializada a Resolução RDC nº 304, de 17 de setembro, que “Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos” (BRASIL, 2019). Parecendo simples norma, facilita a logística nessa área, movimentando o setor farmacêutico, como reafirma a Interfarma (2019).

A Anvisa sempre foi uma agência disputada. Recentemente, propôs o novo marco regulatório dos agrotóxicos publicado no Diário Oficial da União dia 31 de julho de 2019 (EBC, 2019), que reclassifica os dados de muitos produtos, avançando na liberação de agrotóxicos

banidos em vários países do exterior. Inclusive com a pandemia, há aumento da liberação (SUDRÉ, 2020).

Em 2017, houve uma portaria conjunta entre Anvisa e INPI (Instituto Nacional de Propriedade Intelectual) para acelerar a análise de patentes na área de produtos e processos farmacêuticos. A RDC nº 168 (BRASIL, 2020) facilita que a indústria farmacêutica intensifique sua atividade no país (CNI, 2017). Vale lembrar que foi nomeado diretor da Anvisa em 2019 o almirante Antonio Barra Torres, formado em medicina e com atuação (como civil) na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A segunda diretora da Agência é a farmacêutica, especialista em assuntos regulatórios, Alessandra Bastos (ANVISA, 2019).

Há várias propostas nos documentos do Icos com a escusa de desburocratizar a Anvisa, como é o caso do Conitec, como vimos anteriormente.

Por fim, vamos retomar o documento que apresenta “os primeiros pontos de consenso” do Icos, e que foca em “temas variados como ética, inovação, integração público-privada, promoção da saúde e processos regulatórios” (ICOS, 2016, p. 5). Para tanto, propõe:

1. Melhorar o acesso, com qualidade, parcerias público-privadas
2. Assistência de modo processual e holístico – “Prevenir doenças, ao invés de apenas tratá-las, recompensar a eficiência do sistema, e nunca o desperdício.”
3. Desenvolvimento tecnológico – prontuário eletrônico para base de dados; telemedicina
4. Desenvolver os modelos de organizações sociais e parceria para desenvolvimento de produtos (ICOS, 2016, p. 6).

Isto posto, pode-se analisar a relação que existe entre os processos de pesquisa e ensino das médias e grandes empresas e sua insistência em diminuir os processos regulatórios estatais, a fim de garantir vantagens no mercado. Ao mesmo tempo, demonstra que essas proposições muito generalizadas. Na tentativa de criar consenso, não favorecem todas as empresas em quaisquer ramos econômicos da saúde, já que existe uma lógica na produção, comercialização e consumo no modo de produção capitalista.

A diversidade de atuação das diferentes associadas do Icos demonstra que estão presentes na sociedade civil e na sociedade política, em defesa de interesses dos diferentes setores, porém, mostra unidade em algumas questões no sentido de organização da classe. A partir da análise da composição, organização e agenda do Instituto Coalizão Saúde, é necessário apreender as formas dominantes que se apresentam. Apontamos o Icos como Aparelho Privado de Hegemonia (APH), criado e sustentado por entidades empresariais, que se propõe a consolidar um projeto de redução de direitos, de acesso empresarial aos fundos públicos e de

controle das políticas de saúde, todos voltados para o aumento da lucratividade, tendo formas políticas, culturais, econômicas e ideológicas de dominação na saúde e cumprindo papel, de diversas formas, no aparato Estatal e na Sociedade Civil, com relação nacional e internacional. Compreender os aspectos organizativos da dominação e suas formas fundamenta a análise do papel do setor da saúde no capitalismo contemporâneo e dos impactos na realidade da classe trabalhadora. Segue-se, então, para a compreensão do que são os Aparelhos Privados de Hegemonia.

### 1.3 APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA NA SAÚDE: AS RELAÇÕES DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE E SEUS INTERESSES

A configuração do Icos, sua composição e agenda, demonstrados através das relações que constroem no setor da saúde e com outros setores, pelas proposições que fazem ao sistema de saúde brasileiro, configuram o Icos como Aparelho Privado de Hegemonia. Observou-se que as associações ao Icos parecem se dar pela proximidade da agenda, demonstrando que algumas entidades se apresentam na gestão, outras nas formulações de pautas específicas, outras ainda somente no que interessa mais ao seu grupo, havendo divergências em algumas pautas também. Contudo, chama atenção as relações que existem entre as associadas e seus dirigentes (intelectuais orgânicos) e como estes atuam.

Segundo Hoeveler (2019), existem cada vez mais Aparelhos Privados de Hegemonia (APHs) no mundo contemporâneo e há grandes desafios em estudar suas atuações, sejam na sociedade civil, sejam na sociedade política.

O uso do conceito de Aparelho Privado de Hegemonia calcado na obra de Gramsci revela-se altamente profícuo. Parte essencial na compreensão de como funciona a dominação de classe é destrinchar como funciona o *aparato eggemonico* sobre o qual Gramsci nos alertava ainda nos anos 1930 (HOEVELER, 2019, p. 158).

Várias(os) autores(as) e alguns grupos de pesquisa têm ampliado os estudos referentes à atuação das associações, entidades ou instituições empresariais das classes dominantes nas diversas áreas, ou mesmo dos APHs das classes subalternas. (HOEVELER, 2019).

### 1.3.1 Compreendendo as categorias de Aparelho Privado de Hegemonia e Estado Integral em Gramsci

Cabe aqui, então, mobilizar não apenas a categoria de Aparelhos Privados de Hegemonia, mas também a de Estado Integral<sup>24</sup>, bem como a teoria desenvolvida por Gramsci sobre a relação entre sociedade política e sociedade civil no processo histórico da luta de classes. Partindo do *Caderno 6* de Gramsci<sup>25</sup>, “aparelho hegemônico é entendido, assim, como uma sociedade particular (formalmente privada), que se torna o correspondente do aparelho governativo-coercitivo” (HOEVELER, 2019, p. 149). Mas a análise se completa na perspectiva da dominação, com a indissociabilidade entre força e consenso: “O Estado integral é, já, unidade-distinção da sociedade civil e Estado ‘tradicionalmente entendido’, ou Estado *stricto sensu*” (HOEVELER, 2019, p. 149).

Sendo assim, a autora aponta que é no *Caderno 10* em que aparece que a “instalação de um aparelho hegemônico é equivalente a uma ‘reforma filosófica’: na medida em que cria um novo terreno ideológico, efetua uma reforma na consciência e nos métodos de conhecimento” (HOEVELER, 2019, p. 150). Entretanto, o que fica demarcado é a não redução do conceito de aparelho de hegemonia a questões de ideologia, mas sua relação com a base material.

Para tal análise, recorre-se ao estudo de hegemonia, cunhado por Gramsci e sua elaboração a partir da concepção de Estado integral (sociedade civil + sociedade política), cuja relação intrínseca com as formas de produção social abrange a totalidade da vida. Segundo Pronko e Fontes (2012), o conceito de hegemonia traduz

[...] a dinâmica das lutas de classes sob a dominação burguesa, explicando a produção da conformidade social por meio da organização e atuação da sociedade civil, voltada para o convencimento, ao lado da persistência das formas coercitivas do Estado burguês (PRONKO; FONTES, 2012, p. 389).

Para sua compreensão, todavia, é necessário discutir Estado Integral a partir de Gramsci. Não há oposição entre sociedade civil e Estado. Esse é o erro dos liberais, cuja análise contratualista ou ideológica faz parecer que existem forças diferentes e uma possível neutralidade. “Sociedade civil é duplo espaço de luta de classes, intra e entre as classes, por meio de organizações nas quais se formulam e moldam as vontades e a partir das quais as

<sup>24</sup> Há autores(as) que utilizam a expressão “Estado Ampliado”, a partir da elaboração de Christinne Buci-Glucksmann. Neste trabalho, “Estado Integral” e “Estado Ampliado” serão considerados sinônimos.

<sup>25</sup> Gramsci foi um teórico e militante do Partido Comunista Italiano, cuja maior elaboração ocorreu quando foi preso político do Estado Fascista. Suas obras estão organizadas em Cadernos e Cartas, muitas delas traduzidas no Brasil.

formas de dominação se irradiam também como convencimento” (FONTES, 2006, p. 212)

Para Fontes (2006), é preciso refletir sobre três questões para entender sobre Sociedade Civil em Gramsci. São elas: “como se organiza e exerce a dominação de classe nos países capitalistas centrais? Sob que condições os setores subalternos se organizam para lutas de superação do capitalismo? Quais formas de organização social e projeto político existem?” (FONTES, 2006, p. 210). Pode-se acrescentar e questionar como se dão as diferenças na organização e no exercício de dominação em países periféricos, visto que é o objeto de estudo. Inclusive, observar onde esses projetos se articulam e são interdependentes – como veremos.

É nesse sentido que o debate de sociedade civil se relaciona à luta de classes: “O conceito liga-se ao terreno das relações sociais de produção, às formas sociais de produção da vontade e da consciência e, ao papel, que em ambas exerce o Estado” (FONTES, 2006, p. 210-211). Para Fontes (2006), há, portanto, um duplo movimento para que se dê esse convencimento. Parte-se da relação recíproca entre os aparelhos privados de hegemonia na ocupação de instâncias do Estado e, como sociedade política, da legislação e da coerção, em direção ao fortalecimento e à ampliação da dominação de frações de classes pela sociedade civil, fortalecendo a partir do Estado os seus aparelhos privados de hegemonia política. Usa-se, ainda, da legislação e da coerção, em direção ao fortalecimento e à consolidação do caminho imposto pelas frações de classe dominantes por meio da sociedade civil, fortalecendo a partir do Estado seus aparelhos privados de hegemonia. E, dessa forma, ocorre a direção também das classes subalternas. É na sociedade civil que há organização e mediação das relações de produção e do Estado para produzir organização e convencimento.

Não há isolamento da sociedade civil com relação ao mundo da produção. Este constitui o solo da sociabilidade a partir da qual se produzem interesses e antagonismos, se forjam as agregações de interesses e vontades, se produz a subordinação fundamental (FONTES, 2006, p. 212).

A dominação não é permanente e estática ou de apenas um sujeito, seja individual ou coletivo. Ao contrário, com o crescimento das contradições na sociedade capitalista, há no interior das frações dominantes e entre as classes sociais desequilíbrios e reequilíbrios, sempre provisórios, com permanentes disputas hegemônicas, que se alteram e recompõem as formas de dominação burguesa, e estão sempre em movimento.

O terreno da sociedade civil aparece como local de formulação e consolidação dos projetos sociais e de constituição das vontades coletivas por se configurar como momento organizativo e espaço de mediação entre o âmbito da dominação direta (a produção), mediante a organização e o convencimento, e o terreno da direção geral e

do comando sobre o conjunto da vida social, por meio do Estado em sentido estrito (sociedade política) (PRONKO; FONTES, 2012, p. 391).

Assim como a compreensão dessas categorias a partir de Gramsci, cabe aqui retomar a categoria de intelectuais orgânicos. Para o sardo, o papel dos intelectuais orgânicos é de organizador, dirigente, animador, defensor da classe, seja para conservar ou transformar. Dessa forma, se difere do conceito de intelectual como pessoas cultas, de nível cultural elevado, pautando o papel que estes sujeitos cumprem na luta de classes, numa análise coletiva, “cuja função é produzir e difundir ideologias que o interessam” (LEHER; MOTTA, 2012, p. 424). São eles os “prepostos” do grupo dominante e exercem funções de hegemonia social – e essas funções são diferentes.

Os intelectuais não são um grupo social autônomo, pois com graus diferentes de autonomia, possuem a função de produzir maior homogeneidade e organicidade na classe a que se encontram vinculados por meio de sua própria hegemonia político-cultural (LEHER; MOTTA, 2012, p. 425).

Na compreensão de que constituir hegemonia passa pela ideologia, mas não se restringe a esse aspecto, uma vez que há relação entre ideologia e cultura com as formas de produção e relações de trabalho, torna-se importante localizar e estudar os diversos Aparelhos Privados de Hegemonia na saúde. Tal qual o Icos, outros APHs que foram citados demonstram que as diversas formas de atuação, envolvendo articulações com governos, judiciário e, também, entre empresas, indústria, representantes e sindicatos patronais, fazem parte da construção do projeto da classe dominante. Portanto, os intelectuais orgânicos não articulam ou militam por si mesmos e sim pela defesa de um projeto. Daqueles diversos empresários e empresárias, que também assumem suas funções profissionais (como alguns médicos, por exemplo), há os que repetidamente estão em congressos, em aulas magnas, em reuniões ou até em almoços com presidentes da República. A maioria deles está em vários APHs, circulam em universidades públicas, no congresso nacional, em conselhos ou conferências de saúde (públicos ou privados). Os diversos espaços, as falas, as relações que existem entre o empresariado, mas também com profissionais de saúde e trabalhadoras(es), demonstram, além do projeto político dominante, as formas de atuação na Sociedade Civil. Dessa forma, é na sociedade civil que se consolidam os projetos coletivos e sociais. Imbricada no Estado, garante que sua função de educação oriente para o mesmo sentido dos interesses dos dirigentes e de dominação.

Para entender suas diferenças, formas de atuação e objetivos, vale retomar a análise de Fontes (2020). Ampliaram-se os APHs empresariais de caráter interclasse, para atuar com



movimentos populares, sindicais, estudantis, movimentos culturais e comunitários, “agindo como centros de seminários, e como balões de ensaio de políticas públicas voltadas para a privatização de variadas conquistas populares, tais como vouchers para educação, saúde e transporte” (FONTES, 2020, p. 26). Alguns APHs surgem para elaboração de políticas públicas e divulgação de estudos, pesquisas e/ou mesmo dos denominados *think tanks*, embora derivem das variadas práticas empresariais.

Há ainda aqueles APHs destinados a construir relação com empresas ou outros APHs, buscando financiamentos diversos, relações com partidos políticos, ou mesmo com técnicos implantados no Estado restrito. Um exemplo dessa configuração de APHs pode-se averiguar a partir da pesquisa de Guiot (2015) sobre a relação direta empresarial, expressa por constante atravessamento de APHs empresariais na ocupação de instâncias e estabelecimento de decisões públicas na constituição do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES). O que se pôde perceber foi a participação dos setores empresariais definindo e conduzindo as políticas públicas estatais.

“Há uma necessidade urgente de estabelecer uma *quantificação* e uma *qualificação* ampla para a atuação dos APHs empresariais na história brasileira, o que permitirá definir uma periodização consistente” (FONTES, 2020, p. 30). Um desafio para os estudos das APHs é a sua periodização, associada à dinâmica das lutas sociais.

A multiplicação recente de APHs empresariais, superpondo-se aos seus congêneres anteriores, expressa a complexificação da sociedade brasileira, a expansão do capitalismo e os elos tecidos entre burguesias locais e estrangeiras. Trata-se de expressões das lutas de classes, e as entidades populares nascidas desde as lutas contra a ditadura empresarial-militar enfrentariam intenso assédio. Qualquer periodização consistente precisa observar os elos entre a expansão da sociedade civil como arena de lutas sociais e seu crescente empresariamento (FONTES, 2020, p. 30).

### **1.3.2. Icos como APH e o Estado Brasileiro: implicações sobre a política de saúde**

Ao cumprir o papel de mobilizador e articulador de agendas e pautas do empresariado, o Icos se utiliza de várias formas de organização, formação e elaboração, atuando internamente junto às frações da classe dominante e com as classes subalternas pelo seu projeto. Serão abordadas as formas de atuação no Estado restrito, a partir das pautas prioritárias defendidas pelo Icos.

A Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, através da relação público-privada, atua no município de São Paulo, administrando 23 unidades públicas. Em 2015, ela assume o

Hospital da Vila Santa Catarina, em parceria com a Prefeitura de São Paulo, com atendimento 100% SUS (HIAE, 2020). Já a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) estão na rede SUS (Sistema Único de Saúde): dos 2.172 hospitais, 1.704 atendem o SUS. Essas entidades respondem por 51% de toda assistência SUS no Brasil e, na alta complexidade, alcançam 65% (CMB, 2020). Além disso, a CMB participou de várias gestões do Conselho Nacional de Saúde, participou de vários debates sobre saúde em âmbito nacional, inclusive na Câmara dos Deputados, no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros espaços.

Já a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), fundada em 1966, segue cumprindo um papel de representação institucional e confecção de relatórios, estudos sobre a situação dos hospitais para organizar suas demandas ao setor público, colocando-se como interlocutora de pautas que se estendem desde o aumento do preço da consulta no SUS (cujos hospitais conveniados recebem) até as proposições para o setor privado. Contudo, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada mais recentemente, em 2001, tem o objetivo estratégico de atuação pública na defesa dos interesses privados. O Grupo Fleury, ANAHP e a ABRAMGE tiveram e/ou ainda têm participação na ANS, seja por meio dos conselhos ou de participação em elaborações, etc.

A Confederação Nacional de Saúde (CNSa), com sede em São Paulo, tem atuação no campo político e reivindicativo para o setor. Possui assessoria parlamentar e jurídica e teve grande papel na aprovação da Reforma Trabalhista, segundo sua própria defesa pública. Mantém relação com ANS, Anvisa, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho. Já a FENASAÚDE, que representa os interesses dos planos de saúde, também participa dos conselhos, da ANS, e tem representação no Conselho Nacional de Saúde. A SINDUSFARMA possui relações permanentes com a Anvisa, seja através de reuniões técnicas, de participação em eventos ou mesmo de proposições quanto aos interesses de suas representadas da indústria farmacêutica.

Outro elemento importante são as orientações ou condução política que as entidades empresariais da saúde cumprem em direção às empresas ou órgãos internacionais, o que é demonstrado tanto pela participação de APHs multinacionais quanto pela formação e/ou atuação de seus representantes. São os intelectuais orgânicos que cumprem esse papel, como é o caso dos que foram apresentados no início deste capítulo, e que estão nos diversos Aparelhos Privados de Hegemonia.

Retomando-se, para fins de exemplo, as ações de associadas do Icos quanto às pesquisas, é possível perceber o desenvolvimento de tecnologias na área de medicamentos,

insumos e outros; vê-se a interligação do setor privado com as instituições públicas. É o caso da EMS, que possui um Comitê Consultivo Científico formado, entre outros, por representantes do Incor, do Inbracer, do Instituto de Física da USP de São Carlos (IFSC/USP), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), da Fiocruz, do Hospital do Rim, da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Algumas das farmacêuticas elencadas desenvolvem medicamentos para doenças presentes na realidade brasileira, como a malária, a leishmaniose e outras, havendo, portanto, financiamentos públicos e relações com instituições de pesquisa, universidades, como o exemplo da Sanofi. No Brasil, a NOVARTIS possui pesquisas financiadas pela Fundação Bill Gates. A Dasa faz pesquisas no campo da Inteligência Artificial, elaborando algoritmos para diagnósticos, em parceria com Harvard. O Grupo Oncoclínicas possui parcerias com Dana-Faber Cancer Institute e várias pesquisas clínicas junto ao Albert Einstein.

Várias delas constroem processos de formação em saúde, seja com cursos curtos de extensão ou mesmo por meio de graduações e pós-graduações. Duas entidades foram fundadas especificamente para tal, que são a FFM e o CBEXs. A FFM possui origem na FMUSP e objetiva “contribuir para o aperfeiçoamento da gestão institucional da FMUSP e do HC/FMUSP, conferindo maior agilidade, eficácia e credibilidade às iniciativas acadêmicas e de assistência nas áreas de saúde” (FFM, 2020), com doações que recebem e captam. A instituição tem um conselho curador, com participação de personalidades públicas e de universidades – chegando a ser presidida pelo reitor da USP. Entre os membros do seu conselho consultivo estão Paulo Chap Chap e Giovanni Guido Cerri. Faz parte ainda o presidente do HIAE, Klajner, entre outros. Segundo sua página institucional, constrói parcerias com universidades no mundo, com o Ministério Público de São Paulo, com as Secretarias de Saúde e com o Ministério da Saúde.

Já o CBEXs realiza “capacitação técnico-científica e de certificação dos executivos do setor público e privado” (CBEXs, 2020), e coloca-se como entidade sem fins lucrativos, com foco no caráter associativo e de representatividade profissional. Há entidades que ofertam cursos, como a Abraidi. Outras associadas realizam cursos, algumas com institutos próprios, como o Albert Einstein e o Grupo Fleury. O Hospital Sírio Libanês se enaltece ao dizer que, em sua fundação, parte do corpo clínico foram e são professores da USP. Possui ainda um Instituto de Ensino e Pesquisa, em que há projetos de capacitação de profissionais da rede pública/SUS. A ABRAMGE implantou uma Universidade Corporativa com vários cursos, entre eles o de gestão em planos de saúde, além de vários cursos junto e para profissionais da Rede Albert Einstein.

A formação do Icos por associadas demonstra que há diferenças nos interesses também, ou seja, o empresariado da saúde possui suas frações e na dinâmica do capitalismo as divergências se expressam. Há, portanto, na caracterização do Icos, algumas empresas, hospitais, indústrias e várias instituições que são representativas – por exemplo, encontram-se várias farmacêuticas e o sindicato das indústrias farmacêuticas, assim como alguns hospitais e a associação que representa os hospitais. Para ilustrar: a Interfarma é formada por várias farmacêuticas, entre as quais a Pfizer e a Sanofi. A FENASAÚDE, por sua vez, representa 15 operadoras de planos de saúde, incluindo a Amil e a Unimed. A FBH representa o setor hospitalar e a ANAHP, os hospitais privados. Outro exemplo é a Abraidi, que além da representação no Icos, está na diretoria da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS)<sup>26</sup>, da Coalizão Interamericana de Ética no Setor de Dispositivos Médicos e do Conselho Consultivo do Instituto Ética e Saúde. O Sinaemo, cuja função é representativa do setor industrial na saúde, relata ter parcerias com Abimo, Fiesp e Ciesp. Essa atuação nos diversos APHs demonstra o emaranhado complexo do setor, bem como as formas de reunião e dispersão, conforme os interesses em questão e as possibilidades de atuação nas frentes, pela tentativa de condução política dentro de uma mesma fração, seja do Estado restrito, seja na representação do capital imperialista, seja na organização de outras entidades.

Analisando a participação das associadas do Icos em outros Aparelhos Privados de Hegemonia empresariais, tem-se o Fórum Inovação Saúde (FIS)<sup>27</sup>, em que o Icos aparece como apoiador institucional junto a FEHOSUL, FEHOESP, FEMERJ, ABCIS, Sindusfarma, Associação Brasileira de Startups da saúde, FBH, CNSaude, CBEX, dentre outros, e em cujas parcerias estão Amil, Astrazeneca, FENASAÚDE, Roche, Sodexo, Abramed, ANAHP, ABRAMGE RJ/ES, Bradesco Saúde, Dasa, Grupo Fleury, MaterDei, Rede D’Or São Luiz, Sabin, para citar alguns. O instigante da proposta desse “fórum” é demonstrar-se como um espaço aberto e participativo, cujos encontros produzem documento “formal com propostas concretas que serão encaminhadas de forma aos formuladores e gestores das políticas de saúde nacional” (FIS, 2020), como se fosse um espaço legítimo de discussão e elaboração de políticas

---

<sup>26</sup> A ABIIS foi criada em 2011 e “apoiada por entidades interessadas em produzir e difundir conhecimento e propostas ligados ao ambiente social, econômico e normativo próprio para o florescimento da inovação em Saúde no Brasil”. Dizem ser “formuladores de propostas para aprimoramento de políticas públicas em saúde de uma maneira ampla e sustentável para o Estado e a sociedade”. O conselho é presidido por Bruno Boldrin Bezerra (atual diretor executivo da Abraidi) e vice-presidido por Carlos Eduardo Gouvêa (CBDL). O o diretor é Sérgio Madeira, o diretor executivo José Márcio Cerqueira Gomes e o consultor jurídico Pedro Fonseca (ABIIS, 2020).

<sup>27</sup> Criado por Josier Vilar, no Rio de Janeiro, em 2020, o Fórum Inovação Saúde “é um evento com grande poder de decisão, realizado por profissionais nacionais e internacionais que estão moldando o futuro do setor da Saúde no Brasil” (FIS, 2020).

de saúde tal qual as conferências. E o argumento é a necessidade de inovação em saúde.

Um argumento recorrente dos APHs empresariais é a ética das empresas e grupos. Neste sentido, cabe destacar que o Instituto Ética e Saúde é constituído pela Abraidí junto ao Instituto Ethos<sup>28</sup> (desde 2014). Seu Conselho Consultivo é formado por Abraidí, Instituto Ethos, ABIIS, Abimed, Abimo, Abramed, AMB, ANAHP, AUDIF, CBDL, CBEXS, FEHOESP, FEHOSP, IBROSS, IBSP, Interfarma, Observatório Social do Brasil, SBC, SBCC, SBCEC, SBHCI, SBMF, SBOT. Em seus documentos, dizem ser objetivo da entidade: “promover a cultura ética empresarial e a ação social responsável e participativa, entre os agentes do segmento saúde, para gerar ambientes de concorrência justos e transparentes e contribuir para uma sociedade mais ética” (IES, 2020). Além disso, propõem acordos com instituições governamentais, defendem o combate à corrupção e propõem autorregulação, tendo como exemplo experiências dos EUA, Colômbia, Japão etc.

Essa relação entre saúde, ética e responsabilidade social será tratada mais adiante, no próximo capítulo. Todavia, é importante notar que a articulação das diversas entidades empresariais, associativas ou não, comumente contam com a participação de intelectuais orgânicos – conceituados anteriormente –, bem como é rotineira a análise das principais agendas deles, o que também será visto posteriormente.

Nesse sentido, a sociedade civil é um dos principais espaços de luta de classes do capitalismo contemporâneo, o que faz com que os estudos sobre a *sociedade civil empresarial* no Brasil se tornem importantes. Portanto, é preciso compreender as relações e movimentos de organização do empresariado da saúde a partir do Icos, a fim de compreender em que incidem e de que forma atuam os Aparelhos Privados de Hegemonia no capitalismo contemporâneo brasileiro.

Braga (2018) realizou uma análise ampla acerca do empresariamento no setor da saúde e sua relação com políticas públicas. No campo da saúde, ao estudar o papel e a organização das entidades privadas na política nacional de saúde, o autor salienta que essa agenda “expressa a convergência das demandas empresariais que, no início dos anos 1980, se dividiam entre a ampliação do subsídio público ao setor privado e o estímulo à concorrência capitalista na área” (BRAGA, 2018, p. 156). Serão tratadas aqui as entidades privadas do Instituto Coalizão Saúde.

---

<sup>28</sup> Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social é uma Oscip, criada em 1998 por empresários e executivos da iniciativa privada, cujos nomes não são descritos nas páginas sociais. Sua “Missão é mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade justa e sustentável” (IE, 2020). Ela garante o selo da Responsabilidade Social a empresas.

São várias as propostas descritas na agenda do Icos e, aqui, intenta-se traçar as que fazem parte da pauta do empresariado do setor no Brasil. O Instituto Coalizão Saúde representa e defende seus interesses frente ao sistema de saúde e a sua atuação será para fortalecer o setor, ampliar as parcerias público-privadas, entre outras ações, sempre afinados com sua agenda mercantilizadora e com a apropriação de recursos estatais, visto ser essa uma necessidade do capital para acumulação.

Os grupos empresariais da saúde, ainda que compostos por diferentes frações da classe dominante, também se reorganizam, fortalecendo o projeto privatizante e o modelo biomédico. As legislações e o arcabouço jurídico-institucional vão sofrendo alterações advindas dessas disputas. A atuação do Icos corrobora a defesa de Braga (2018) sobre a reconfiguração da relação Estado-sociedade civil, em que ganha espaço a defesa da “colaboração público-privada”. Isso se dá de forma que as entidades empresariais atuam nos níveis econômico-corporativos, nas esferas estatais bem como no projeto ético-político. E que se configura na ideia de “política como dimensão da vida social que somente pode ser compreendida quando relacionada às outras dimensões, analisando-se a correlação de forças políticas e econômicas envolvidas na produção da política de saúde” (BRAGA, 2018, p. 41).

Ao analisar a circulação, em vários espaços, de instituições, entidades e organizações da sociedade civil ou da sociedade política, percebe-se que as relações e articulações de sujeitos e entidades são das mais diversas, indo desde formulação e elaboração teórica até assessorias em questões relacionadas à responsabilidade social, ética e a chamada *compliance*, assim como formulação de políticas públicas, financiamento, formação e gestão em saúde. Todas essas são temáticas muito presentes na agenda do Icos e de grandes empresas.

## **CAPÍTULO 2**

### **ICOS, SISTEMA DE SAÚDE E AS DINÂMICAS DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO**

Os Aparelhos Privados de Hegemonia se constituem como meios de convencimento e coerção, não somente no plano ideológico, mas na materialidade e totalidade da vida, nas relações econômicas, sociais e culturais. A partir do estudo da configuração, da agenda e do modo como o Icos se apresenta no setor de saúde brasileiro, busca-se averiguar sua incidência efetiva sobre o setor da saúde. Entre os objetivos do Icos, que vão ao encontro de mudanças no sistema de saúde, têm-se a ampliação da participação do setor privado, em suas diversas formas, a partir de investimento tecnológico (integração de dados, telemedicina etc.); mudanças nas relações de trabalho em saúde (contratos temporais, terceirizações e outras); formação de gestores administrativos e profissionais para o mercado; ampliação da atenção básica pelo setor privado; mudança no modelo de pagamento e contratos público-privados; medidas para diminuir a judicialização; afrouxamento do direito à saúde na Constituição Federal e; mudanças nas regulamentações do setor privado (necessidade de celeridade, principalmente quanto às liberações de pesquisa e fármacos, bem como sobre as patentes).

#### **2.1 A AGENDA EXPLÍCITA DO ICOS NO CONTEXTO BRASILEIRO**

Desde sua fundação, representantes do Icos alegadamente atrelam suas propostas e elaborações à melhoria do Sistema Único de Saúde e das condições de vida e saúde da população brasileira. Apresentado como um representante de toda a cadeia produtiva da saúde, indicam, como caminho para alcançar esses objetivos, a parceria entre o público e o privado, com a ampliação do setor privado na agenda pública, incluindo a participação do setor privado complementar ao sistema de saúde, garantido na Constituição Federal. Ao mesmo tempo, tentam construir um consenso sobre formas de gestão e trabalho em saúde, sobre a ampliação das pesquisas e utilização das tecnologias, e sobre o papel dos indivíduos em seu processo saúde-doença. Em vários documentos da instituição são citados estudos e definições da OMS, da OPAS, orientações do Banco Mundial e de agências internacionais, referendando suas propostas (ICOS, 2016; 2017; 2018).

No documento do Instituto, no qual se expõe a sua agenda, o presidente Claudio

Lottenberg, argumenta que

[...] o Instituto Coalizão Saúde trabalhou intensamente desde a sua fundação, em 2015. E, sem dúvida, trabalhou de uma forma inédita na história do setor no país. Pela primeira vez, reuniu-se toda a cadeia produtiva da saúde em torno de um único instituto, em busca de seus objetivos comuns. Sempre na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde. E com a convicção de que, como determina a nossa Constituição, a coexistência e a colaboração entre os setores público e privado podem e devem proporcionar um melhor atendimento à nossa população – desde a prevenção e a atenção básica, até o mais sofisticado e moderno recurso que a Medicina pode oferecer (ICOS, 2017, p. 4).

Mobilizando recorrentemente o argumento de melhorar o sistema de saúde no Brasil, o Icos recupera termos e categorias como promoção de saúde, atendimento holístico, saúde com qualidade, melhora na tecnologia da saúde e outros. A construção ideológica da perspectiva do desenvolvimento como possibilidade de melhorias para todas as pessoas, interligada ao avanço tecnológico e ao acesso a serviços, necessários para esconder a essência da contradição capital e trabalho, pode ser aparentemente vista como mudanças de gestão, modernização, inserção de tecnologias de ponta ou mesmo desenvolvimento de pesquisas. Como se pode observar em sua agenda, o Icos propõe que

[...] devemos concentrar esforços na melhoria imediata do acesso à saúde com qualidade. A defesa do Sistema Único de Saúde, bem como o reconhecimento da iniciativa privada como complementar a ele, deve motivar o aperfeiçoamento de modelos que já vêm sendo implantados com sucesso, como as parcerias público-privadas [...]  
Desenvolvermos de maneira mais adequada e com mais segurança jurídica os modelos de Organizações Sociais trará benefícios a todos, sobretudo à população. No mesmo sentido, as Parcerias para o Desenvolvimento de Produtos (PDPs) devem ser estimuladas, já tendo se revelado uma enorme oportunidade para o país trazer e transferir tecnologia (ICOS, 2018).

Para fazer avançar sua agenda, o Icos atua no Estado restrito por meio de audiências e pautas com o Executivo e o Judiciário e pela ocupação de diversos de seus integrantes de conselhos e instituições públicas. E isso também é feito publicamente, no intuito de transformar a pauta privada em coletiva e pública, inclusive por meio da publicação de materiais orientadores e de subsídio para as próprias associadas, apontando suas formas de organização e direção intraclasse.

As propostas do Icos foram apresentadas ao Ministro da Saúde Ricardo Barros e ao presidente Michel Temer numa audiência em agosto de 2016, cujas temáticas tratadas foram a propostas do Icos como mudanças na agência reguladora, pesquisa/ inovação e financiamento para a saúde. Em maio, o Icos já havia apresentado sua pauta ao Ministro da Saúde, o que foi



retomado nessa audiência, momento em que reafirmaram a necessidade de fortalecimento da relação público-privada, de mecanismos para garantia do livre mercado e reestruturação do setor da saúde. O Icos ganha expressividade política nacional na gestão Temer. Cabe lembrar que, logo após sua fundação (2015), ocorreu o golpe/impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff (em 2016), por meio do qual seu vice, Michel Temer, assumiu a presidência. Durante os governos do PT/PMDB, o Ministério da Saúde teve indicações dos dois partidos, havendo uma mudança no período, quando sai Arthur Chioro (PT/2014-2015) para entrada do então deputado federal Marcelo Castro (MDB/ 2015-abril2016), ficando vago o cargo de 27 de abril a 12 de maio, momento em que assume Ricardo Barros<sup>29</sup> (PP), mantido no cargo até dezembro de 2018.

Imediatamente após o golpe, ainda em 2016, intelectuais orgânicos do Icos apresentaram suas propostas<sup>30</sup> ao Ministério da Saúde, a convite do Ministro Ricardo Barros. Participaram funcionários do Ministério da Saúde, secretários, coordenação e assessorias. A centralidade da temática foi “parceria público-privada como aponta a Constituição Federal”. A defesa do sistema de saúde brasileiro e do direito à saúde, da regulamentação do trabalho e da gestão são recorrentes nos temas de debate, nas publicações e nas falas de representantes do Icos. Porém, a essência dessa defesa é o financiamento para iniciativa privada, melhores oportunidades de mercado, parcerias público-privadas, intensificação do trabalho e rebaixamento salarial dos seus empregados (entre outras pautas).

Nesse sentido, pode-se analisar as relações políticas e econômicas realizadas pelos prepostos do capital junto ao Estado restrito no momento conjuntural brasileiro. Por isso, além de lançar os documentos e articular parte do setor da saúde, atuam também com os poderes Executivo e Judiciário. Diante de desafios que se impõem ao setor privado, representantes do Icos realizam um encontro com senadores e deputados e organizam uma mesa em que Giovanni Cerri apresenta as “Alternativas para reduzir a judicialização e garantir uma assistência à saúde justa e equânime aos brasileiros” no Congresso Nacional, com a participação de Marco Polo Dias Freitas (STF), Walter Godoy (Fórum Saúde/CNJ), Arnaldo Hossepian (Conselheiro CNJ), José Luiz Bonamigo Filho (AMB) e Francisco Ballestrin (ANAHP). A apresentação ao Senado Federal, em maio de 2016, foi *O setor saúde com modelo produtivo de desenvolvimento econômico*, onde estavam presentes o Icos, a AMB e o CNJ. Além da participação do Judiciário em alguns desses seminários, ainda houve uma reunião com o Ministro do STF Ricardo

---

<sup>29</sup> Citado na CPI da Pandemia por beneficiar empresas próprias, na relação com outras empresas e bancos (Relatório Final, 2021).

<sup>30</sup> Propostas que estão no livro *Coalizão Saúde Brasil*, publicado pelo Icos em 2016.

Lewandowski, cuja pauta foi dialogar sobre mecanismos para evitar a judicialização da saúde, para que não inviabilize a gestão do setor, segundo tais representantes empresariais. Os representantes do Icos nesta conversa eram Lottemberg, Cerri, Balestrin e Sidney Klajner. Ainda no Judiciário, mas em setembro de 2016, em São Paulo, o Icos se reúne com Paulo Dimas de Bellis Mascaretti, do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo, também para pautar o tema da judicialização.

Ao mesmo tempo em que esses atores defendem seus interesses a partir da Sociedade Política, atuam na Sociedade Civil, seja com as classes dominantes ou mesmo para garantir o consenso com as classes subalternas. Isso acontece por meio da realização de seminários, congressos, com as temáticas recorrentes sobre o setor privado e na promoção de workshops com a participação de representantes empresariais. Os representantes dessas instituições privadas argumentam e querem demonstrar que se trata de entidades com participação de vários sujeitos e, por isso, representativas. Em seus documentos, indicam que a agenda inicial foi construída através de dois workshops, nos quais houve participação de lideranças do setor e condução da consultora McKinsey<sup>31</sup>. No primeiro, o convidado foi o empresário Marcos Lederman, do Centro de Debates de Políticas Públicas (CDPP), finalizando, no segundo, com a definição de prioridades para o ano seguinte (2017), quais sejam: 1) Integração de Dados; 2) Modelos de Pagamento; 3) Atenção Primária; 4) Inovação em Saúde; 5) Comunicação. A partir da definição dessas temáticas, ratificando a proposta do Icos, nos anos seguintes, apontam-se as principais questões: consolidação e uso de dados, fortalecimento da atenção primária, modelos de pagamento baseados em valor, promoção da saúde, modelos inovadores de atenção. Para tal, são estruturados grupos de trabalho com objetivo de desenvolver as propostas. Pode-se perceber que tais propostas estarão expressas nos próximos documentos publicados pela entidade e que, aparentemente, expressam a defesa da saúde pública. Porém, nelas demonstram-se interesses de mercantilização, como se verá no transcrito deste estudo.

Retomemos as proposições no livro lançado em 2016 que trazem, em seu último ponto, uma ambiguidade de interpretação quanto às relações de trabalho. Ao mesmo tempo em que criticam a informalidade, defendem a construção de parceria com o corpo técnico-assistencial e ampliação da flexibilização do trabalho e maior segurança. Ora, no texto parece que defendem as relações e direitos trabalhistas, mas ao detalhar as propostas, apontam para uma proteção

---

<sup>31</sup> “McKinsey&Company Inc, sediada em Nova Iorque, é uma consultoria que mantém subsidiárias em dezenas de países de todos os continentes, atua nas mais diversas áreas — finanças, educação, energia, aeroespacial, defesa, “setor público” e outras”. BNDES foi seu cliente no Brasil. ADUSP. Disponível em: <https://www.adusp.org.br/index.php/denuncia/2733-no-brasil-e-no-exterior-mckinsey-atua-em-favor-de-rojetos-de-privatizacao>. Acesso em: 7 jun. 2021.

maior do empregador, para a diminuição dos encargos e tributações, ao mesmo tempo em que reivindicam mudanças nas gestões públicas de modo a garantir que o setor privado possa ampliar sua produtividade e garantir maior lucratividade. Essas propostas de mudança de gestão e trabalho serão vistas adiante. Entretanto, é importante apontar que no ano seguinte, 2017, há uma reforma trabalhista em curso, a reforma do Governo Temer.

Segundo Coutinho (2017), essa reforma trabalhista atende aos interesses do mercado financeiro e ataca os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras. Essa reforma tem como propósito

[...] reduzir drasticamente o custo do valor-trabalho mediante sua extrema precarização em todas as dimensões possíveis, com especial destaque para o tema da jornada extenuante, intensa e intermitente, com evidente rebaixamento de seus patamares remuneratórios, em resposta às necessidades do capital de ampliação de seus ganhos com base na potencialização do labor humano como mercadoria (COUTINHO, 2017, p. 1).

Assim, todas aquelas propostas do Instituto de mudanças de gestão, de projetos de parcerias público-privadas, entre outros, são muito beneficiados por reformas como esta. Conforme o autor, “não há, em todo o projeto, nenhuma ampliação de direitos à classe trabalhadora senão o aumento exacerbado do poder da burguesia, para a definição das cláusulas dos contratos individuais ou coletivos de trabalho” (COUTINHO, 2017, p. 1).

Dando continuidade à construção e formulação da agenda do Icos, sua relação com o contexto sociopolítico desse período e a necessidade de reorganização das forças políticas e seus instrumentos, o Instituto publica outro material, que tem por proposta exatamente ser uma espécie de "panfleto" orientativo para o novo período. A centralidade do documento “Coalizão Saúde Brasil – 2018 – Cadernos de Propostas” é subsidiar a reconstrução do sistema de saúde; para tanto, deve servir aos “formuladores de políticas públicas” (Introdução, ICOS, 2018). Nesse sentido, visam, com intensa divulgação e recursos, constituir uma agenda empresarial comum (consenso empresarial), que se pretende ser divulgada como se fosse exigência nacional para todas as escalas do serviço público e de agentes de saúde privados. Pretende, por um lado, continuar a agir em nome “de todos” e atingir um número crescente de profissionais da saúde, construindo uma espécie de consenso comum, uma vez que é ecoada em panfletos, livros, seminários, grande mídia, nas escolas que controla, nas empresas e, também, entre os servidores (públicos ou precarizados). Segue, portanto, ampliando sua relação e, para tanto, o Icos procura apresentar sua agenda a representantes governamentais, dos poderes Legislativo e Executivo, de forma que torne cientes suas propostas aos presidentes no mesmo ano. Para tal, o Icos

organiza junto à ComSaude/Fiesp e o CBEXs um seminário<sup>32</sup> com representantes de candidatos à presidência da República para debater as propostas em saúde. A única representação que não compareceu foi a do atual presidente, Jair Bolsonaro.

Internamente à cadeia da saúde, o Icos tenta ser referência na relação e articulação com poderes federados, com espaços de atuação política, bem como na construção de políticas públicas. Contudo, também dialoga entre as entidades e interesses, construindo mediações e formulando a partir dos interesses. Pode-se observar isso na produção do material *Orientações Práticas em Saúde Suplementar: tudo o que o contratante precisa saber*, publicado em 2019 e cuja coordenação é de Alberto Ogata, Bruno Darío, Denise Eloi, Georgia Antony, Larissa Andrade; realização da ABBVIE, Coalizão Saúde e SESI, com apoio institucional da ANS e curadoria ABRH Brasil, ABPRH, AMB, ANAMT, ABQV, Fiesp/Ciesp. Na apresentação há várias críticas ao sistema de saúde e argumenta-se em favor da necessidade de contratar serviços de saúde suplementar, criticando o que consideram um excesso de normas e regulamentos. Por isso, traz informações da legislação vigente que orientam para a gestão da saúde suplementar. O texto ratifica a necessidade de as empresas conhecerem as melhores formas para contratar os serviços privados para seus trabalhadores, profissionais, com a diversidade de planos e propostas de atenção e promoção à saúde. É um caderno de orientações sobre contratação, inserção no mercado. Ele delinea propostas para salvar planos de saúde, ampliar a participação e contratação empresarial, bem como modificar legislações para favorecer a atuação dessas, já que estamos em um momento de crise e dificuldade de contratos individuais de planos de saúde. Justificam que “a saúde é apenas um bem de grande valor para as pessoas, mas também para as empresas e para os negócios” (ICOS, 2019, p. 53). O documento aponta para algumas das posições tomadas por parte dirigente do Icos, como a defesa de empregos, de contratos formais e garantias para trabalhadores(as), o que proporciona também o direito à saúde mediante contratação de planos privados – completam argumentando que isso desafogaria o SUS. Além disso, a defesa de mudanças no modelo de atenção, inserção de tecnologias, integração de alguns serviços e, como em outros documentos, a proposta de tratar o cidadão como cliente, que também tem parte na produção da saúde, são recorrentes nos debates e documentos do Icos, conforme será visto adiante. Todavia, ainda em 2018 foi aprovada a Reforma da Previdência<sup>33</sup>,

---

<sup>32</sup> Presidênciaáveis – propostas para a saúde. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=temJHzk6TLo> Acesso em: 8 mar. 2020.

<sup>33</sup> A Reforma da Previdência foi aprovada através da Emenda Constitucional Nº 103, de 12 de novembro de 2019, alterando o sistema da previdência social no Brasil.

mais uma forma de ampliar a produtividade do trabalho e extração de mais-valia<sup>34</sup>.

O Icos promove no mesmo ano um almoço-debate em que o então presidente do Banco Central, Illan Goldfajn, já defendia a necessidade de reformas no país, principalmente a da previdência. Essa não foi a única vez que integrantes do Centro de Debate de Políticas Públicas (CDPP)<sup>35</sup> foram convidados para palestras ou aulas. Aliás, em 2016 houve a construção do Icos com o CDPP, do seminário “Financiamento da Saúde no Brasil: o cenário atual e os desafios para as próximas gerações”, cuja mediação foi do economista Samuel Pessoa e apresentação de Claudio Lottenberg e Francisco Ballestrin. O debate girou em torno da formação de líderes gestores que possam fazer reformas necessárias ao setor para melhorar a saúde.

Pode-se analisar que parte destes argumentos e pautas dialoga com o programa lançado pelo PMDB e pela Fundação Ulysses Guimarães, em 2015, chamado *Uma ponte para o Futuro*,<sup>36</sup> em que se faz a crítica ao momento e à crise, sugerindo que precisamos de um Estado funcional que “deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (PMDB, 2015, p. 3) e que o “Estado deve cooperar com o setor privado na abertura dos mercados externos” (PMDB, 2015, p. 17). Defende-se ainda a diminuição de despesas para equilíbrio fiscal, mudanças legislativas e outras reformas, como a da Previdência. Ainda propõe:

[...] executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferências de ativos que se fizerem necessárias, concessões amplas em todas as áreas de logística e infraestrutura, parcerias para complementar a oferta de serviços públicos; /promover legislação para garantir o melhor nível possível de governança corporativa às empresas estatais e às agências reguladoras, com regras estritas para o recrutamento de seus dirigentes e para a sua responsabilização perante a sociedade e as instituições; / promover a racionalização dos procedimentos burocráticos e assegurar ampla segurança jurídica para a criação de empresas e para a realização de investimentos, com ênfase nos licenciamentos ambientais que podem ser efetivos sem ser necessariamente complexos e demorados (PMDB, 2015, p. 18-19).

O contexto em que o Icos é criado e suas ações sob perspectiva de coalizão, na construção de saídas para os grupos empresariais, dialoga com algumas propostas do programa

---

<sup>34</sup> No Livro 1 de *O capital*, Marx discorre sobre o processo de produção capitalista em termos lógicos e históricos, partindo da constatação que “a produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, ela é essencialmente produção de mais-valia” (MARX, 1994, p. 584).

<sup>35</sup> O CDDP atua na área política e econômica. Seus integrantes se dizem apartidários e independentes e a instituição sem fins lucrativos. Fazem parte dela ex-ministros da economia, presidente do Banco Central e personalidades como Samuel Pessoa, Marcos Lederman, Illan Goldfajn, Armínio Fraga, Affonso Pastore, Pedro Moreira Salles, Henrique Meirelles, Mario Mesquita, Pedro Malan, entre outros.

<sup>36</sup> *Ponte para o Futuro* é um documento programático do PMDB, de 2015, ano anterior ao golpe contra Dilma, no qual o vice-presidente Michel Temer assume a presidência nacional.

*Uma Ponte para o Futuro*. Outro documento que se aproxima das propostas é a orientação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de Bresser-Pereira<sup>37</sup>, no que tange ao gerencialismo estatal, com mudanças administrativas, às reformas com vistas a flexibilizações do trabalho e ao retrocesso na garantia de direitos. Todas essas perspectivas apostam no fortalecimento de ações empresariais com representação nacional (embora interligada ao setor produtivo e financeiro internacional), contexto em que as ações estatais são fundamentais. Ademais, afinam-se as orientações das agências internacionais para os sistemas de saúde, como se pode ver no documento do Banco Mundial, de 1993, que aponta a necessidade de os países ampliarem a participação do setor privado, facilitar o avanço dos planos e seguros de saúde, criar formas de coparticipação de pagamento pelos usuários(as), dentre outros (BANCO MUNDIAL, 1993).

Krein (2018), ao analisar o que denomina “contrarreforma” trabalhista, aponta para as medidas que reorganizam o papel do Estado e traçam novo rumo para o Brasil. O autor destaca a relação delas com o documento do PMDB e com o impedimento da presidenta Dilma em 2016, traduzindo-se no “congelamento do gasto público por vinte anos, nas privatizações e nas concessões à iniciativa privada, na reforma do ensino médio, na política econômica ortodoxa, na tentativa da reforma da previdência e na reforma trabalhista” (KREIN, 2018, p. 77).

A partir desses objetivos de criação do Icos, de seus materiais publicados e de suas articulações e atuações, é possível inferir que a centralidade de suas propostas aponta mudanças estruturantes nas seguintes questões: gestão e trabalho, formação e pesquisa, regulação e judicialização, impactando em transformações no modelo assistencial em saúde. Ao analisar a reforma trabalhista e suas consequências para trabalhadores brasileiros, Krein (2018) afirma que “a segurança jurídica buscada pelas empresas significa deixá-las fazer o que lhes é mais conveniente na relação de emprego, o que tende a submeter o trabalhador à insegurança ou vulnerabilidade” (KREIN, 2018, p. 98). Estas seguem também mudanças ocorridas em programas e políticas do último período, construção de consensos e dissensos nas disputas intraburguesas, bem como transformações por que passaram a realidade brasileira no âmbito socioeconômico e político e seu papel no capitalismo contemporâneo mundial.

As reformas trabalhista e da previdência, bem como a Emenda Constitucional 95, apontam para possibilidades de ampliação da exploração da mais-valia do trabalho. Para Coutinho (2017),

---

<sup>37</sup> *O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, lançado em 1995, pelo então Ministro de Administração Luiz Carlos Bresser Pereira, com proposições de mudanças na gestão pública tendo em vista mudanças gerenciais para fins de “produtividade”. Orienta reformas administrativa e previdenciária. (BRASIL, 1995)

[...] nas economias periféricas ou dependentes do capitalismo internacional, como é o caso do Brasil, a superexploração da força de trabalho mediante o pagamento de baixos salários e de precarizações laborais outras integra a trajetória da classe trabalhadora; assim, satisfaz-se a demanda do capitalismo global de acumulação em seus níveis máximos nos locais de resistências frágeis ao despotismo do capital (COUTINHO, 2017, p. 1).

As propostas do Icos que impactam diretamente sobre as relações de trabalho, sejam na formação de mão de obra técnica ou para gestão, sejam na implementação de recursos tecnológicos, softwares ou mesmo a telemedicina, apontam para maior apropriação das mais-valias relativa e absoluta<sup>38</sup>. Os capitalistas que conseguem empregar novos métodos garantem uma mais-valia extra, posto que “o trabalho de produtividade excepcional opera como trabalho potenciado ou cria, no mesmo espaço de tempo, valor mais elevado que o trabalho social médio da mesma espécie” (MARX, 1994, p. 366)<sup>39</sup>.

Essas propostas de mudanças por parte do Icos vêm acompanhadas de um discurso inovador, ético e resolutivo, que entra em contradição com a realidade. Afinal, “o capital tem seu próprio impulso vital, o impulso de valorizar-se, de criar mais-valia, de absorver com sua parte constante, com os meios de produção, a maior quantidade possível de trabalho excedente” (MARX, 1994, p. 263), ocorrendo de várias formas. E isso não depende da vontade dos capitalistas individuais, uma vez que “a livre competição torna as leis imanentes da produção capitalista leis externas, compulsórias para cada capitalista individualmente considerado” (MARX, 1994, p. 307). Por isso as lutas sobre como serão as jornadas de trabalho são permanentes entre capitalistas e trabalhadores. As legislações e o papel do Estado são fundamentais, na sociedade capitalista, para atender aos interesses das classes dominantes.

---

<sup>38</sup> Para aumentar a mais-valia, há duas formas. Ou se aumenta a jornada de trabalho total e a intensidade do trabalho, ou utilizam-se meios para o aumento do tempo de trabalho excedente para diminuir o tempo de trabalho necessário. Isso é possível quando se aumenta a produtividade do trabalho, ou seja, quando há “alteração do instrumental ou no método de trabalho ou em ambos ao mesmo tempo. Têm de ser revolucionadas as condições de produção de seu trabalho, o modo de produção e conseqüentemente o próprio processo de trabalho. Entendemos aqui por elevação da produtividade do trabalho em geral uma modificação no processo de trabalho por meio da qual se encurta o tempo de trabalho socialmente necessário para a reprodução de uma mercadoria, conseguindo-se produzir com a mesma quantidade de trabalho quantidade maior de valor-de-uso” (MARX, 1994, p. 362). Para a produção de mais-valia a partir do trabalho excedente, portanto, é fundamental que se transformem as condições técnicas e sociais do processo de trabalho, mudando o próprio modo de produção para que haja aumento da força produtiva do trabalho. Assim, diminuindo o valor da força de trabalho, reduz-se ainda, a parte do dia de trabalho necessária para reproduzir esse valor (MARX, 1994, p. 326).

<sup>39</sup> Ao empregar novos métodos para produção de mercadorias, o capitalista, individualmente, realiza uma mais-valia extra, durante o período em que somente ele produz daquela forma. Para Marx, “o verdadeiro valor de uma mercadoria, porém, não é o valor individual e sim o social; não se mede pelo tempo de trabalho que custa realmente ao produtor em cada caso, mas pelo tempo de trabalho socialmente exigido para sua produção” (MARX, 1994, p. 365).

Choonara demonstra que, nos últimos anos, as taxas de crescimento mundial foram pífias. Para explicar esse movimento, o autor analisa a trajetória das taxas de lucro nos países centrais e periféricos, que desde meados da década de 1960 apresentaram uma expressiva queda, apenas parcialmente revertida entre o início da década de 1980 e meados da década de 1990, para novamente declinar. Isso porque uma das formas para contrabalancear o declínio da lucratividade é o aumento da taxa de exploração do trabalho vivo, como ocorreu com as políticas neoliberais das décadas de 1980 e 1990. Elas garantiram, por certo período, uma recuperação parcial das taxas de lucro, embora haja impacto inclusive na saúde dos trabalhadores<sup>40</sup>, tendo, portanto, limites físicos bem como sociais, demonstrados nas lutas da classe trabalhadora.

A necessidade de ampliar mercados e avançar em fronteiras ainda não alcançadas para o capital é a possibilidade de seguir se reproduzindo e enfrentando a queda tendencial das taxas de lucro. Nesse sentido, o setor da saúde, assim como outros, pode ser ampliado como fonte de lucros. Para tanto, as organizações empresariais se movimentam nas ações político-jurídicas dos Estado, articulam-se na tentativa de garantir seu quinhão ou mesmo seguem defendendo os interesses das grandes empresas transnacionais, nos territórios nacionais.

A proposta do setor privado de garantir que o controle do financiamento seja público, como se pôde ver quanto à integração e uso de dados, às mudanças de modelos de financiamento em que o Estado contrata serviços de hospitais, dentre outros, colocam-se como possibilidade de “garantir a transferência de valores para o empresariado do setor. O governo se apoia na cultura da política de crise para justificar suas ações de saúde suplementar, ou seja, a contratação do setor privado: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora, hospitais filantrópicos e outras” (SILVA, 2018, p. 53). Contudo, no que tange à questão dos financiamentos, também visam ordenar o próprio setor, estabelecendo a relação entre hospitais, planos de saúde, indústria etc., visto estar cada vez mais difícil a concorrência, o que piora diante da crise capitalista e de seus movimentos. Ou seja, “necessidade de maior expansão do setor privado de saúde e a sua preservação caracteriza-se também pela disputa dos recursos do

---

<sup>40</sup> Para a produção da mais-valia é necessário que o trabalhador tenha uma jornada de trabalho em que parte corresponda à reprodução de sua força de trabalho e outra ao excedente. No modo de produção capitalista, “o trabalho necessário só pode constituir uma parte da jornada de trabalho, e a jornada de trabalho, portanto, nunca pode reduzir-se a esse mínimo. Em compensação, possui a jornada de trabalho um limite máximo” (MARX, 1994, p. 262). Isso por causa da saúde física dos trabalhadores, assim como pela duração do dia e os limites sociais, visto que os trabalhadores possuem necessidades espirituais e sociais, que também são criadas como necessidade nesse período.



SUS por meio do regime de complementaridade, através das Organizações Sociais de Saúde” (SILVA, 2018, p. 53).

Harvey (2005) traz uma importante contribuição para analisar o recente contexto da acumulação capitalista retomando Rosa Luxemburgo. O autor analisa dois processos diversos, embora organicamente vinculados, de acumulação pela reprodução expandida na relação direta capital-trabalho e a acumulação primitiva, que Harvey atualiza por meio da categoria acumulação por espoliação. A incessante busca pela valorização do valor no modo de produção capitalista necessitaria de permanentes meios para sua reprodução. O autor traz a relação dialética entre interior e exterior ao próprio capitalismo, fazendo alusão ao debate de Luxemburgo sobre as ações imperialistas. Para ele, o capitalismo pode “usar algum exterior preexistente (formações sociais não capitalistas ou algum setor do capitalismo — como a educação — que ainda não tenha sido proletarizado) como produzi-lo ativamente” (HARVEY, 2005, p. 118). A análise da necessidade de uma permanente acumulação capitalista desnuda a sua atualidade, sendo imprescindíveis as produções de valor advindas de novos setores e sendo inerentes a esse modo de produção. Pode-se refletir que, do mesmo modo que a educação, o setor da saúde, seus serviços, as mudanças nas formas de trabalho e de gestão podem garantir, de algum modo, a acumulação capitalista, por meio de formas mais ou menos violentas de espoliação.

Contudo, essa organização social do capitalismo, ao mesmo tempo em que garante acumulação, cria desigualdades e violências, assim como instabilidades que culminam em crises de sobreacumulação. Em parte, a acumulação por espoliação é uma resposta a tais crises. Para demonstrá-lo, Harvey retoma à análise elementos que, segundo Marx, caracterizam a acumulação primitiva: a permanência da privatização das terras e expulsão de camponeses ao redor do mundo, a mercadorização de bens da natureza assim como as dívidas nacionais e o sistema de crédito, elementos esses em que se revela o papel fundamental do Estado. Harvey aponta ainda para a continuidade desse processo e o amplia trazendo a violência da “apropriação e a cooptação de realizações culturais e sociais preexistentes, bem como o confronto e a supressão” (HARVEY, 2005, p. 122), como processo de proletarização. Além disso, a financeirização e o sistema de crédito ampliaram, nos tempos atuais, as possibilidades de acumulação, apontando, inclusive, as dívidas dos países, destruição de ativos por meio de inflação ou mesmo dilapidação de ativos pelas fusões e aquisições como “decorrentes das manipulações de crédito e das ações” (HARVEY, 2005, p. 123) no capitalismo contemporâneo. Essa dinâmica se constrói de modo diverso nos países de capitalismo central ou periféricos, de modo que as empresas buscam investir em produção onde a mercadoria força de trabalho seja

mais barata, assim como as regulamentações permitam maior exploração.

É a concorrência capitalista que obriga à inovação tecnológica e ao aumento da composição orgânica, que é, para Marx, a relação entre capital constante (meios de produção) e variável (força de trabalho). Quando a proporção entre capital constante e capital variável se eleva num ritmo superior à elevação da taxa de mais-valia, há uma tendência à queda da taxa de lucro – e da massa de lucro – no sistema como um todo<sup>41</sup>. Assim, a estagnação é gerada, pois diminuem os investimentos produtivos. Outro elemento é que a tendência à automação pode levar à expulsão da força de trabalho não apenas de modo relativo, mas também absoluto, eliminando, portanto, a própria fonte de mais-valia.

Nesse sentido, pode-se analisar que todo o discurso da inovação e de proposições quanto ao uso de tecnologias ou mesmo de mudanças no trabalho, na participação e na gestão propostas pelo Icos, possuem o fundamento na necessidade de transformação para garantia da acumulação. As propostas de transformações nos marcos regulatórios e legais também são importantes para garantir processos de trabalho com maior apropriação pelos capitalistas. As relações assumidas por empresas e o papel que possuem na dinâmica do capitalismo contemporâneo são diversas a partir da forma “Estado” que existe em países de capitalismo central ou periférico. É a própria dinâmica do capitalismo que aponta para as políticas e mudanças. Portanto, para compreender o contexto em que o Icos se constitui e as relações entre as suas associadas, bem como as mudanças mais recentes no setor de saúde, torna-se fundamental o debate sobre a crise do capitalismo e suas dinâmicas, seja no contexto geral e internacional, seja no Brasil, como país capitalista periférico e dependente.

Prado (2017) analisa que “as expansões e recessões, os booms e as crises do capitalismo, originam-se principalmente do evoluir da relação de capital, isto é, da relação entre o capital e o trabalho assalariado” (PRADO, 2017, p. 3), com uma dinâmica própria cuja evolução “depende também das instituições econômicas e das intervenções da política econômica” (PRADO, 2017, p. 3).

Nesse sentido, por exemplo, a Emenda Constitucional nº 95, que institui novo regime fiscal e muda orçamentos para as áreas da saúde e educação, foi um duro golpe nas políticas

---

<sup>41</sup> Há outras referências para sustentar que “a crise capitalista não pode ser pensada simplesmente como decorrência do movimento da taxa de lucro” (CHOONARA, 2018, p. 6). Segundo esse autor, Harvey defende que existem múltiplas causas da crise, e Callinicos aponta três categorias para a crise capitalista, sendo: 1) possibilistas – possibilidade formal de ruptura do ciclo de compra e venda de mercadorias; 2) condicionantes – movimentos dos salários e mudanças no emprego; rotatividade dos grandes investimentos em capital fixo; 3) causais – movimentos de taxa de lucro e os ciclos financeiros relacionados. “Essa abordagem fornece uma explicação geral das causas de emergência das crises que não negligenciam os outros fatores eventualmente intervenientes” (CHOONARA, 2018, p. 7).

sociais brasileiras. O congelamento do financiamento à saúde, no meio da crise, aponta para uma maior disputa pelos recursos públicos que existem. Essa diminuição dos gastos públicos com saúde foi criticada pelo Icos no livro *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde* (ICOS, 2017). O evento de lançamento foi realizado na USP e contou com a participação de profissionais, estudantes e gestores. Esse material, ao analisar quais pressões o sistema de saúde sofre, traz a questão do orçamento público, criticando o gasto com orçamento ocorrido entre 2013 e 2015, e cita que “a PEC 55 traz incertezas adicionais para o financiamento público da saúde considerando a tendência de crescimento de gastos acima da inflação com a evolução da demografia e maior prevalência de doenças crônicas” (ICOS, 2017, p. 50).

Contudo, a despeito dessa crítica à EC nº 95, as propostas do Icos coadunam-se com as transformações estruturais na relação capital e trabalho, assim como seu principal interesse é haver mais financiamentos e recursos públicos para serem disponibilizados para o setor privado. Conforme Nakatani e Marques (2019), as alterações institucionais que ocorreram com a EC 95 e a reforma trabalhista só foram possíveis por já terem “condições prévias”, seja na política econômica, no sistema tributário e nas mudanças constitucionais. Ganha destaque aqui a questão da dívida pública, que “é uma promessa continuamente repetida pelos governos liberais e economistas neoliberais e ultraliberais e jamais será cumprida, pois seu crescimento é uma necessidade determinada pelo capital” (MARQUES; NAKATANI, 2019, p. 236).

Segundo Prado (2021), a austeridade que vivenciamos nesse período de recessão é vista como uma “política que privatiza, enxuga despesas, reduz orçamentos e corta salários para restabelecer a ordem espontânea, a competitividade do sistema econômico e, assim, a sua suposta virtuosidade”, além das várias reformas, que nunca serão suficientes. As reformas trabalhistas e da previdência, as mudanças legislativas bem como a própria Emenda Constitucional 95 demonstram esse percurso: “agora, está claro que a resposta da classe dominante à crise – qual seja ela, é proteger o sistema à custa das classes trabalhadoras, socializar os custos da crise por meio das políticas de austeridade – está acelerando esse processo” (CHOONARA, 2018, p. 17).

Para Marques, “retrocedemos assim à segunda fase da história de nossa inserção no processo global de acumulação (...) comprometemos cada vez mais, com a remuneração do capital internacional, o valor excedente duramente extraído de nossa força de trabalho” (MARQUES, 2019), o que piora incondicionalmente a situação de vida e saúde da população, bem como mercantiliza o que ainda se pode obter de lucro, como serviços, principalmente de saúde e educação.

Novamente convém remeter à obra de Prado (2019), que em seu artigo “Rumo ao mercado total?”, traz elementos interessantes sobre a ideia de Nancy Fraser a respeito da tendência à “mercadorização” de tudo no capitalismo contemporâneo e quais serão as perspectivas do sistema diante da crise civilizatória em que nos encontramos. Contrapõem-se aí as ideias do liberalismo clássico de Smith, ao conceber o indivíduo como ser social, às do neoliberalismo de Mises, que concebe o “ser humano abstrato, sem relações” e a economia como uma ação racional, tendendo à “mercadorização da vida social como um todo”. Para criticar a visão de Mises, Prado retoma as críticas de Karl Polanyi à quimera dos mercados autorreguláveis, e conclui que “a lógica de funcionamento do sistema de mercado não pode ser pensada como autônoma” e “está enraizada num complexo de relações e instituições sociais não mercantis” (PRADO, 2019). Para a mercadorização de tudo, há a necessariamente de um desmonte na própria existência humana e nas suas relações, o que Prado assume como “crise histórica da sociedade humana, como uma crise civilizatória” (PRADO, 2019). E um dos elementos nesse sentido, segundo Fraser, é que “ao se promover a liberdade dos mercados, passou-se a também incentivar a colonização de todos os domínios da vida social pela lógica econômica” (PRADO, 2019, p. 3). Portanto, a “existência de bens como mercadorias resulta de uma dada estruturação social” (PRADO, 2019, p. 3).

Dessa forma, lembramos da realidade de ampliação de planos de saúde mais baratos (populares), assim como cartões de desconto para atendimentos e exames (como, por exemplo, o Cartão de Todos), ou mesmo as formas hegemônicas de relacionar saúde aos serviços médicos e realização de exames e indicação de medicamentos etc. ou, quando há interesse, a venda de pílulas para prevenir algo ou de alguma outra mercadoria, que se comprada, permitirá a conquista da saúde. O grande desafio em se organizar sistemas de saúde universais e que estejam ligados às políticas econômicas e sociais é que disso depende a transformação dos modos de vida, em suas diversas dimensões. A mercantilização da saúde, portanto, se dá de diversas formas.

## 2.2 MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE, AS CRISES DO CAPITALISMO E O IMPACTO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

O cenário de reformas e de políticas de austeridade na realidade brasileira expressa as dinâmicas do processo de acumulação. Pode-se inferir que as ações e a agenda do Icos estão

condicionadas por esse mesmo contexto, e apontam para necessidades de novas formas organizativas no setor da saúde e sua mediação/relação com o Estado, impactando nas transformações de sistemas e políticas de saúde. Suas formas de ação junto do seu programa/agenda demonstram a construção de estratégias de dominação, ampliando as formas de privatização e mercadorização da saúde na forma de projeto hegemônico. Isto posto, cabe trazer outras reflexões políticas sobre as principais questões atuais na saúde que corroboram os achados desta pesquisa. Pretendemos com isso situá-los no movimento do capitalismo contemporâneo.

A construção dessas propostas demonstra o quanto o setor privado se organiza e reorganiza para garantir seu espaço, com disputas intraburguesas ou entre as classes sociais. Seu intuito é o de ampliar sua atuação e pauta com o setor público. Isso é feito de várias formas, sendo importantes as articulações e relações políticas na construção do projeto dominante. A relação com todas as dimensões da vida social dá sinais do papel que os APHs assumem nesse momento histórico, caracterizando-se por sua dominação econômica, ideológica, política e cultural.

As diversas formas de mercantilização na saúde expressas pelas transformações econômicas e sociais mundiais impactam os sistemas e políticas de saúde. A saúde como uma política social, ou seja, “uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p. 25) teve transformações importantes ao longo do século XX, como parte das mudanças do capitalismo.

Porém, há diferenças históricas na realidade da saúde de países centrais e periféricos<sup>42</sup>, relativas às formas e ao nível de expropriações impostos aos(às) trabalhadores(as), assim como em relação a quais argumentos ideológicos são construídos para a defesa da mercantilização.

Pode-se relacionar a construção dos sistemas de saúde ao processo de proteção social<sup>43</sup> no capitalismo, conforme Marques (2016), demonstrando como o regime fordista de acumulação permitiu ampliação dos sistemas de proteção no mundo, Pós-Segunda Guerra Mundial. Mas isso se deu de forma diferente nos diversos países. Em diversas partes,

[...] a universalização da cobertura implicou a superação da proteção social voltada para os trabalhadores assalariados e urbanos e a eleição da cidadania como princípio

---

<sup>42</sup> A Teoria Marxista da Dependência, teorizada por Ruy Mauro Marini, diferencia o desenvolvimento econômico em países que estão na periferia do sistema capitalista que se tornam dependentes das relações de produção dos países centrais. Embora seja importante trazer esses fundamentos, não foi possível realizar tal análise nesta pesquisa.

<sup>43</sup> Sistemas de proteção social, como os corporativistas ou meritocráticos, socialdemocratas ou institucionais redistributivos, que são encontrados nos países centrais (FLEURY, 2012).

para a concessão dos direitos. Uma das consequências dessa profunda modificação foi o uso, cada vez mais significativo, das receitas de impostos no interior de sistemas basicamente dependentes das contribuições sobre a folha salarial. Em alguns países, como se verá mais adiante, a saúde passou a ser integralmente financiada por impostos e o acesso tornou-se universal, mesmo sem considerar a situação de quase pleno emprego (MARQUES, 2016, p. 20).

Vários países europeus também construíram sistemas de saúde nesse formato no mesmo período. Segundo Marques, em

Portugal e na Espanha ocorreu somente nos anos 1980, no bojo do processo de redemocratização propiciado com a Revolução dos Cravos e com a morte de Franco, respectivamente. Na Itália, ocorreu um pouco antes, em 1978, fruto de amplo movimento de reforma sanitária (MARQUES, 2016, p. 24).

Há ainda os sistemas de saúde de tipo seguro, sendo a proteção social corporativista ou meritocrática. Lembremos que são “financiados fundamentalmente com contribuições de empregados e empregadores, embora possam contar também, em alguns casos, com recursos de impostos” (MARQUES, 2016, p. 24).

Retomemos essa relação com o papel do Estado, analisando as políticas implantadas pós-1973 e o avanço da teoria neoliberal. O aumento da acumulação por espoliação nesse período pode ser compreendido como saída para os problemas de sobreacumulação no processo de reprodução expandida. Isso seria possível por meio da organização do sistema financeiro internacional, “capaz de desencadear de vez em quando surtos de brandos a violentos de desvalorização e de acumulação por espoliação em certos setores ou mesmo em territórios inteiros” (HARVEY, 2005, p. 129). Haveria, ainda, a necessidade de

[...] uma abordagem radicalmente distinta da maneira como o poder do Estado, sempre um grande agente da acumulação por espoliação, devia se desenvolver. O surgimento da teoria neoliberal e a política de privatização a ela associada simbolizaram grande parcela do tom geral dessa transição (HARVEY, 2005, p. 129).

Harvey, portanto, demonstra que é exatamente o projeto neoliberal que possibilita resolver as dificuldades da crise de sobreacumulação pós-1973. Para resolver essa condição em que excedentes de capital estão ociosos, a acumulação por espoliação libera “um conjunto de ativos (incluindo força de trabalho) a custo muito baixo (em alguns casos, zero). O capital sobreacumulado pode apossar-se desses ativos e dar-lhes imediatamente um uso lucrativo” (HARVEY, 2005, p. 124).

Com essa crise citada por Harvey, que foi vivenciada em tempos e de formas diversas

nos países capitalistas centrais e periféricos, os 30 anos gloriosos das políticas sociais (Estados de bem-estar social ou *Welfare States*) dos países capitalistas centrais (Inglaterra, Alemanha, França etc.) começam a dar sinais de mudanças a partir da necessidade de retomada da acumulação. Os sistemas de proteção social, a partir dos sistemas de saúde, que em alguns países eram públicos e universais – como na Inglaterra (o NHS inglês foi uma referência para o SUS) – também iniciam as reformas com o neoliberalismo de Thatcher.

A saúde como direito se insere na construção sócio-histórica das disputas entre capital e trabalho, dentro do modo de produção capitalista. Compreender a saúde como política social e seu papel neste momento de crise estrutural do capitalismo,

[...] é perfeitamente possível se considerar o Welfare State como o resultado da luta realizada pelos trabalhadores na conquista de melhores condições de vida e, simultaneamente, entendê-lo como instrumento de viabilização de uma particular forma de exploração do capital sobre o trabalho (...) e a defesa da retirada do Estado no campo das políticas sociais é acompanhada pelo avanço do capital nesse campo, especialmente nas aposentadorias e saúde (MARQUES, 2015).

Dessa forma, o keynesianismo, possível nos períodos de crescimento econômico, cujo regime político constituiu uma ampliação das políticas sociais e maior participação do Estado, vai dando lugar ao neoliberalismo, com necessidade de criação de medidas para ampliar a exploração do trabalho, bem como conter as lutas sociais dos trabalhadores. São liderança nesse processo os EUA e o Reino Unido.

Com o neoliberalismo, os sistemas de seguridade social vivenciaram retrocessos nos países centrais. Enquanto isso, na América Latina, na contracorrente, as lutas sociais se caracterizavam pela reivindicação do fim das ditaduras militares e pela realização de reformas democráticas. Elas visavam à melhoria das condições de vida da classe trabalhadora por meio de um sistema de proteção social (inclusive sanitária).

Os vários modelos de proteção social, em diálogo com os sistemas sociopolíticos e econômicos dos países ou regiões, sofreram modificações na década de 1970, devido à crise do capitalismo. E as formas de implementar políticas de austeridade, retirar direitos conquistados e reprimir ou cooptar as organizações da classe trabalhadora se deram das mais diversas formas, inclusive com estratégias empresariais.

É nesse contexto que há mudanças importantes na atuação do Estado em relação ao mercado, bem como na construção de políticas de contenção ou de conciliação com as classes trabalhadoras, vistas as grandes mobilizações e organização delas em várias partes do mundo. Como regime político, há uma mudança do keynesianismo para o neoliberalismo, embora haja

lastros importantes entre eles e diferentes conceituações. A partir desse período, há uma combinação entre estagnação e reorganização da própria dinâmica de acumulação. Entretanto, concorda-se com Chamayou (2020) quando o autor reafirma que o neoliberalismo não pode ser analisado como uma doutrina. Então torna-se necessária uma análise das formas que esse modelo econômico se mostra no próprio movimento e necessidade do capital, cuja totalidade se apresenta nas diversas dimensões: econômica, social, política, cultural.

É nesse sentido que, para as classes dominantes, era importante evocar o problema da relação entre democracia e governabilidade, de forma a demonstrar o quão ingovernável seria o Estado se fossem garantidas todas as reivindicações das classes trabalhadoras organizadas ou se as empresas fossem reguladas, impedindo o livre mercado. Assim, os conservadores apontavam como o keynesianismo e as forças dos movimentos sociais ameaçavam a representatividade liberal. Entre as críticas ao Estado capitalista e sua ingovernabilidade, e as críticas conservadoras às instituições públicas, estavam a relação entre crise de governabilidade e existência de democracia ou de suas falhas na estrutura das escolhas, para os neoliberais. Nesse sentido, há proposições diversas, e, mais que isso, atuações autoritárias, como no Chile. O autor ressalta que quando as classes dirigentes reclamam de ingovernabilidade, é para justificar ações autoritárias e militares (CHAMAYOU, 2020).

Esse período de ascensão do neoliberalismo ocorreu por diversas vias, seja nas experiências do Estado totalitário com o argumento da defesa da economia, como defendia Hayek, seja por meio de uma ofensiva ideológica com sacralização da economia. As propostas de saída da crise eram financiamento dos governos aos mercados privados e aprofundamento de tensões democráticas, inclusive entre a keynesiana ou a neoliberal.

Essa transição de keynesianismo para neoliberalismo foi acontecendo de várias formas, cabendo aqui salientar as estratégias empresariais para combater as lutas sociais dos períodos mais conflitantes. Quanto à relação das empresas com os trabalhadores, Chamayou (2020) demonstra as diferentes formas de tratar as indisciplinas ou sabotagens nas empresas. Algumas optam pelo endurecimento das normas e disciplina, outras preferem criar “nova arte de disciplinar o trabalho” (CHAMAYOU, 2020, p. 38), como evitar a frustração de trabalhadores, cedendo a algumas reivindicações ou mudando as relações de trabalho. Chama atenção para “reformadores gerenciais” da década de 1970, que recomendavam ampliar a participação dos trabalhadores para que aumentassem a produtividade e a satisfação. Estavam aí duas estratégias, a de controle e a do engajamento. Porém, Chamayou (2020) analisa que essa foi uma maneira simplista de analisar a alienação e, por isso, demonstra que tanto o polo da gestão quanto o dos



trabalhadores ficavam insatisfeitos em algumas situações. Além disso, alguns liberais diziam que ampliar a participação poderia ser perigoso.

Visto que as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas por movimentos contestatórios, com ocupações em reuniões de empresas, matérias e sabotagens quanto às suas propagandas e condições de trabalho ou denúncias de agressão ao meio ambiente, as empresas organizaram manuais de antiativismo e estratégias para combater essas ideias e ações militantes. Há aqui, segundo cita Chamayou (2020), uma crise de hegemonia. O Memorando Powell, do governo dos EUA, aponta a importância de criar estratégias e ações contra os grupos (em universidades, partidos etc.), bem como a de construir uma contraproposta, ideológica e política, que abarcasse financiamento de pesquisas e instituições, elaboração de livros etc. e, também, tentar cooptar intelectuais ou divulgadores das ideias empresariais. Não são empresários que devem se defender e sim gerar ideias na mesma classe de intelectuais. “Mais que transformar em intelectual, é melhor recrutar contraintelectuais desertores” (CHAMAYOU, 2020, p. 139).

No início dos anos 1970, à atitude intransigente e limitada dos neoliberais e dos teóricos da conspiração anticapitalista à moda de Powell, opunha-se outra abordagem, mais sutil, que não rejeitava à moda em bloco as temáticas adversárias, mas, numa estratégia de integração, apropriava-se deles para formular uma resposta (CHAMAYOU, 2020, p. 141).

Nesse ínterim, a contraofensiva patronal segue com as estratégias de defender as lideranças corporativas e preparar líderes que pudessem responder às crises. Há, para isso, o cruzamento de relações públicas, de informação militar e das táticas contrainsurrecionais, com criação de empresas para construir relações públicas e de inteligência (CHAMAYOU, 2020, p. 189). Vê-se, com isso, que a década de 1980 tem uma mudança significativa. Se a preocupação antes era com o conflito social no interior da empresa e com a concorrência no mercado, surge mais uma, que é o conflito social externo. Outra estratégia foi disciplinar por dentro das empresas e deixar que a insegurança econômica e social agisse por fora. Isso porque a crise do capitalismo e os impactos nas condições de trabalho e nos direitos sociais permitiram uma retórica contra o Estado de Bem-Estar Social, bem como um ataque aos trabalhadores responsabilizados pela baixa na taxa de lucro. Isso deu margem às formulações que relacionavam a crise aos altos salários e às lutas sindicais, de forma a gerar formas de enfraquecer ou eliminar os sindicatos.

Interessante a síntese que Chamayou (2020) faz sobre a empresa como forma de governo corporativo, privado. Retoma, portanto, as três grandes concepções: 1) a dos gerencialistas dos anos 1950 e 1960, pensada por analogia ao poder estatal; 2) a dos economistas neoclássicos da

década de 1970, em que negavam toda relação de poder e reduzia a questão da desgovernança a um problema de agência que consistia em alinhar a conduta empresarial ao valor da ação, da ética gerencial à governabilidade neoliberal; 3) a da governança econômica, a qual acrescenta-se, como complemento prático, a arte do gerenciamento estratégico do ambiente social (CHAMAYOU, 2020, p. 216). O autor demonstra, assim, que os vários setores das classes dominantes tinham interesses próximos, porém divergências nas análises e ações.

Chamayou (2020) demonstra como isso resultou numa “salada teórica”, com diversas defesas, teorias e proposições, o que ratifica a tese de afirmação do neoliberalismo com estratégias diversificadas e conjugadas. Essas facetas políticas, econômicas e éticas em que se embasam as teorias da empresa são carregadas de ambivalência, interesses e construção de estratégias, as quais estão relacionadas à ação contra trabalhadores/coletivos organizados; à resposta às formas de apresentação na mídia ou nas relações externas à empresa; e, ainda, às relações político-estatais no que concerne às regulações ou elaborações de políticas públicas. Elas têm o objetivo de transformar as lutas coletivas em aceitação das expressões e ações individuais, por meio da ideologia do empreendedorismo de si e da afirmação da concorrência como princípios básicos da vida. Isso implica a compreensão ampliada e contraditória do neoliberalismo, em que se expandem as precarizações do trabalho, a piora das condições de vida e o aumento do desemprego, sendo a saída “proposta” a individualização dos problemas e as possibilidades de encará-los por si.

Dentre as várias estratégias sinalizadas pelo neoliberalismo estavam a mudança ou deformação de conceitos utilizados pelas classes trabalhadoras, esvaziando as reivindicações, outras formas de despolitização ou mesmo de coerção. Táticas que perpassam desde ações mais duras e disciplinares àquelas de negociação e absorção das demandas, transformando-as, para satisfazer os trabalhadores. Porém, há um elemento importante, que é o papel do Estado como parte fundamental para garantir a governabilidade na aliança com o patronato empresarial. Dessas experiências, foram construídas novas formas de governar, seja no Estado restrito, seja nas empresas, em que questões sociopolíticas são fundamentais. O elemento democracia aparece tanto como possibilidade de ampliar a participação dos sujeitos quanto nas formas de limitá-la, e se apresenta não só nos espaços empresariais, como na sociedade.

Até aqui foi apresentado como a crise da década de 1970 foi sendo vivenciada nos países de capitalismo central, em que a mudança de regime também impulsionou e foi impulsionada por diferentes dimensões da crise. Observou-se que as privatizações e transformação do Estado de Bem-Estar Social foi parte dessas mudanças e que as várias estratégias empresariais, mesmo que contraditórias, garantiram a ampliação simultânea do consenso e da coerção. Ao analisar a

realidade brasileira anteriormente, percebeu-se que os movimentos contestatórios e de luta da classe trabalhadora se deram nas décadas de 1970 e 1980, quando há um avanço nas políticas sociais e na garantia legal de direitos pela Constituição Federal, porém, sendo o período seguinte de avanço das políticas neoliberais privatizantes (décadas de 1990 e 2000).

Nesse contexto, situar as políticas sociais de saúde no Brasil contribui para construir a relação entre o particular e o geral, de forma a apreender quais são as relações existentes entre as propostas do Icos e sua atuação como Aparelho Privado de Hegemonia no contexto de mudanças no sistema de saúde. Ressaltamos, principalmente, seu papel na questão público-privado, e o papel desempenhado pelo Brasil na dinâmica do capitalismo. Para tanto, realizaremos uma periodização com os principais elementos que ajudam a construir essa análise.

### **2.2.1 Setor privado na saúde brasileira entre 1970 e 1990**

No Brasil, para analisar a década de 1970, Fontes (2006) retoma o estudo de Dreiffus sobre a organização da sociedade civil no início do século XX e as atuações nas relações internacionais e com o setor militar do Estado brasileiro. A autora demonstra como as entidades brasileiras construíram formas de convencimento ideológico e cultural, por meio de filmes, panfletos, publicações etc., organizando-se para a conquista do Estado em nome da democracia e do livre mercado. Em suas palavras, “ainda que não tivessem diretamente realizado o golpe, Dreiffuss demonstra como o organizaram e apoiaram e, assim, puderam imediatamente ocupar os postos centrais no Estado, formatando-o segundo seus interesses” (FONTES, 2006, p. 217). Então, a característica própria dos processos políticos brasileiros foi

[...] a repressão seletiva havia favorecido a expansão de entidades de aglutinação de interesses e de convencimento social de cunho empresarial, ao mesmo tempo que havia dramaticamente estrangido e jugulado as iniciativas organizativas de cunho popular (FONTES, 2006, p. 217).

No Brasil, em meio às décadas de 1960 e 1970, os governos foram marcados pelo autoritarismo da Ditadura Militar e a privatização, de modo a sustentar o tripé: capital internacional, grande capital nacional e tecnoburocracia civil e militar (ESCOREL, 2012), embora com movimentos de privatizações e estatização. Como consequências, houve reformas

financeira e fiscal, tributária, administrativa e da previdência<sup>44</sup>. Eram as formas de garantir a acumulação capitalista, inclusive com expansão de créditos a partir de 1968. O período do milagre econômico ampliou a “concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde” (ESCOREL, 2012, p. 325-326), tornando piores as condições de vida da população.

Segundo Fontes (2006), foi na década de 1970 que, ao mesmo tempo em que ocorriam manifestações contra a ditadura, a modernização capitalista ampliava as formas associativas, os APHs, sendo muitos deles ligados aos setores dominantes cujos interesses corporativos serviam para organizar essa classe e ampliar sua atuação na sociedade política. Nesse período houve o crescimento e o fortalecimento do complexo médico-industrial-farmacêutico privatista no paradigma biomédico<sup>45</sup>, na medida em que essas empresas tinham por objetivo facilitar a compra e distribuição de produtos, medicamentos e equipamentos importados, até mesmo para subsidiar as iniciativas governamentais, como a Central de Medicamentos (CEME).

O processo de trabalho em saúde foi tratado na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967). Nela, foi apontada a necessidade de aprimoramento técnico e da formação em saúde<sup>46</sup>. E o Plano Nacional de Saúde (1968) preconizava a venda de todos os hospitais públicos para iniciativa privada; o Estado financiaria esses serviços e implementaria sua regulação<sup>47</sup>. Nessa

---

<sup>44</sup> “O modelo previdenciário predomina e, a partir de 1966, com a criação do INPS pelo governo militar, há uma reconfiguração na assistência à saúde unificando as IAPs. Com isso, houve a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados” (ESCOREL, 2012, p. 326). Posteriormente, em 1977, transformou-se em INAMPS. Nesse período, o Estado brasileiro fazia repasses públicos para as empresas prestadoras de serviços. A parceria público-privada já existia, de forma contundente, no período da ditadura empresarial militar, em que “começa a se expandir uma rede prestadora de serviços que fornecem incentivos e fortalece os atores privados” (MENICUCCI, 2007, p. 12). Para Marques (2017, p. 43), essa simbiose público/privado existe desde esse período de atenção médica previdenciária e nunca foi rompida. Contudo, ampliava-se a demanda bem como os gastos com tecnologias e insumos, tensionando os gastos em saúde e sua distribuição nos subsistemas de saúde, o que expandia o complexo médico-industrial na saúde e as possibilidades de ampliação da acumulação de capital no setor saúde. Vale retomar, portanto, que nesse período havia três formas de assistência em saúde: filantrópica, privada e pública.

<sup>45</sup> Segundo Cordeiro (1980), houve uma articulação dos grupos burocráticos dos IAPs com setores particulares e grupos sociais com interesse privado na assistência médica. Donnangelo (1974) demonstra que um deles é a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (fundada em 1964) e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) que utilizaram sua influência e o projeto político-ideológico da compra de serviços médicos e hospitalares pelo Estado. “Estas duas entidades progressivamente deslocaram o poder político da Associação Médica Brasileira (AMB) que representa a tendência ideológica da medicina liberal” (CORDEIRO, 1980, p. 162).

<sup>46</sup> Nessa conferência tratou-se de temas como: “o profissional de saúde que o Brasil necessita; o pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde” (ESCOREL, 2012, p. 329)

<sup>47</sup> Em 1968, o Plano Nacional de Saúde “atribuía ao Estado as atividades de assistência à saúde, mas preferencialmente pela compra de serviços privados” (CISLAGHI, 2019, p. 63). Havia três subsistemas em saúde no Brasil organizada pelo Estado no período, sendo o próprio, o contratado e o conveniado. O primeiro eram os serviços ambulatoriais, em sua maior parte (70% na década de 1970) e internação hospitalar, geralmente os

perspectiva, há uma importância no papel que o Estado ocupou nas ações ou regulações do trabalho e do capital. Donnangelo aborda a ampliação do setor privado na saúde no Brasil da década de 1960/70, por meio de um

padrão geral e constante de compra de serviços pelo Estado, com o que, embora introduzindo no mercado mecanismos de controle de preços, ele evita assumir papel significativo como produtor; comporta formas de redefinição da política estatal tendencialmente favoráveis à preservação do setor privado, expressas por variações no padrão de compra de serviços que se estende, desde a compra direta, a novas formas de autonomia do produtor privado na manipulação de meios de produção originalmente sob controle do Estado (DONNANGELO, 1975, p. 44).

Donnangelo e Pereira (1976) acentuam a produção de serviços para consumo individual, a medicalização do social e a institucionalização das relações (inclusive do seguro social) como condição do capitalismo monopolista. Os autores reportam às formas e relações de construção do papel da medicina na estrutura social, de forma que

[...] a tendência à extensão social da prática médica embora se revista atualmente de formas institucionais específicas e se expresse no aumento das possibilidades de consumo individual de serviços responde em sua generalidade, também sob outras formas, e em distintas circunstâncias, a condições relacionadas ao processo de acumulação do capital ou, ainda, à necessária subordinação do trabalho ao capital em condições as mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação da mais-valia. (DONNANGELO, 1976, p. 43).

Os primeiros planos de saúde no Brasil foram organizados pelas empresas estatais, na medida em que a previdência social financiava os planos privados dos trabalhadores formais. No final da década de 1970, essa relação passou a ser direta entre empresas empregadoras e empresas de planos privados de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2012, p. 443). Logo, os “convênios-empresa expressaram a fórmula ambígua para organizar o sistema de saúde” (BAHIA; SCHEFFER, 2012, p. 442). Assim, as possibilidades de empreendimento da medicina de grupo e das cooperativas médicas são ampliadas na venda dos serviços de assistência à saúde, aumentando sua carteira de “clientes/consumidores”. Desde 1980 até hoje esse mercado só cresceu, a não ser nos períodos de crise, em que há desemprego e/ou diminuição da renda.

---

procedimentos mais caros e complexos. O contratado eram aqueles serviços que precisavam suprir a demanda que o público não garantia, onde praticamente garantiam 80% dos serviços de internação e eram pagos a partir de uma tabela de preços por unidade de serviço. Cabe lembrar que foi através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974) que garantiram construções de hospitais, principalmente do setor privado (quase 80%). Já o conveniado, o INPS é que garantia subsídios para que houvesse atenção médica aos trabalhadores das empresas. Como eram poucas empresas a ter serviços próprios, elas contratavam empresas médicas (com sistema de pré-pagamento por pessoa), embora os procedimentos mais complexos fossem garantidos pela rede do INPS (CISLAGHI, 2019, p. 62-63).

Como aponta Braga (2018, p. 57), “a insatisfação geral com o novo regime autoritário se transformou na luta, pelo movimento popular de saúde e pelo movimento sanitário, por um novo modelo de saúde que se traduzisse num novo modelo de sociedade” com reivindicações muito próximas das condições de vida das pessoas e comunidades. Ao longo da organização do movimento sanitário, “ao defender o investimento na ampliação do sistema público de saúde e o maior controle público sobre os serviços privados contratados, esse projeto se confrontava diretamente os interesses econômico-corporativos dos empresários da área” (BRAGA, 2018, p. 57). Como resposta, as entidades empresariais também seguiram se organizando e tentando ampliar sua participação nos espaços públicos, bem como na Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Nas décadas de 1970 e 1980 aumentou a formação de organizações, sejam de base empresarial ou popular. Foi um período de lutas intensas e complexificação dos processos de condução e construção de hegemonia. A maior parte delas no âmbito da sociedade civil, cuja compreensão vinha de duas situações que se encontravam:

[...] de um lado, havia as disputas interempresariais em seguida às crises de 1973 e, sobretudo, de 1979. Com o Estado altamente endividado e o governo militar tendo sua legitimidade corroída, os recursos públicos seriam disputados pelos diferentes setores empresariais, até então contemplados (FONTES, 2006, p. 217).

É nesse contexto que se ampliam os debates acadêmicos e militantes, em que há uma recusa do Estado, ao mesmo tempo em que, com o retorno de ex-exilados do período ditatorial e ações de parte das igrejas impactando nas formas de organização popular, ampliam-se a formação e atuação das Organizações Não-Governamentais (ONGs), com apoio filantrópico internacional. “Apoiadas, em sua maioria, em fontes de financiamento internacional: não mais estavam coligadas a partidos e a um projeto social e político comum, mas a demandas específicas” (FONTES, 2006, p. 220).

Na saúde, o Movimento da Reforma Sanitária vai ganhando força no embate com o empresariado e com a lógica privatista, autoritária e medicalizante desse período, fazendo parte das lutas democráticas. Além de denunciar a ditadura empresarial militar e os interesses econômicos com ela envolvidos, o movimento construiu lutas e disputou propostas de mudança no sistema de saúde.

No campo dos grupos empresariais e suas entidades representativas, seguia a defesa da propriedade privada e do mercado contra ações populares e tentativas de estabelecimento de mecanismos de controle social: “reforçavam de forma vigorosa a contraposição entre sociedade e Estado, de cunho tipicamente liberal. Tinham um programa para o Estado, que deveria

modificar-se, mas para melhor atender a seus próprios anseios” (FONTES, 2006, p. 225).

Suas entidades, corporativas ou associativas (aparelhos privados de hegemonia), foram especialmente agressivas ao longo do processo constituinte (entre 1985 e 1988), tanto no sentido de reafirmar o seu papel quanto no de impedir (ou reduzir) as conquistas de cunho universalizante no âmbito da nova Constituição (FONTES, 2006, p. 218).

Essa análise é fundamental para uma retomada histórico-crítica das lutas sociais e das reivindicações e conquistas que se colocam, muitas vezes, como estáticas e garantidas, o que a realidade vem contestando. As entidades empresariais, como Aparelhos Privados de Hegemonia, atuavam “corporativa e politicamente como sociedade civil e participavam intimamente do Estado”, inclusive no período ditatorial, mas apresentavam-se como “sociedade” no sentido liberal, contrapondo-se ao Estado. “Deslizavam facilmente de um a outro sentido, controlando passo a passo o processo constituinte por meio do Centrão, força política interpartidária que lhe dava suporte” (FONTES, 2006, p. 227).

Na realidade social, o aumento da proletarização e desemprego, o arrocho salarial e desigualdades sociais profundas nas décadas de 1970/1980, com a conseqüente perda de legitimidade do regime, as denúncias de corrupção, imputando as lutas democráticas no Brasil, teve como consequência (inconclusa ou incompleta?) a conquista de direitos sociais na Constituição Federal de 1988. Embora em países europeus as décadas de 1970 e 1980 tenham sido de crise dos sistemas universais e públicos de saúde como resposta à também crise do capital, no Brasil é o período em que se abrem possibilidades de construção de um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o SUS, advindo desse processo, tem suas legislações principais no início da década de 1990, período em que o neoliberalismo avança como forma de retomada das taxas de lucro e de avanço das espoliações, conforme a necessidade do capital em nível internacional. Esse crescimento é sentido no país, sobretudo, a partir das privatizações. Desde esse período, são várias as formas na relação público-privada na saúde, embora ampliem-se as ações do setor privado, inclusive com as ações do capital privado na saúde.

Para Almeida (2017), nas décadas de 1980 e 1990, no mesmo período da criação do SUS, ampliam-se as reformas, cuja ação “preconiza a retirada do Estado da provisão direta de serviços, a introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos e privatizações” (ALMEIDA, 2017, p. 2). Trata-se das diretrizes do Consenso de Washington, nos moldes da experiência estadunidense nas políticas sociais, ou seja, abertura ao mercado no lugar da consolidação de um sistema de saúde público/estatal. Houve ampliação da participação

do setor privado nas organizações multilaterais e nos Estados nacionais, “alterando as relações de poder na formulação e implementação de políticas. Esse fenômeno mundial aumentou muito nas últimas décadas e tem sido analisado com maior profundidade nas áreas econômica e de relações internacionais” (ALMEIDA, 2017, p. 2).

Sob essa perspectiva, houve aumento do papel das agências internacionais, como ONU e OMS, no fortalecimento das parcerias público-privadas, sendo declarada pela OMS que a Cobertura Universal é o objetivo dos Estados-Nação, porém, independente da sua forma. Com orientações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), diversos campos do setor privado expandiram sua ação nas políticas públicas, “com a supervalorização do mercado e da perspectiva empresarial, concomitantemente à desqualificação do Estado, das políticas sociais e da provisão de bens públicos, questionando-se a natureza pública de alguns bens (como a assistência médica)” (ALMEIDA, 2017, p. 3). As parcerias público-privadas integram essa dinâmica.

O neoliberalismo ganha força após essa crise geral de sobreacumulação, em que eram necessárias mudanças na condução sociopolítica e econômica que tinha nas políticas keynesianas a representação do Estado de Bem-Estar. Assim, Thatcher e Reagan foram precursores dessa mudança na forma Estado para atender às necessidades da acumulação. Também mudam seu papel o FMI e o BM.

Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi transformar em objetivo das políticas do Estado a "expropriação das terras comuns". Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas, domésticas ou externas, em que se pudesse executar privatizações (HARVEY, 2005, p. 130-131).

A garantia do direito à saúde na Constituição Federal<sup>48</sup> e as mudanças no sistema de saúde brasileiro convivem com o momento histórico de crise internacional do capital, em que havia necessidade de ampliar a acumulação, com as transformações do regime político e nas

---

<sup>48</sup> De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Mais além, no artigo 199: “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988).



relações capital e trabalho. Como relembra Prado (2021), após um período de possibilidade de crescimento econômico decorrente do processo de acumulação de capital, permitido no pós-guerra, chegamos a um processo dinâmico e próprio do modo de produção capitalista manifestado atualmente pela economia financeirizada. Para tanto, “o compromisso social-democrático e keynesiano teve de ser rompido; a força dos sindicatos tinha de ser destruída” (PRADO, 2021, p. 1).

Foi na década de 1970, nas economias centrais, que se ampliaram as crises e o capitalismo se reorganizou, ao mesmo tempo em que houve destruição de indústrias não rentáveis, bem como iniciativas para conter as lutas da classe trabalhadora (CHOONARA, 2018). Chamayou (2020), em *A sociedade ingovernável* analisa como as classes dominantes, nos EUA da década de 1970, construíram suas estratégias de um contramovimento do ponto de vista filosófico e prático no momento dos conflitos em que se vivia, não sendo, portanto, algo dado e sim construído, avaliado e com contradições e divergências. Nesse contexto, a atuação do Estado na economia seguiu forte, como vimos acima, só diferenciada nas ações no sentido de garantir as reivindicações da classe trabalhadora ou das burguesias e o processo de acumulação.

No Brasil, a contradição na assistência à saúde, universalizada e a partir de um Sistema Único, continua com a simbiose de subsistemas: o público e o privado. O público possui dois segmentos: aquele a que todos os cidadãos têm direito, financiado com recursos públicos, que é o SUS; e outro de acesso a servidores públicos (civis e militares). Já o privado é formado por dois segmentos também, sendo um dos planos e seguros de saúde, que podem ser individuais ou coletivos, e outro por compra direta mediante prestação de serviços (BARROS; PIOLA, 2016, p. 103).

Desde 1999, a lei nº 9.790, “dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público” (OSCIPs) (BRASIL, 1999), de modo que essas organizações podem firmar contrato de gestão e parcerias público-privadas para a garantia do atendimento à saúde em sua rede de serviços, de forma complementar. Entretanto, observa-se que ao invés da administração direta fortalecer sua rede de serviços próprios, tem-se optado pelos contratos de compra dos serviços do setor privado. Este também é formado por operadoras de planos e seguros privados de saúde, os quais dão cobertura a cerca de um quarto da população brasileira. Logo, há

[...] um importante subfinanciamento do sistema público, com uma elevada dependência dos gastos privados para o financiamento dos serviços de saúde, incluindo despesas diretas que afligem os objetivos da universalidade e da equidade.

Ademais, a qualidade dos serviços de saúde continua sendo um desafio no sistema (ROA, 2016, p. 53).

Braga (2018) aponta que a “tensão constante entre privatização e mercadorização das políticas sociais versus sua publicização e desmercadorização” são parte das contradições capital e trabalho da sociedade capitalista. A autora enfatiza que as disputas referentes às décadas de 1990 a 2000 se inserem e se constituem no período de uma nova economia mista, das parcerias público-privadas, havendo uma ampliação das forças empresariais junto ao Estado social liberal brasileiro. Junto a outras autoras, Braga (2018) localiza este momento/movimento como uma Nova Pedagogia da Hegemonia<sup>49</sup> em que, nessa economia mista, “Estado e empresários devem colaborar para realizar projetos importantes demandados pelo interesse público – comprometidos com o desenvolvimento” (BRAGA, 2018, p. 30) . Isso se dá através das parcerias público-privadas. Entretanto, esse projeto proposto pelos governos democrático-populares em que se justificava a construção de parcerias e financiamentos públicos “capaz de fortalecer o capital produtivo nacional” (BRAGA, 2018, p. 38), assim como defendido por Gadelha *et al.* (2012) no fortalecimento do CEIS, foi mais um passo na “direção da política nacional (e internacional) em favor dos interesses da fração financeira” (BRAGA, 2018, p. 38) do capital.

Para Prado (2021), as políticas neoliberais foram bem-sucedidas em elevar a taxa de lucro nos países centrais entre aproximadamente entre 1982-1997.

No Brasil, ao contrário, a estagnação começou já no início da década de 1980 com a eclosão da crise inflacionária que durou mais de uma década e o início de um processo de desindustrialização que já dura quarenta anos. Em 1997, a taxa média de lucro voltou a cair nas economias centrais e elas entraram, então, também, num processo depressivo do qual não saíram mais desde então. Nesse quadro, tudo se passa como se o Brasil estivesse aprisionado no círculo de fogo do neoliberalismo e da financeirização [...]. Após 1997, o processo de financeirização teve continuidade, não mais agora como decorrência de um esforço de superação de uma barreira produzida pela própria acumulação de capital industrial (de 1945 até 1980), mas devido à persistência e o agravamento da própria superacumulação; esta última se intensificou no âmbito do capital industrial e passou a se manifestar crescentemente na esfera do próprio capital financeiro. Se no período anterior, a financeirização desafogara a queda da taxa de lucro no âmbito do capital industrial, agora ela passara a destruir as suas próprias possibilidades de desenvolvimento (PRADO, 2021, p. 3).

---

<sup>49</sup> Nova Pedagogia da Hegemonia é um termo cunhado pelo Coletivo de Estudos de Política Educacional da UFF. Construindo uma crítica ao “neoliberalismo da Terceira Via, portador de princípios e estratégias que fundamentam na atualidade o novo projeto de sociabilidade burguesa e as estratégias da nova pedagogia da hegemonia nos marcos do neoliberalismo” (MARTINS; LIMA, 2005, p. 67).

Choonara (2018), em sua análise da economia política, defende que estamos vivendo um período de “grande depressão”, revelada a partir da onda recessiva pós-2007/2008, fruto das contradições do próprio sistema capitalista. Argumenta que a recuperação “frágil, fraca e incerta” na esteira do colapso dos mercados imobiliários demonstra uma crise prolongada e de lento crescimento.

A fraqueza observada resultava da falha da recessão de 2008-9 em destruir ou desvalorizar de modo suficiente o capital não rentável, algo sempre necessário para uma recuperação suficiente da lucratividade. A fragilidade se devia, acima de tudo, ao inchaço do sistema financeiro; este, agora, começava a expandir qualquer novo episódio de crise. A incerteza era um produto das intervenções estatais que, ao colocar um piso para a queda da economia, deixava assim sem solução os problemas fundamentais que haviam causado a crise (CHOONARA, 2018, p. 1-2).

Como argumento indicador dessa crise, expõe ele que, embora “muitos capitalistas possam obter vantagem dos investimentos ‘poupadores de capital’, os maiores e mais bem-sucedidos poderão fazer isso mais intensamente, de um modo que nem sempre está ao alcance de seus concorrentes” (CHOONARA, 2018, p. 5). Segundo dados do autor, os valores de investimentos em trabalho morto tenderam a subir no último século, podendo-se observar inclusive, o aumento no setor de serviços. E “somente nos momentos de crise é que o valor do trabalho morto é reduzido de um modo repentino e catastrófico no sistema como um todo” (CHOONARA, 2018, p. 6), tornando possível a recuperação da lucratividade, como aconteceu no período pós-guerra.

No contexto brasileiro, Prado (2021) defende que “as classes dominantes e as forças políticas que as representam, já em 1990 abandonaram qualquer projeto desenvolvimentista. Abdicaram completamente de perseguir um caminho de expansão econômica autodeterminado e autossustentado” (PRADO, 2021, p. 1), não tendo o controle do processo de acumulação e o papel de país dependente, num capitalismo periférico foi se agravando no final do séc. XX e segue até hoje:

[...] os setores produtivos mais sofisticados foram dominados pelas empresas multinacionais; as ligações da matriz industrial se enfraqueceram progressivamente devido à desindustrialização; a pauta da exportação sofreu processo de reprimarização; o setor financeiro se tornou cada vez mais oligopolista à medida mesmo em que se tornará cada vez mais dependente dos juros pagos pelo Estado (PRADO, 2021, p. 1).

### **2.2.2 Anos 2000: a saúde no Brasil, as privatizações e a dominância do capital financeirizado**

A década de 2000 foi marcada pela ampliação das relações público-privado às políticas sociais no Brasil. E em meados de 2010, depois da crise de 2008, essas relações se intensificaram, ocasionando retrocessos na efetivação das políticas sociais e de saúde pela administração direta do Estado, aumento da exploração do trabalho, desregulamentação de leis e/ou reformas, entre outras consequências.

Ao encontro dessa questão, Prado (2017) aponta a contradição entre valor de uso e valor na mercadoria como contradição entre o processo de produção e o processo de valorização, elemento importante para compreender a economia capitalista no Brasil entre 2000 e 2014 e sua “contradição num ciclo econômico caracterizado por um *boom* seguido de uma recessão” (PRADO, 2017, p. 3). O autor demonstra que as possibilidades de melhora na economia a partir de 2003 tiveram influência do contexto mundial, isto é, “do *boom* da economia internacional que se refletiu na economia do Brasil por meio do crescimento dos preços das matérias primas exportadas” (PRADO, 2017, p. 5). Assim, a taxa de lucro cresceu até 2007, passando a cair a partir deste ano, o que levou à crise e à instabilidade política. Nessa esteira, no início da década de 2000 foi deflagrada uma trajetória de crescimento da economia do país, que chega ao máximo em 2011, e começa a decrescer neste momento, o que não ocorreu antes por causa das ações políticas e econômicas por parte do Estado. A partir de então o país vive um ambiente de crescente crise econômica, política e social, de forma que em 2015 a depressão foi sentida também pelas políticas de austeridade, pelo impedimento da presidenta e pelo processo da Lava-Jato.

Segundo Barros e Piola (2016), houve maior concentração no setor privado, sendo que a “década de noventa se encerrou contabilizando 1.969 operadoras médico-hospitalares com registro ativo (das quais 1.380 com beneficiários) e terminou 2015 com 974 operadoras com registro ativo (828 com beneficiários)” (BARROS; PIOLA, 2016, p. 106). Os autores afirmam, ainda, que o número de beneficiários saltou de 16,7 milhões em 2000 para 49,7 milhões em 2015, sendo quase 80% com vínculos em planos coletivos. Isso aconteceu com o aumento do emprego formal e possibilidade de acesso a planos, o que mudou no período recente.

A concentração das empresas na década de 2000 foi mudando a configuração do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil, com aumento das aquisições e oligopolização na saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2012). Nesse sentido, vale salientar as mudanças institucionais que ocorreram no país pós-CF 1988 e a consequente constituição do SUS, com a organização

político-institucional e estrutura de gestão com instâncias de decisão nas três esferas de governo (comissões intergestores) e com controle social. Ainda como estrutura institucional, a regulação entra como função da gestão e acontece de várias formas. Para regulação do setor suplementar<sup>50</sup>, é criada a ANS.

Outro elemento importante quanto ao financiamento que perpassa os segmentos da saúde é a renúncia fiscal. Isso ocorre através da dedução dos gastos com saúde no imposto de renda de pessoa física. Ocorre ainda com o empregador, caso haja gastos com trabalhadores com Plano de Seguros, por exemplo, que é descontado da renda tributável das empresas. Isso faz com que diminua a arrecadação do Estado brasileiro, sendo este responsável por manter o mercado da saúde. “A renúncia fiscal vinculada à indústria farmacêutica refere-se à redução das alíquotas do Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição sobre o Financiamento da seguridade Social (Cofins); no caso das entidades filantrópicas, não incidem o imposto de renda, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Cofins” (BARROS; PIOLA, 2016, p. 111). Para os autores,

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público (BARROS; PIOLA, 2016, p. 113).

Entre 2000 e 2015, houve um aumento dos beneficiários em planos de saúde no Brasil, o que começou a reduzir entre 2014 e 2015 e nos anos seguintes. Os autores chamam atenção para a relação com a taxa crescente do desemprego. Houve também diminuição de operadoras de planos.

A redução do número de operadoras, contudo, parece expressar um movimento de concentração e de verticalização, ocorrido no período, associado a uma estratégia de expansão planejada das operadoras de maior porte visando à associação, fusão ou venda a grupos internacionais e que foi acompanhada de forte pressão para a liberação da entrada de capital externo, o que já ocorrera em 2008 em relação à propriedade de planos de saúde, mas não alcançará os estabelecimentos de provisão de serviços” (BARROS; PIOLA, 2016, p. 130).

Ao analisar os 30 anos do SUS, Bahia (2018) destaca a heterogeneidade em sua composição, bem como o crescimento do setor privado filantrópico, suas ações e as

---

<sup>50</sup> Nos anos seguintes à década de 1990, empresas americanas entram no mercado de saúde brasileira trazendo mudanças quanto à relação entre seguros de saúde e previdência. Houve a internacionalização no mercado de planos e seguros de saúde, o que depois regrediu a partir da maior intervenção governamental quanto às normativas de garantias e atuação das empresas desse mercado (BAHIA, SCHEFFER, 2012).

privatizações, com expansão das empresas privadas de assistência e dos planos privados de saúde<sup>51</sup>. Assim,

[...] o setor privado que se posicionou contra o SUS, no final dos anos 1980, era liderado por hospitais psiquiátricos, empresas de medicina de grupo e por algumas entidades de representação de médicos (que organizavam cooperativas médicas), naquele momento autofinanciadas. Os grandes grupos econômicos que atuam na comercialização de planos de saúde, farmácias e drogarias, hospitais, serviços de apoio diagnóstico são relativamente recentes. Houve, ainda, transformações no setor filantrópico. Atualmente existem três subsetores filantrópicos. O primeiro organiza-se em torno de hospitais gerais exclusivos para clientela rica e apresenta-se como um segmento descolado dos órgãos públicos. O segundo explicita demandas junto aos órgãos governamentais e também apoia proposições para ampliar o mercado de planos privados de menor preço. Por fim, o terceiro (especialmente voltado à oncologia) realiza atendimento universal e moderniza-se por meio de investimentos governamentais e políticas específicas. (BAHIA, 2018, p. 5).

Para Santos (2015, p. 99-100), “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”. A Lei das Organizações Sociais (lei nº 9.637/98) permite a “qualificação das entidades como organizações sociais” para gerir o sistema público (BRASIL, 1998). As transformações apontadas pela pesquisa sobre o Icos, descritas anteriormente, demonstram que, embora o setor privado entre numa disputa de concorrência interna com o setor filantrópico pelo financiamento de serviços de saúde públicos, ampliando sua rede de assistência, que envolve a cadeia de produção de insumos, equipamentos etc., são necessários pontos de convergência e ações em comum para garantir as transformações jurídico-políticas. Ao mesmo tempo, há uma conformação da rede empresarial, com diversos CNPJs, de natureza jurídicas distintas, para atender os critérios de inserção a fim de receber o financiamento direto do Estado (convênios, contratos, licitações...) de setores e atividades distintas. Assim, o setor privado cumpre papéis nas várias configurações de gestão, regulação, atenção em saúde, ao mesmo tempo em que participa das mudanças jurídico-institucionais. A lei das OSs foi um marco importante para a relação público-privada no Brasil, com ampliação das entidades/instituições privadas ou filantrópicas.

Ao longo desses anos, veem-se diversas formas de privatização, de organização e garantia dos serviços públicos e privados, de disputa na construção das políticas e programas, bem como na proposta de organização ou hierarquização dos setores estatais e das regulações.

---

<sup>51</sup> Bahia e Scheffer (2012) apontam a importância de analisar as várias dimensões dos planos e seguros privados de saúde no Brasil, em que não somente ocorre a cobertura visto que há as questões financeiras e de assistência. Há ainda, utilização dos serviços assistenciais tanto através dos planos e seguros quanto com pagamento direto ou até por convênios com o SUS. Da mesma forma, a contratação de profissionais de saúde ou trabalhadores convive com o trabalho autônomo em espaços próprios ou mesmo contratos públicos.

Pode-se observar que as mudanças na regulação são pautas frequentes das entidades privadas, inclusive trazidas na agenda do Icos. A busca pelos recursos públicos, em tempos de crise do capitalismo, aponta para novas e antigas estratégias de participação do setor privado, de mudanças legislativas, bem como criação de consensos, inclusive em transformações na concepção de saúde e do saber-fazer nesse setor, cuja atual defesa de participação dos usuários/clientes aponta para uma necessária mudança nos pagamentos dos serviços. O processo de mercantilização ganha novos contornos, resposta a um período de crise cujas consequências se encontram em várias dimensões, sendo necessárias ações econômicas, sociais, ideológicas, assim como mudanças nas regulamentações nacionais para que atendessem às necessidades do capital transnacional. Amplia-se a necessidade do capital de elevar a taxa de lucratividade e de exploração da mais-valia, momento este em que o setor empresarial vem construindo formas de aumentar os financiamentos públicos e garantir políticas.

Em 2015 é promulgada a lei nº 13.097, a qual se refere, no Capítulo XVII, à “abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde” e altera a base da estruturação do SUS – lei nº 8.080/1990, conforme podemos observar:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.” (NR)

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros (BRASIL, 2015).

Essa nova legislação permite a assistência direta e/ou indireta de empresas e capital estrangeiro, o que tende a modificar as relações econômicas e políticas com o Estado Brasileiro. Além disso, aponta para uma diminuição da soberania nacional, desde pesquisas até produção, impactando o complexo econômico industrial da saúde. As regulamentações, financiamentos e operacionalização no sistema de saúde são transformados pelas ações das grandes multinacionais e a dominância do capital financeirizado, com outras configurações no campo

da saúde. A fundação do Icos ocorre no mesmo ano, reunindo a cadeia produtiva da saúde, com a justificativa de representar os interesses dos setores da indústria farmacêutica, planos de saúde, hospitais, laboratórios e entidades representativas, que são parte dos beneficiários dessa alteração da lei citada (13.097). Sobre a lei nº 13.097/2015, Filippin (2015, p. 1129) detalha que

[...] abre o mercado brasileiro à participação do capital estrangeiro sem restrições, chamando a atenção para o fato de uma decisão de tal magnitude ter sido tomada sem negociações nas instâncias de controle social, principalmente o Conselho Nacional de Saúde (FILLIPPON, 2015, p. 1129).

A abertura da saúde ao livre comércio é parte da proposição da Organização Mundial do Comércio (OMC), da qual o Brasil é membro desde sua formação, em 1995. Faz parte da “liberalização de bens e serviços como *commodities* em um mercado com a menor participação possível de regulamentações/restrições público-governamentais” (FILLIPPON, 2015, p. 1129).

As autoras Cordilha e Lavinias (2018) apontam que no Brasil, embora a participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro se denomine *saúde suplementar*, ocorre um modelo “duplicado”, visto que os setores “público e privado cobrem os mesmos serviços e este último é subsidiado de diversas formas, demonstrando a ampliação da lógica comercial e financeira, impactando diretamente nos sistemas de saúde e na seguridade social” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2152).

As mesmas autoras demonstram, ainda, que tanto as cooperativas e instituições filantrópicas quanto as operadoras privadas de planos de saúde dependem de atividades financeiras para seu funcionamento. Demonstram que o “segmento *for-profit*, formado por seguradoras e empresas de medicina de grupo, concentra metade dos segurados (51%) e fica com percentual equivalente do total arrecadado em prêmios (53%), apesar de corresponder a somente um terço do número de estabelecimentos” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153). Assim, houve crescimento desse segmento “capturando 1,8 milhões de clientes entre 2011 e 2017, enquanto a carteira das entidades sem fins lucrativos (autogestão, cooperativas e filantropia) perdeu 152 mil beneficiários” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153).

Visto que há baixos resultados operacionais, são necessárias operações de renda a partir de aplicações. “Essas fontes de rendimentos ‘externas’ explicam, inclusive, a expansão do mercado de saúde *for-profit*, mesmo sendo este ramo relativamente menos rentável do que outras atividades de seguros” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153).

Os investimentos das entidades provedoras de seguros de saúde referem-se à



utilização de receitas de contribuições e dos excedentes acumulados para a realização de aplicações que lhes permitam extrair rendimentos financeiros. Ao serem incorporados à receita total, estes rendimentos aumentam os recursos disponíveis, garantindo maior solidez financeira para fazer frente aos riscos dos segurados. Essas aplicações tomam a forma de imóveis ou de ativos financeiros, tais como ações, obrigações, empréstimos e depósitos bancários, gerando rendas na forma de aluguéis, cupons (rendimentos de títulos de renda fixa), juros e ganhos de capital (lucros sobre a venda de ativos).

A realização de investimentos pelas entidades provedoras de seguros é uma prática tradicional e regulada pelo Estado. No entanto, a dinâmica que vem assumindo recentemente levanta críticas, apontando um avanço da lógica financeira e subsumindo a proteção da saúde e os interesses dos segurados. Por um lado, identifica-se uma maior utilização de contribuições para a realização de inversões financeiras, com o peso ampliado de seus rendimentos para o resultado final das empresas – incluindo lucros milionários. Por outro, estes contrastam com menores taxas de retorno aos segurados e prêmios constantemente mais caros, atualizados acima da inflação média e dos custos do setor (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153).

Em países de capitalismo central houve uma onda de fusões e aquisições no final dos anos 1990 e no período anterior à crise, segundo Choonara (2018). No campo da saúde, pode-se analisar essa mesma tendência, uma vez que é possível observar a ampliação das fusões e aquisições neste último período, inclusive no momento da pandemia, com empresas se associando ao capital internacional. Segundo a KPMG, o setor de saúde apresentou entre 2016 e 2018 o maior crescimento nas fusões e aquisições dos últimos 20 anos. Como exemplo, em 2016 houve 31, já em 2017, 50 e em 2018, 52 fusões e aquisições no segmento de hospitais e laboratórios de análises clínicas (SETOR SAÚDE, 2019). Entre as associadas do Instituto Coalizão Saúde, pode-se observar que várias delas passaram por fusões ou aquisições, algumas no grupo United Health Group, como o HIAE e a Optum. Este grupo, inglês, que também opera a Amil, busca cada vez mais adquirir hospitais privados de modo a ampliar a sua rede no mercado brasileiro. Ainda podemos trazer de exemplo o laboratório Fleury e o grupo Dasa, que estão ampliando suas fusões.

Há ainda os investimentos institucionais e financeiros no setor de saúde do Brasil. Segundo as autoras, “em 2016, o setor de saúde como um todo reportou R\$ 33 bilhões em provisões técnicas, dos quais R\$ 24 bilhões lastreados em ativos garantidores” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2154), e “32% dos ativos das instituições foram investidos em títulos públicos, 28% em títulos privados, 33% em “fundos dedicados” (fundos de investimentos exclusivos das operadoras junto a instituições financeiras) e 2% em imóveis” (ANS *apud* CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2154). Nos anos 2015 e 2016 houve queda de R\$ 800 milhões no segmento de seguros de assistência médico-hospitalar, mas o resultado financeiro aumentou em R\$ 2,8 bilhões. “Em 2016, o déficit ‘técnico’ de R\$ 120 milhões contrasta com um superávit financeiro de R\$ 6,8 bi. A receita com rendimentos financeiros foi maior do que

o lucro final do setor (R\$ 6,8 e R\$ 6,2 milhões, respectivamente)” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153). Os melhores resultados nesse campo foram das empresas de autogestão e seguradoras especializadas. “Excetuando-se as cooperativas, todas as operadoras viram uma queda no resultado técnico e um aumento do resultado financeiro em relação ao ano anterior” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2153).

Citando Marx, crise é o processo por meio do qual a “paralisação momentânea de todo o trabalho e a aniquilação violenta de uma grande parte do capital leva de volta [o capitalismo] ao ponto em que ele pode empregar os seus poderes produtivos, sem cometer suicídio” (MARX *apud* CHOONARA, 2018, p. 7). Nas crises são reforçadas duas tendências de longo prazo, que foram analisadas por Marx, a concentração e a centralização de capital. Ele aponta que,

[...] com a acumulação de capital, cresce portanto, em maior ou menor proporção, o número dos capitalistas. Dois pontos caracterizam essa espécie de concentração que depende diretamente da acumulação, ou melhor, se identifica com ela. Primeiro: a concentração crescente dos meios sociais de produção nas mãos de capitalistas individuais, não se alterando as demais circunstâncias, é limitada pelo grau de crescimento da riqueza social. Segundo: a parte do capital social localizada em cada ramo de produção reparte-se entre muitos capitalistas que se confrontam como produtores de mercadorias, independentes uns dos outros e concorrendo entre si (MARX, 1994, p. 726).

Dessa forma, a acumulação e concentração se dispersam e os capitais são transformados, seja com a formação de novos capitais ou pela fragmentação dos existentes. Assim, “a acumulação aparece de um lado, através da concentração crescente dos meios de produção e do comando sobre o trabalho, e, de outro, através da repulsão recíproca de muitos capitais individuais” (MARX, 1994, p. 726). Essa é a contradição, onde a

[...] dispersão do capital social em muitos capitais individuais ou a repulsão de seus fragmentos é contrariada pela força de atração existente entre eles. Não se trata mais da concentração simples dos meios de produção e de comando sobre o trabalho, a qual significa acumulação. O que temos agora é a concentração dos capitais já formados, a supressão de sua autonomia individual, a expropriação do capitalista pelo capitalista, a transformação de muitos capitais pequenos em poucos capitais grandes. Este processo se distingue do anterior porque pressupõe apenas alteração na repartição dos capitais que já existem e estão funcionando; seu campo de ação não está, portanto, limitado pelo acréscimo absoluto da riqueza social ou pelos limites absolutos da acumulação. O capital se acumula aqui nas mãos de um só, porque escapou das mãos de muitos noutra parte. Esta é a centralização propriamente dita, que não se confunde com a acumulação e a concentração (MARX, 1994, p. 726-727).

Nessa dinâmica, pode-se analisar os capitais no setor da saúde. Observa-se a centralização a partir das fusões e aquisições que estão ocorrendo, como em planos de saúde, ou mesmo entre os grupos Dasa ou Fleury, que fazem parte do Icos. Assim como a dinâmica

do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeirizado, se expressa quando os mesmos grupos abrem ações na bolsa de valores, ligam-se ao capital internacional, projetam narrativas globais. Contudo, enfrentam os limites dos Estados, que precisam ser modificados conforme as necessidades do capital. Desta feita, para se manterem na lógica da acumulação, é fundamental que haja créditos, financiamentos, mudanças legislativas, força política. O crédito atua como auxiliar da acumulação e mecanismo social de centralização de capitais. “A concorrência e o crédito, as duas mais poderosas alavancas da centralização, desenvolvem-se na proporção que se amplia a produção capitalista e a acumulação” (MARX, 1994, p. 728), e em geral quanto maior a empresa maior é o seu acesso ao sistema de crédito.

Quanto à internacionalização e concentração no setor da saúde, que se intensificaram no país a partir da década de 2000, vale a pena recordar o recente processo de fusões, aquisições e abertura de capital na Bolsa de Valores.

Desde 2007, o número de operadoras de assistência médica atuando na esfera suplementar caiu de 1.197 para 76.414. Embora investidores internacionais venham ampliando sua participação na oferta de saúde pelo menos desde a década de 1970, este processo ganha fôlego novo a partir dos anos 2000. Pode-se citar, por exemplo, a aquisição do grupo nacional Amil pela norte-americana United Health em 2012, por R\$ 10 bilhões, e também a entrada do fundo americano Bain Capital no Grupo Notre Dame Intermédica em 2014 (R\$ 2 bilhões) (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2154).

No segmento hospitalar também se verificam essas mudanças, como “a aquisição parcial da Rede D’Or pelo banco de investimentos BTG, em 2010, por R\$ 600 milhões, vendida, na sequência, para o fundo soberano de Singapura, em 2015, por R\$ 2,4 bilhões” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2154).

É sabido que a internacionalização é intrinsecamente dependente do setor financeiro. Lavinas e Gentil identificam ao menos sete fundos de *private equity* que adquiriram participações em empresas nacionais de saúde (operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios) desde 2009, muitos deles de propriedade estrangeira. As autoras ressaltam sua lógica fundamental de atuação: os fundos de *private equity* injetam recursos nas empresas e posteriormente vendem suas participações, normalmente com abertura do capital na Bolsa de Valores, multiplicando em muitas vezes o investimento inicial (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2154).

Várias das associadas do Icos iniciaram, exatamente nestas últimas décadas, investimentos no mercado de capitais. São exemplos o Grupo Fleury, cuja abertura de capital foi na BM&Ibovespa em 2009; e o Grupo Dasa, que realizou abertura de capital na Ibovespa em 2004. Para tanto, alterações no plano jurídico-institucional do Estado foram fundamentais. As autoras apontam que regulação e reformas foram implementadas para fortalecer o setor

privado. O que acontece no Brasil é que “o Estado subvenciona o acesso à saúde via produtos financeiros ao garantir o constante rompimento de barreiras para o acesso das camadas populares a planos e seguros, antes restritos às classes mais favorecidas e trabalhadores formais” (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2155).

Como visto anteriormente, a ampliação do número de contratos de planos privados se deu devido à ampliação de renda nos anos 2000 bem como à oferta de planos mais acessíveis. Isso foi acompanhado com uma diminuição da prestação de serviços públicos (desfinanciamentos), com perda de qualidade e aumento da morosidade no atendimento. Porém, a partir de 2015 o Brasil afunda em grave crise e consecutiva diminuição dos usuários, acontecendo assim a tentativa de oferecer os Planos Populares de Saúde (PL 7419/2006), que

[...] autoriza novos tipos de planos de baixo custo e cobertura altamente restrita, inferior ao mínimo atualmente exigido por lei. Também se encontra em tramitação a proposta de obrigatoriedade de empregadores garantirem planos de saúde privados a seus empregados (PEC 451/2014) (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2156).

A situação foi piorada com a aprovação da EC 95, como Novo Regime Fiscal, em 2016, que restringe os gastos primários de modo a preservar o pagamento do serviço da dívida pública, remunerando os investidores estrangeiros (CORDILHA; LAVINAS, 2018). Isso fez com que outras ações privatizantes seguissem. Em 2020, o então Deputado Rodrigo Maia lança proposta de modernização do SUS com mudanças de gestão e financiamento, porém esse projeto não chegou a ganhar corpo em formato de uma proposta de lei. Mais recente, ainda (2022), é a proposta do Open Health, lançada pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, para favorecer os planos de saúde e seguir com os processos de mercantilização.

### 2.3 ICOS E AS ESTRATÉGIAS DE CLASSE NA SAÚDE

O Icos se utiliza de vários argumentos de defesa da saúde das pessoas, da ética e do sistema público, orientando a construção de vontades coletivas e da vida social para se fortalecer na disputa de hegemonia. Isso justificaria tanto as relações público-privadas quanto a incidência de grupos privados em aparelhos ou instrumentos do governo, como, por exemplo, a atuação nas agências de regulação e/ou articulação política com o Judiciário, o Executivo e o Legislativo. Por essa perspectiva, suas propostas – do Icos – abrangem ações na sociedade civil e política, no Estado ampliado, em Gramsci.

Apresentamos a atuação do Icos, na condição de Aparelho Privado de Hegemonia, e as mudanças no sistema público de saúde a partir da atuação nas Sociedades Civil e Sociedade Política. Ao que nos parece, várias formas de organização e proposições do Icos implicam estratégias das classes dominantes, que são diversas diante do contexto. Não à toa, as propostas do Instituto Coalizão Saúde e de vários outros APHs apontam para mudanças nas relações com trabalhadores(as), nas formas de gestão, bem como nas relações sociais com outros setores da sociedade e com mecanismos de filantropia, na organização e construção de hegemonia. Retomam-se as principais questões defendidas pelo Icos para a saúde pública brasileira para demonstrar as estratégias de mercantilização da saúde, transformando o público em privado a partir das formas gerenciais e criando um consenso em torno dessas mudanças.

Retomando a discussão sobre as propostas do Icos e as possibilidades de acumulação, pode-se analisar a relação dialética das formas combinadas de reprodução expandida e acumulação por espoliação. E, ao retomar o processo histórico e de políticas no país, analisar o papel do Estado para garanti-las. Vários dos argumentos citados por Harvey para demonstrar novas formas de acumulação podem ser observados nas propostas do Icos, como a questão das mudanças estatais na regulação de novas tecnologias e/ou liberação de patentes, temas ligados à propriedade intelectual e à garantia do direito a algumas empresas. Essas pautas só foram efetivadas com a criação de um consenso social e com ações do Estado que garantissem propriedade para as empresas.

Pode-se contextualizar o Brasil como país capitalista periférico, marcado por um histórico recente de retrocesso nas políticas sociais e falta de financiamento para serviços estatais. Porém, o país não deixou de garantir mudanças de gestão e financiamentos para entidades privadas ou filantrópicas. Fez ainda a emissão de títulos, aumentando a dívida pública, que tem como maiores detentores os investidores financeiros, os fundos de investimento etc. Tais ações podem descambar para períodos de maior estagnação e menor investimento das políticas sociais, conforme análise anterior. Isso não está longe de nossa realidade atual, uma vez que a vacinação contra a Covid-19 não avança em países pobres e periféricos também por não ter a liberação da patente para sua maior produção.

A questão das patentes e da produção de conhecimento coloca-se como possibilidade de acumulação por espoliação, segundo Harvey. A partir das análises de Harvey, Chesnais, entre outros, de que o capitalismo contemporâneo possui vários traços rentistas que constituem o processo de acumulação, Paulani (2016) desenvolve, a partir da renda da terra em Marx, a categoria da mercadoria conhecimento. Compreendendo que o conhecimento sempre fez parte do processo produtivo, traz o diferencial neste período, que são mercadorias feitas só de

conhecimento. Isso pode se configurar como renda absoluta ou de monopólio, pela existência da propriedade<sup>52</sup>. A autora traz essa diferença na realidade atual em que o conhecimento não necessariamente está atrelado ao fator produtivo em si, mas às possibilidades de renda pela propriedade de um conhecimento específico no capitalismo financeirizado.

Ainda que seja impossível compreender a forma contemporânea de operar do capital, sem atentar para esses fenômenos é preciso observar que todos esses são traços distintivos desse modo de produção: é parte constitutiva de seu funcionamento o aprimoramento do conhecimento, da técnica e da ciência, empurrados que são pelas exigências da concorrência; é sua tendência imanente a fuga das normas de regulação socialmente postas, a libertação dos torniquetes impostos pela concorrência, que as prerrogativas monopólicas propiciam; finalmente, é tendência natural do sistema, em condições normais, que a finança vá assumindo o controle, mais liberta que é perante a acumulação produtiva, dos entraves e estorvos representados pela necessidade de fixar o capital material e de extrair valor excedente de uma força que é viva, quer autonomia, tem direitos e se rebela (PAULANI, 2016, p. 534).

Pode-se pensar, portanto, que há no setor da saúde uma importante forma de apropriação da mais-valia pelas empresas. Ela se daria pela renda, através da propriedade das patentes, de conhecimentos específicos para produzir alguma tecnologia ou medicamento etc., como o exemplo da vacina.

Demonstram-se, portanto, as variadas formas de busca pelo lucro existentes na economia do setor, caracterizada por empresas que ganham duplamente: ao mesmo tempo em que o setor privado possui interesses em investir para ampliar sua acumulação, grande parte dos serviços, insumos e equipamentos são comprados pelo setor público. Nos períodos de crise, ampliam-se as participações do Estado na economia das empresas, dos hospitais, dentre outros, como podemos ver o ocorrido na pandemia da Covid-19. Vide, ainda, a reação dos planos e seguros de saúde no momento de baixo crescimento econômico em que se ampliam os endividamentos/inadimplências e diminuem os contratos.

Harvey (2005) analisa os novos processos de acumulação por espoliação como os direitos de propriedade intelectual negociados pela OMC, e a importância das patentes e do uso de materiais genéticos e outros produtos. Para a indústria farmacêutica, trata-se de um campo importante de acumulação, inclusive disputando aí os materiais genéticos, ampliando a biopirataria, busca de conhecimentos e recursos vegetais, animais e minerais dos povos originários. Para o autor, as privatizações e a corporativização do que foi conquistado como

---

<sup>52</sup> “Seu fundamento é uma renda do saber, uma renda absoluta, que, tal como a renda absoluta da terra que Marx diagnosticou, fundamenta-se pura e simplesmente na existência da propriedade” (PAULANI, 2016, p. 530).

bem público são as formas de expropriação (antes, das terras comuns) na atualidade. O Estado é quem impõe esses processos.

A regressão dos estatutos regulatórios destinados a proteger o trabalho e o ambiente da degradação tem envolvido a perda de direitos. A devolução de direitos comuns de propriedade obtidos graças a anos de dura luta de classes (o direito a uma aposentadoria paga pelo Estado, ao bem-estar social, a um sistema nacional de cuidados médicos) ao domínio privado tem sido uma das mais flagrantes políticas de espoliação implantadas em nome da ortodoxia neoliberal (HARVEY, 2005, p. 123).

No campo da saúde, este debate é fundamental, visto que é uma das formas pelas quais as empresas do setor buscam ampliar seus investimentos para garantir a continuidade na concorrência. Por isso, o tópico acaba sendo um dos principais pontos da agenda do Icos. Outros aspectos da pauta do Icos são a ampliação do uso e apropriação dos dados de usuários, bem como das possibilidades de atendimento ou intervenção em saúde a partir deles. Corrobora-se com Harvey quando afirma que estas informações, junto ao uso de tecnologias da informação, podem ser fonte acumulação e, portanto, de disputa por empresas.

Para isso, seria necessária a formação de gestores-líderes junto às ações de Responsabilidade Social. Assim, a lógica privatizante que revolve as vidas e trabalhos se tornam consenso. Chamayou (2020) discorre sobre a construção do programa neoliberal, em que a defesa das privatizações estaria relacionada à retomada econômica e à garantia de melhores serviços às populações, quando, na verdade, objetivava transferir os serviços para a lógica do mercado e evitar que o Estado sofra com reivindicações, pressões populares etc. Ou seja, privatiza a oferta para despolitizar a demanda (CHAMAYOU, 2020).

O financiamento, o debate sobre os déficits, a balança comercial e outras estratégias de negócio ganham centralidade nas justificativas das ações econômicas e privatistas. Quando houve dificuldades para financiar serviços ou políticas públicas, distribuía-se vales ou *vouchers*, ao invés de desnacionalizar em bloco, construir outros métodos, menos evidentes e mais progressivos. Assim, foram várias as formas de privatizações, inclusive no trato com trabalhadores, oferecendo vantagens para demissões voluntárias, não atacando os direitos sociais etc. Para tanto, a mobilização e a formação de defesa do projeto foram sendo construídas e solidificadas com as diversas ações, não sem contradições.

Destarte, o neoliberalismo e a predominância dos modos privatistas empresariais configuram a dinâmica na saúde em meio a muitas contradições. Para enfrentá-las, a classe dominante utiliza de estratégias na construção do consenso ou, quando necessário, de coerção, que também se apresenta por meio coletivo através dos retrocessos de direitos sob formas

legais/judiciais. Apreender esse processo contribui para reforçar a tese de que o Icos se constitui como Aparelho Privado de Hegemonia e opera agenda de interesse do empresariado nacional-internacional, que vai sendo implementada no país por meio de relações público-privadas e da garantia de um discurso conciliatório na perspectiva de apaziguar as lutas reivindicatórias e dissonantes ao projeto de dominação. Visto assim, há ainda algumas análises importantes sobre as formas que se utiliza para tais objetivos.

Dessa forma, vários são os caminhos para a organização do empresariado, inclusive no campo da saúde, visando mudanças legislativas e políticas, a fim de priorizar lucros e avançar sobre direitos conquistados pela classe trabalhadora. Para Fontes (2020),

[...] muitos APHs se especializaram em formar lideranças empresariais, enquanto outros reagrupam empresas e outros APHs empresariais na definição de políticas públicas voltadas para benefício direto dos setores econômicos de origem, ou para redefinir o conjunto das políticas públicas, especialmente educação e saúde (como o Todos pela Educação ou o Instituto Coalizão pela Saúde), além de APHs voltados para abocanhar contratos com a gestão privada de recursos públicos (Viva-Rio, ou Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) (FONTES, 2020, p. 26).

A realidade do trabalho em saúde mostra o acúmulo de tarefas, as diferenças salariais por categorias (o que faz com que as menos “valorizadas” tenham a necessidade de trabalhar em vários empregos), mudanças trabalhistas, perda de direitos e falta de condições dignas de trabalho. Contudo, a proposta do Icos para melhorar essa realidade está no discurso de representantes da instituição quanto à formação de gerentes-administradores, que tenham mérito para gerir serviços de saúde. Outra questão importante a ser retomada é o discurso da gestão ética, do *compliance*, da transparência, como se somente no setor privado fosse possível garantir tais princípios. Estaria na gestão a possibilidade de melhorar a realidade da saúde. Porém, para Chamayou (2020), a natureza da empresa se transforma ao modificar as relações gerenciais, não deixando explícita a diferença entre gestores, funcionários e proprietários. Dessa forma, haveria separação entre propriedade e controle. “A modalidade acionária permitiu o desenvolvimento de empresas gigantescas, instituições quase ‘públicas’ que põem milhares de trabalhadores sob a direção de uma gestão unificada” (CHAMAYOU, 2020, p. 73). Assim, as empresas seriam instituições semelhantes ao Estado, com controle pela gestão, conforme as instituições governamentais. Adiante, serão vistas as diferentes formas de gestão em saúde, assim como as parcerias público-privadas que se ampliam, de diferentes formas e, portanto, precisam ser analisadas a partir dessas diversas perspectivas.



Com algumas divergências, foram sendo elaboradas várias teses para se analisar o gerencialismo e as relações dentro das empresas. Entre elas, a questão latente era a diferenciação entre gerentes administradores ou proprietários, a partir das mudanças do próprio capitalismo, na sua dominância do capital portador de juros e do capital fictício, ou capital financeirizado.

É nessa contradição que Chamayou (2020) retoma Marx e sua elaboração sobre um governo do capital a partir desse novo patamar que assume, especulador e financeirizado. O poder gerencial se transforma, portanto, a partir da socialização do capital e das mudanças nas relações de propriedade e de trabalho. A partir das diversas teorias da empresa, há quem defenda o foco nos gerentes e acionistas para o controle de trabalhadores. O objetivo é manter a legitimidade do lucro capitalista. Há, ainda, a construção da onipresença da empresa na vida moderna: as relações passam a ser pautadas por regras que não somente são as dos trabalhadores, mas também dos consumidores. A “gestão como lugar de poder, governa muito mais que apenas os trabalhadores” (CHAMAYOU, 2020, p. 121).

Esse outro lado, o de clientes satisfeitos que possam ser responsáveis por seus processos de cuidado e tenham a capacidade de escolher quais serviços querem utilizar, também foi uma proposição do Icos. Pode-se averiguar esses elementos nas proposições do Instituto de individualização dos cuidados ou das responsabilizações individuais pelo processo de adoecimento e de busca pelos serviços, com o argumento de ampliar a participação das pessoas como clientes-cidadãos. Aparentemente, torna-se coerente com o modo de vida imposto pelo regime neoliberal da individualização das responsabilidades e do imperativo dominante, afinal, “cada um faz a sua parte” e “você pode mudar”. A análise de Chamayou (2020) pode nos ajudar nesta análise quando descreve como estratégia empresarial a responsabilização dos sujeitos pelos problemas vivenciados. Isso apareceu mais na área ambiental, todavia, traz reflexões importantes sobre o processo da individualização, ao mesmo tempo, apontando que mudanças comportamentais eram as saídas para os problemas vivenciados, escamoteando ou escondendo as reais contradições. Assim, o apelo à consciência individual ou às culpabilizações eram (e ainda o são) apontadas pelas propagandas, análises, teorias e inclusive, muito utilizada na saúde atualmente. Ainda, apresenta-se como uma das principais táticas do neoliberalismo ético contemporâneo, como forma de evitar a regulação, o estímulo a uma participação voluntária (CHAMAYOU, 2020, p. 298).

Para essas táticas de organizar seus interesses tornando as pautas empresariais comuns à sociedade como parte estratégica na luta de classes, vários conceitos do Movimento Sanitarista são utilizados pelo Icos. Outro elemento que vimos anteriormente como proposição

do Instituto é a utilização de conceitos caros a trabalhadores(as) do SUS, sanitaristas e lutadores, ao mesmo tempo em que se propõe a melhorar o serviço público de saúde e defender o SUS. Essa construção vai ao encontro da abordagem de Chamayou (2020) de combater ativismo com ativismo e ampliar as relações políticas que se enraizaram no meio dirigente. As diversas táticas foram mobilizadas contra militantes, pesquisadores, cientistas, igrejas ou outros grupos. Elas iniciavam um processo de deslegitimação. Ao mesmo tempo, apontavam a necessidade de conhecer os grupos e suas divergências para saber como lidar e construir diferentes ações para cada parte dos grupos: “cooperar com os realistas, dialogar com os idealistas para convertê-los em realistas, isolar os radicais e engolir os oportunistas”. (CHAMAYOU, 2020, p. 199) Construir uma “política da verdade”, com financiamento de estudos, pesquisas etc. era outra forma de legitimar suas atuações e, ainda, criar alianças entre universidades, centros de pesquisa e mídia para construir projetos e outras ações públicas.

Sendo assim, como resposta social, algumas estratégias de construção de diálogos-convencimento, e, ao mesmo tempo, como resposta política, procuravam construir estratégias de gerenciamento das políticas públicas, a fim de diminuir regulações estatais e/ou coordenar as ações públicas.

Como visto anteriormente, as estratégias de dominação pelos APHs, a partir da Sociedade Civil e Política, possuem essa dimensão ideológica, porém, entrelaçada com as outras dimensões, econômicas e políticas. Para tal, assim como o Icos, descrito no primeiro capítulo, os APHs empresariais da saúde utilizam formas de convencimento e criação de consenso social, como foi apresentado no capítulo anterior. Fazem isso através de formação de profissionais, propagandas de suas ações sociais e parcerias público-privadas, ao mesmo tempo em que enfrentam processos de judicialização ou situações de disputa na concorrência por recursos públicos ou créditos estatais. Atuam na mudança de legislação, fazendo *lobbies* e nos processos de regulação para facilitar seus interesses. Vários destes, impostos pela dinâmica do capital, que impele mudanças nos Estados e seus regimes. Todavia, para garantir a dominação sem reivindicações ou lutas, constroem estratégias.

### **2.3.1 O engodo da responsabilidade social e da filantropia como estratégia**

A negociação de agendas e construção de diálogos como “princípio” das empresas se tornou propaganda dos APHs, a partir da Responsabilidade Social. Segundo Chamayou (2020),

a análise era de que a sociedade aprendeu a ser cética e a procurar informações, o que deveria ser contornado pela construção de diálogos, criando novas relações públicas dialógicas, com neutralidade e ética para legitimar as iniciativas empresariais. Nesse processo, a ideia era convencer os sujeitos mostrando a realidade e as melhores saídas, já pensadas ou planejadas pelas próprias empresas. O diálogo era, portanto, uma estratégia de poder, com algumas funções: informação, confinamento, diversionismo, cooptação, desqualificação, legitimação etc. (CHAMAYOU, 2020, p. 204-205). Ainda vale a análise de que as empresas criavam vigilância estratégica para atacar as questões no momento certo, prevendo problemas e antecipando soluções, inclusive com possibilidades de diálogos ou convencimentos. A parceria com ONGs ou outras entidades era um recurso importante para acessar os sujeitos e neutralizar suas ações de contestação ou denúncias contra as empresas.

A filantropia e a responsabilidade social têm sido as práticas sociais das empresas. Elas seriam formas de garantir relação com comunidades ou grupos/ONGs, na tentativa de propagandear as ações empresariais e criar o consenso acerca do projeto dominante. Além disso, há legislações que garantem incentivos fiscais, o que vários hospitais filantrópicos e empresas neste último período têm assumido. O Hospital Sírio Libanês entende, inclusive, as relações com o SUS como “cooperação” público-privada, colocando como responsabilidade social a sua atuação na gestão de serviços de saúde no município e no estado de São Paulo, sendo que recebe recursos públicos para tal. Além disso, possui projetos como o ambulatório de pediatria social e o projeto Abrace Seu Bairro. No mesmo sentido, o HIAE identifica como responsabilidade social as parcerias público-privadas, as ações sociais filantrópicas, a sustentabilidade e o voluntariado. Todavia, o caráter dominante e de relação com os interesses do grande capital transparece até nas homenagens feitas, em geral dedicadas a esses sujeitos, como em inauguração recente de um dos pavilhões do hospital, em que são homenageados Vicky e Joseph Safra.

Em nome da responsabilidade social, a EMS patrocina escolas, centros infantis, Mc Dia Feliz, AACD e realiza doações. A Sanofi justifica sua responsabilidade com ajuda humanitária, apoio a projetos e parcerias com saúde pública. A Unimed patrocina eventos culturais, esportivos, educacionais e também constrói exposições.

A responsabilidade social das empresas apresenta-se relacionada ainda com a responsabilidade socioambiental e com os argumentos da sustentabilidade. É o caso da Interfarma, da Johnson&Johnson, cuja propaganda aponta para orientações e intervenções em saúde, segurança do trabalho e meio ambiente. Encontram-se em vários sítios eletrônicos das associadas ao Icos as temáticas de saúde do trabalhador(a) e meio ambiente e são abordadas

como uma responsabilidade social ou quase um “favor” das empresas a trabalhadores e trabalhadoras. Na verdade, já há legislações de proteção e garantia de direitos nesse âmbito.

Pode-se perceber que há muitos financiamentos privados em pesquisas na área da saúde, bem como em formação profissional. No setor da saúde, houve mudanças legislativas importantes para ampliar a relação público-privada com o financiamento de entidades filantrópicas ou mesmo da responsabilidade social. Por exemplo, a regulamentação de serviços de apoio ao SUS por entidades filantrópicas legislada pela portaria nº 3.276/2007 e mesmo a lei nº 12.101/2009, que permite a isenção ou contribuições sociais de redes filantrópicas a serviço do SUS – embora a primeira vez que as entidades filantrópicas foram contempladas com isenções fiscais por meio de projetos voltados ao SUS foi a partir do decreto nº 2.536/1998.

Diante do desafio de pesquisas coletivas sobre o tema e haja vista a expansão dos APHs empresariais no capitalismo contemporâneo brasileiro, alguns elementos abordados por Fontes (2020) são essenciais. O primeiro deles é que não existe capitalismo filantrópico. O termo “filantropia” busca demonstrar que as doações de recursos são pelo respeito ou merecimento, como se não houvesse interesses. Mesmo que o termo carregue ideias como generosidade e “fazer o bem”, fica bastante claro que é investimento. O próprio empresariado aborda como investimento social ou investimento social privado, termo utilizado pelo GIFE<sup>53</sup>. Neste, as empresas, fundações ou institutos ligados à saúde são o Instituto Sabin, Roche, Raia, Drogasil e Instituto Eurofarma. Ou seja, os documentos de grupos empresariais brasileiros destacam a malha articulada de empresas e entidades sem fins lucrativos (fundacionais ou outras) com políticas públicas e relações com os governos (FONTES, 2020, p. 18).

Assim, esta explicitação do uso do termo e do seu papel no conjunto da vida social – fundações, institutos, negócios, relações com governos – supostamente em prol do “bem comum” já deveria nos afastar da suposição de um “filantropocapitalismo” (FONTES, 2020, p. 18). Ou seja, apresentam-se como “sem fins lucrativos”, porém defendem interesses econômicos, “para a defesa corporativa de empresas, corporações, empresários, setores de atividade”. Há inúmeros estudos brasileiros sobre o avanço do capital aos recursos públicos (educação, saúde e especialmente a previdência) através de aparelhos privados de hegemonia, como “organizações sociais” (FONTES, 2020, p. 19).

A filantropia é comumente demonstrada pelas empresas ou sujeitos muito ricos como

---

<sup>53</sup> O Gife é a associação dos investidores sociais do Brasil, sejam eles institutos, fundações ou empresas. Nascido como grupo informal em 1989, o Gife – Grupo de Institutos Fundações e Empresas – foi instituído como organização sem fins lucrativos, em 1995. Desde então, tornou-se referência no país no tema do investimento social privado. Disponível em: <https://gife.org.br/quem-somos-gife/> Acesso em: 12 out. 2021.

bondade e com intuito de melhoria das condições de vida dos mais pobres, como saída para a situação social e econômica da sociedade. Outro setor em que se apresentam saídas “filantrópicas” é o ambiental, cujas ações são retomadas em diálogo com a questão social. A maioria desses APHs expressam disputas intraclasses dominantes em torno do direcionamento econômico, da definição de políticas públicas e da formação de seus quadros (“lideranças”) ou, ainda, para conter possibilidades de revolta (FONTES, 2020, p. 19).

Outro argumento trazido por Fontes (2020) é que há alguns temas para compreensão do capitalismo hoje que se diferenciam de períodos anteriores. Devido ao montante de recursos, “da sua maior capacidade de organização e de aglutinação, pois muitos se comportam como empresas, com *staff* e empregados remunerados, os APHs empresariais acedem mais facilmente a posições no Estado”, podendo modificar legislações, garantindo imposições generalizadas de interesses corporativos (até de áreas particulares) e, ainda, defendem tais interesses como universais (FONTES, 2020, p. 20).

As contradições existentes na sociedade capitalista são gigantescas, e atravessam toda e qualquer modalidade de organização, inclusive estatal. O capital passou a atravessar as fronteiras, com a liberação da circulação internacional de capitais, para explorar trabalhadores onde fosse mais conveniente. Promoveu uma enorme centralização e concentração da riqueza cuja contraface vem sendo a explosão de condições degradadas de existência para as grandes maiorias. De maneira concomitante, APHs empresariais se expandiram e se implantaram internacionalmente, agregando setores locais e internacionais. (FONTES, 2020, p. 22).

Um terceiro elemento apontado por Fontes (2020) é sobre os desafios para pesquisas sobre qual o papel histórico dos APHs empresariais no Brasil. Ela defende que a categoria “aparelho de hegemonia” possui “alcance suficiente para abrigar as diferentes modalidades organizativas, as tendências diversas que se abrigam no âmbito da sociedade civil, os conflitos que expressam e seu papel nas lutas de classes e na configuração do Estado capitalista” (FONTES, 2020, p. 23). Desse modo, os APHs são a expressão de lutas sociais. As diversas formas associativas – populares ou empresariais – existem nos contextos dessas lutas, sejam intra ou entre classes. Analisar essas relações é importante para a pesquisa sobre os APHs, inclusive nos diferentes tempos históricos.

Abordou-se, no capítulo anterior, a formulação de Chamayou (2020) sobre as teorias do gerencialismo ético e da responsabilidade social no sentido de exercer a gerencialidade e obter uma legitimidade. Dessa forma, a formação de gestores éticos e com espírito de liderança é fundamental. Essa estratégia de exercer o poder econômico sob a forma de uma política privada vai tomando força nas corporações e, também, gerando conflitos.

O discurso da responsabilidade social se inicia no início do século XX como uma ideologia gerencial. Desde 1950, rondam teorias sobre o gerencialismo ético que defendem que as empresas não estão a serviço somente de seus proprietários, mas, também, de toda a sociedade. A responsabilidade social é no sentido de exercer a gerenciabilidade e obter uma legitimidade social. Uma das grandes formadoras (inclusive na América Latina), a Fundação Rockefeller, construiu um relatório em 1958 argumentando que há divergência entre empresa autoritária e governo democrático, o que seria um perigo (CHAMAYOU, 2020). Assim, na década de 1970, nos EUA, são vários os anúncios para elogiar as ações sociais das empresas. Embora liberais como Friedman discordassem com argumento de que era um perigo ético e político “fingir ser socialmente responsável é uma forma de aumentar os lucros”, outros autores argumentavam a importância de que as próprias empresas criem formas de autorregulação, impedindo ou prevenindo que o Estado amplie as regulações. Conforme esse autor, configurações na gestão de empresas como se fossem governos demonstraram-se estratégias importantes para convencimento e criação de consenso social.

Não é recente, visto que em contextos diversos e anteriores, como na década de 1960, fundações como a Rockefeller também o fizeram. Atualmente, um dos grupos que está aparecendo constantemente é o da Fundação Bill e Celina Gates, que fazem vultuosos “investimentos” para as pesquisas em torno da indústria farmacêutica, para vacina bem como metodologias de “controle epidemiológico”. Uma das favorecidas é a grande Novartis, farmacêutica que também atua no Brasil. Essa empresa já vem defendendo o “capitalismo filantrópico” desde a década de 2000, que se justifica como ativismo social. Entretanto, como recordam Piketty e outros autores, parte da verba doada retorna à própria empresa ou fundação porque esta tem isenção fiscal ou redução de impostos etc. (A FILANTROPIA..., 2017).

Shiva (2020), em crítica atual sobre ações no período da pandemia, denuncia que

Gates criou alianças globais para forçar, de cima para baixo, suas análises e soluções para os problemas sanitários. Ele paga para definir os problemas e depois usa sua influência e poder econômico para determinar as soluções, enchendo os próprios bolsos no processo. Seus “financiamentos” resultam no apagamento da democracia e da biodiversidade, da natureza e da cultura. Sua “filantropia” não é apenas filantro-capitalismo — é filantro-imperialismo (SHIVA, 2020).

Para a autora, mesmo havendo tensões e disputas entre os APHs empresariais, isso não demonstra mudanças significativas no processo democrático e político da vida social ou do Estado. “De forma similar, o Instituto Coalizão pela Saúde está longe de defender uma política universal de saúde (SUS), ao agrupar empresas e APHs brasileiros e estrangeiros, inclusive uma

escola voltada para a formação de gestores e executivos empresariais” (FONTES, 2020, p. 31-32).

Pode-se verificar, ainda, que Fontes (2020) sustenta que as empresas sem fins lucrativos sejam “engordativas”. Afinal, “todas essas entidades empresariais sem fins lucrativos, ou todos esses APHs gozam de isenções e imunidades fiscais” (FONTES, 2020, p. 32). Além disso, muitas empresas possuem formas de financiamento público, investimentos etc., como se pode ver ao longo do capítulo sobre as associadas do Icos, por exemplo.

Assim, empresas podem remunerar de maneira elevada seus empreendedores sociais, formar quadros para dirigir setores populares enquanto atendem aos segmentos mais ricos da população, ao utilizar recursos públicos para seu funcionamento, como grandes hospitais (como a Sociedade Beneficente Albert Einstein ou Hospital Sírio-Libanês) (FONTES, 2020, p. 32).

## Existem

poucos estudos sobre o montante de recursos públicos destinados aos APHs empresariais, uma vez que tais recursos podem ter proveniência diversa, com isenções federais, estaduais e municipais. Mas, além disso, novos recursos públicos podem resultar de acordos, contratos, convênios, etc, através dos quais as empresas lucrativas que dirigem tais APHs podem beneficiar-se – lucrativamente – das iniciativas levadas a efeito por seus APHs não lucrativos (FONTES, 2020, p. 32).

Por fim, a autora trata das expropriações pelos APHs de “direitos universais, especialmente na saúde e na educação, através da realização de parcerias público-privadas” (FONTES, 2020, p. 33). As classes sociais são constituídas historicamente ao longo da expansão do capitalismo com heranças e tradições diversas, além de serem formadas desigualmente. São também atravessadas pela conexão com os processos históricos imperialistas, de forma que estão atadas por um elo fundamental, o da extração de mais-valor, cuja dinâmica é expansiva.

Disso decorre simultaneamente o aumento numérico das classes dominadas (trabalhadores), através de expropriações diversas, e constantes reconfigurações do conjunto das classes dominantes. Estas não se limitam a agir através de suas empresas, que mantêm papel fundamental no despotismo de fábrica (empresarial) e na acumulação. Também as classes trabalhadoras não estão circunscritas ao sindicalismo oficial. As classes dominantes não se limitam ao cada vez menor círculo de grandes proprietários de capital, e incorporam uma plêiade de capitalistas secundários, proprietários ou não dos meios de produção, inclusive gestores dirigentes de APHs empresariais. As tensões internas são mais extensas do que as divisões funcionais do capital (função dinheiro-capital; função produtiva, ou extração de valor; função mercantil), resultando também do embate entre escalas da concentração da propriedade; e das fricções entre capitalistas funcionantes e demais capitalistas (FONTES, 2020, p. 33).

Pode-se confirmar a hipótese de que o Icos abriga, promove e difunde um projeto de hegemonia do grande capital para a área de saúde no Brasil em aliança com outros APHs do empresariado. Contudo, assume posição tática nesse meio associativo voltado ao gerencialismo e mercantilização da área de saúde no Brasil, visto exercer papéis corporativos, associativos e de formulação de consensos acerca do sistema de saúde brasileiro. Dessa maneira, seu papel de representante da cadeia produtiva do setor de saúde é uma forma de tentar garantir a hegemonia intraclasse.



## CAPÍTULO 3

### PANDEMIA E PERSPECTIVAS DA SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo propõe outras reflexões sobre os sistemas e políticas de saúde na atualidade, tendo em vista a realidade vivenciada da pandemia da Covid-19, a conjuntura política de autoritarismo com tendências fascizantes e os desafios da luta de classes que se apresentam. Pesquisar sobre o Icos como Aparelho Privado de Hegemonia empresarial e seus movimentos ajuda na compreensão do que está ocorrendo no âmbito da saúde em um país periférico do capitalismo contemporâneo. Destacam-se o colapso de muitos sistemas de saúde, as injustiças globais em relação ao acesso a proteção, vacinação ou serviços, o papel que Estados cumpriram financiando o setor privado e a ampliação de associações ou grupos privados na condução de políticas ou mesmo na “filantropização” ou, como defendem, nas ações de responsabilidade social. Ao mesmo tempo em que temos iniquidades e violências, perdas de direitos, há grupos econômicos e pessoas cada vez mais ricas, demonstrando as tendências do capitalismo com a concentração e centralização de capitais, e o incremento das desigualdades de renda e de propriedade. Esse quadro ainda apresenta o aumento do autoritarismo estatal, o acirramento de políticas de austeridade e a piora geral das condições de vida e saúde da classe trabalhadora.

Nesse intuito, retoma-se a o período de pandemia da Covid-19 para análise das medidas que foram tomadas e da situação do sistema de saúde. O objetivo é apreender os principais movimentos do Icos nessa dinâmica.

#### 3.1 PANDEMIA DA COVID-19 E O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A pandemia do coronavírus – deflagrada no início de 2020, causando tantas mortes e colapsando sistemas de saúde ao redor do mundo, parando cidades e dividindo opiniões – evidencia-nos várias questões importantes. Foster (2017) analisa, em suas pesquisas,

[...] o fato de o capitalismo impor suas leis ao meio ambiente independentemente dos ciclos biogeoquímicos do planeta e de seu metabolismo, de modo que cria fendas ou rupturas nos ciclos biogeoquímicos da Terra, interrompendo as relações do ecossistema de maneiras que transcendem os meros efeitos de escala do crescimento

econômico. É o problema da ruptura metabólica o nosso desafio mais profundo. A sustentabilidade é cada vez mais comprometida em níveis cada vez maiores - uma ameaça continuamente acelerada para a civilização e a própria vida.

A teoria de Marx da ruptura metabólica, ou a “ruptura irreparável no processo interdependente do metabolismo social” foi a primeira análise a delinear uma visão globalmente abrangente nas ciências sociais da crise ecológica sistêmica, abrangendo a sociedade, a natureza e suas inter-relações dialéticas, e conectando isso à produção. Na verdade, tão poderosos foram esses pensamentos, que eles são cruciais para a forma como vemos a crise do sistema terrestre hoje (FOSTER, 2017).

Wallace (2020), por sua vez, argumenta que antes da pandemia do SARS-CoV-2, causador da Covid-19, houve um “circuito capitalista de produção de doenças”, enraizadas no agronegócio que “é responsável por gerar ambientes apropriados para a produção em escala de novos patógenos e por remover obstáculos imunológicos que poderiam retardar a transmissão de uma nova doença” (WALLACE, 2020, p. 20). Segue relacionando essa lógica produtiva com a destruição ambiental, com as relações entre a ciência e os governos, bem como com as respostas que poderíamos ter. “Quando a saúde é tratada como mercadoria, também nos sujeitamos aos ditames da mercantilização do cuidado e da cura”, eis a Big Pharma (WALLACE, 2020, p. 21).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS, 2020), já foram identificados sete coronavírus humanos (HCoVs) e, atualmente, teríamos muitas cepas circulando. Contudo, importa salientar a recorrência de doenças epidêmicas e pandêmicas em curto espaço de tempo. Além da Covid-19, o surgimento de várias outras doenças tem demonstrado a insuficiência das ações de saúde e mesmo intersetoriais, já que a necessidade seria transformar as condições de produção e reprodução da vida. No Brasil, vivenciamos em 2015 uma epidemia, da zika, momento quando

[...] fizeram o Ministério da Saúde e a OMS declarar estado de emergência de saúde pública de importância nacional e internacional, respectivamente. É fundamental, entretanto, que esse esforço urgente e de extrema relevância não resulte no agravamento da baixa prioridade dirigida ao enfrentamento de determinantes sociais e ambientais que estão no cerne da eclosão dessas emergências sanitárias (GADELHA; CARNEIRO, 2016).

Junto à crise sanitária, observou-se também outros perversos elementos estruturantes do capitalismo, em particular o racismo e o patriarcado. Estes foram percebidos, por exemplo, na necessidade do trabalho doméstico e de cuidado, assumido por mulheres e invisibilizado historicamente, bem como no aumento da violência contra as mulheres no período de isolamento social (PACHECO, 2020). Ou ainda no fato de que 85% dos profissionais de enfermagem que estão na linha de frente são mulheres pretas e pardas (PASSOS *et al.*, 2020).

O coronavírus, que se “espalha” rapidamente, atinge de forma diferente as populações, mostrando as diferenças de classe, gênero e raça, as diferenças regionais e de dependência no Brasil e no mundo. A pandemia expressa os limites que existem nos sistemas de saúde, nas formas de cuidado e na prevenção, já que a orientação básica de lavar as mãos com água e sabão já exclui parte grande que não tem acesso à água e sabão (EMPINOTTI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a pandemia explicita as iniquidades advindas da proposição empresarial e sua lógica de acumulação. As empresas não resolvem os problemas das populações e pode-se afirmar, ainda, que a garantia dos serviços públicos com condições dignas de trabalho, financiamento público e ampliação das formas universais de acesso, com solidariedade, integralidade e equidade, é que pode dar passos para a garantia do direito à saúde.

Na famigerada e permanente busca pela valorização do valor, o capitalismo se organiza de várias formas, em contextos diversos, e tanto o Estado como o Direito também se modificam nessas relações sociais, sejam de produção ou de reprodução do capital.

O capitalismo entra em uma nova fase, a partir das décadas de 1970 e 1980, marcada pela sucessão de crises, como foi abordado no capítulo anterior. Às crises, tem se apresentado como saída o aumento da exploração da classe trabalhadora no mundo, mais ainda em países periféricos e dependentes, bem como a ação devastadora sobre a natureza, chegando a ser considerada uma crise civilizatória, consequências da busca pela mercadorização total do mundo (PRADO, 2019). Há uma reorganização do trabalho e da vida em todo o mundo e com impactos diversos nos países, conforme sua formação histórica e papel na Divisão Internacional do Trabalho, uma mudança na geopolítica mundial.

Nesse contexto, o Brasil cumpre seu papel de agroexportador de *commodities*, com avanço do agronegócio. Destacam-se mudanças nas relações de trabalho, uma vez que, mesmo no considerado trabalho formal, os vínculos são cada vez mais temporários e parciais, com menos direitos garantidos, tendo tido significativo impacto sobre tal cenário a Reforma Trabalhista de 2017 (MELLO *et al.*, 2019). Há ainda impactos na vida de trabalhadoras(es) devido ao retrocesso nas políticas sociais, principalmente referentes à seguridade social, conquistadas na Constituição Federal em 1988 (MARQUES, 2019). Além disso, o aumento dos custos dos meios de subsistência, como alimentação, gás, combustível e outros, amplia as iniquidades e situações de miséria, fome e violências.

Analisando o momento:

Pareceu-me que o modelo existente de acumulação de capital já estava com muitos problemas. Movimentos de protesto estavam ocorrendo em quase todos os lugares (de Santiago a Beirute), muitos dos quais focados no fato de que o modelo econômico

dominante não estava funcionando bem para a massa da população. Esse modelo neoliberal repousa cada vez mais no capital fictício e em uma vasta expansão na oferta de moeda e na criação de dívida (HARVEY, 2020).

Dessa forma, como visto no capítulo anterior, as crises geradas pelo próprio capitalismo são acentuadas com as políticas neoliberais, o que transforma as políticas sociais, inclusive as do setor da saúde, e perpetuam as iniquidades e violências inerentes a esse modo de produção. Ampliam-se, ainda, práticas fascistizantes, como o aumento de controles políticos, o uso com fins econômicos de dados pessoais, a defesa da propriedade e a naturalização/justificação das violências, do ódio e da criação de supostos inimigos. O sistema público de saúde está sendo desfinanciado e a situação de trabalho piorada, porém, cada vez mais os serviços estão sendo mercadorizados, surgindo os ditos planos populares e, também, os hospitais “de luxo” ou unicamente privados. Para estes últimos, a mais recente proposta é o *Open Health*, propagandeado pelo atual ministro da saúde, Queiroga, na perspectiva de liberação de dados, o que beneficiaria planos e seguradoras de saúde. Cabe destacar as propostas do Icos sobre o uso de dados em saúde, que é algo da atualidade e com intuito de aumentar o controle sobre os processos de adoecimento para fins de mercado.

O Instituto Coalizão Saúde, como Aparelho Privado de Hegemonia, cuja fundação acontece no período de mudanças políticas importantes, constrói agendas e atua para ampliar a acumulação a partir dos serviços, principalmente via financiamento público e construção de um consenso social acerca das relações público-privadas. Esse projeto de privatização e mercantilização da saúde é uma das convergências dos APHs organizados no Icos. Para tanto, através de retóricas “progressistas” e de defesa da saúde pública ou mesmo com o argumento de “buscar avanços” e ser “ético e plural”, o Icos segue visando seus interesses particulares e corporativos.

A organização do Icos como Aparelho Privado de Hegemonia, sua configuração e agenda, estudadas nesta pesquisa, demonstram seu papel de dar direção para as políticas de saúde no Brasil e mediar a relação intraburguesa, inclusive em relações nacionais e internacionais. A partir da atuação de vários intelectuais orgânicos nos diversos APHs que compõem o Icos, sua direção demonstra qual é o grupo e o projeto político dominante ligado ao setor empresarial nacional e internacional, cuja atuação se dá a partir da relação com o Estado restrito, desde os financiamentos até as parcerias e processos privatizantes que garantem sua manutenção. Decerto, entram em conflito com outros grupos empresariais privados, visto ser este o movimento do capitalismo, porém, cumprem um papel mobilizador e de criação de consenso social para o projeto dominante, atuando na formação e nos espaços públicos em

defesa do SUS.

Contudo, o modo de organizar e dirigir do setor dominante perpassa as formas econômicas, sociais, culturais, garantindo a reprodução capitalista. Por isso, apropria-se dos argumentos e conceitos da própria luta da classe trabalhadora e das conquistas democráticas do direito à saúde, transformando-os em retórica para a garantia de acumulação para o setor privado. Além disso, reforça críticas ao setor público, relacionando-o ao atraso, à ineficiência, à falta de transparência e às propostas de reorganização do trabalho e da gestão, corroborando com a estratégia de classe para dominação, o que se acentua com as políticas neoliberais.

O neoliberalismo aprofundou as crises no Brasil e no mundo, com mudanças em legislações trabalhistas, perda de direitos conquistados, piora das condições de vida e trabalho, invisibilizando o trabalho das mulheres, aumentando os fluxos migratórios e encarceramentos, para alavancar a fome do capital pelos lucros. Bihl (2020) reflete que, na saúde, a ideologia defendida e propagada de que tanto o cuidado quanto a escolha por um seguro ou plano de saúde é responsabilidade individual ruiu diante da pandemia, já que esta demonstra que a saúde não se limita a uma mera escolha individual e de que o enfrentamento deste momento exige o reconhecimento da saúde como bem público.

Em momentos como este, precisaríamos de ações sinérgicas, com apoio social e econômico, direcionadas a trabalhadores, para manutenção de emprego e renda, além de ampliação das condições de acesso a serviços de saúde, a água e a outros meios para combater o coronavírus. Ou seja, é fundamental a atuação nas diversas determinações sociais da saúde para garantir equidade e direitos. Todavia, essa não foi a realidade de nosso país, estampando as profundas iniquidades existentes bem como as insuficientes políticas públicas.

A pandemia explicita a necessidade do Estado para o mercado. Colombi e Mello (2020) argumentam que, mesmo entre economistas ortodoxos ou heterodoxos, há a convergência de que o Estado deve ser mobilizado para “salvar” o mercado em contextos de crise. O Estado pode inclusive aumentar o déficit público neste momento, promovendo políticas fiscais e monetárias que ampliam o endividamento estatal, o que depois será utilizado como argumento para ampliar as políticas de austeridade. E, ainda sobre o aumento da pandemia neoliberal, os mercados não apontam saídas para as crises sistêmicas, pois fazem parte da reprodução capitalista, ampliando, entretanto, as ações de Estado que se tornam, cada vez mais, autoritárias.

Dialogando com o recente livro de Slobodian, Prado (2020) aponta as ideias do autor quanto à relação entre capitalistas globais e Estados autoritários, para salvaguardar o mercado. “A ‘economia de mercado’ é a denominação ideológica da ‘lógica do capital’, isto é, do processo de realimentação por meio do qual o capital se transforma em mais capital na produção

de mercadorias, por meio da exploração do trabalho assalariado” (PRADO, 2020). Dessa forma, o neoliberalismo, para Slobodian, “não consiste em isolar o sistema econômico, mas em construir uma superestrutura institucional que o defenda de todos aqueles que querem – em sua leitura – progredir mediante a proteção do Estado” (PRADO, 2020). Ao contestar Keynes e Polanyi, ele demonstra que os neoliberais não pretendem um distanciamento do Estado e uma autorregulação pelo mercado.

Pode-se retomar aqui o debate de Mészáros (1998) quando formula sobre a crise estrutural e as formas de remediar “aos poucos” e de adaptar algum modo de controle do metabolismo social que foi sendo construído para “conter graves ‘disfunções’ do sistema” (MÉSZÁROS, 1998, p. 14). Ao longo do século XX, somente foi possível vislumbrar isso em alguns países de capitalismo central em que se “pôde até mesmo celebrar a fase mais obviamente bem-sucedida de expansão do desenvolvimento durante o intervencionismo estatal keynesiano das décadas do pós-guerra” (MÉSZÁROS, 1998, p. 14).

Na mesma direção, Chomsky, quando questionado se o Estado pode retomar seu protagonismo, responde que o “governo tem recursos inesgotáveis, laboratórios maravilhosos, mas não pode fazer isso por causa de uma coisa chamada neoliberalismo” e que temos a pandemia porque “[...] as **grandes empresas farmacêuticas** têm os recursos, os laboratórios, etc. Não fazem isso, no entanto, porque existe algo chamado Capitalismo. O capitalismo exige que você sempre tente aumentar seus lucros” e necessita do Estado para essa garantia (CHOMSKY, 2020).

Diante dessa realidade, há muitos debates no Movimento Sanitário Brasileiro<sup>54</sup> e de medicina social latino-americana que contribuem para a práxis na saúde coletiva. Inclusive, muito se produziu de análises após 30 anos de existência do SUS. Diante do cenário de mais uma pandemia, com a perspectiva de cada vez menores intervalos entre uma e a seguinte, emergem questões centrais para compreender quais são as saídas da classe dominante para as crises e que reflexo possuem na vida e na saúde da classe trabalhadora. Também importa pensar estratégias de defesa de sistemas de saúde universais e públicos, com participação efetiva e radicalização da democracia.

---

<sup>54</sup> Entende-se que a saúde é um campo amplo e mesmo na saúde coletiva, não homogêneo. Para Paim (2020), “o movimento da democratização da saúde, ‘movimento sanitário’ ou ‘movimento da Reforma Sanitária’, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que toma a saúde como referente fundamental, emerge com o CEBES” (PAIM, 2007, p. 150).

Dantas (2019) afirma que “criados, respectivamente, em 1976 e 1979, o Cebes e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) buscavam articular a teoria e a prática política do Movimento Sanitário. Funcionaram, e ainda hoje funcionam, como importantes intelectuais coletivos do campo da Saúde”.

Ou seja, são hegemônicos no campo da saúde coletiva embora haja outros sujeitos coletivos, pautas e compreensões deste processo de luta.

Diante dessa realidade e a partir da conjuntura no Brasil no período pandêmico, Sodré (2020) argumenta que a política do Governo Federal para enfrentamento do coronavírus foi realizada inicialmente em três frentes: o falso dilema entre a economia e a saúde; o protagonismo dos governadores e prefeitos; e a militarização do Ministério da Saúde com preenchimento dos quadros do corpo técnico por militares. Devido a fortes pressões, ao aumento exponencial das mortes e ao colapso sanitário, com críticas nacionais e internacionais ao governo brasileiro, houve mudanças em alguns aspectos. Citamos nesse quesito a ampliação da vacinação. Mesmo convivendo com o negacionismo e a propaganda anti-imunização do grupo presidencial, houve ampliação da vacinação e reorganização do Ministério da Saúde e de suas ações. Cabe lembrar que as formas privatizantes e vários desses elementos da pauta empresarial seguiram e o intuito é abordá-las.

#### **a) O falso dilema entre a economia e a saúde**

Logo no início da pandemia de Covid-19, foi construída, como senso comum, a falsa dicotomia entre saúde e economia, a fim de justificar as dificuldades no cuidado da saúde da população e também a pobreza e dificuldades financeiras que decorrem da relativa paralisação da economia. Tal relação se daria como se a pandemia fosse “a culpada” pelo alto desemprego, pela superexploração do trabalho, pela falta de equipamentos de proteção para trabalhadoras(es) da saúde, pela falta de condições de saneamento da maior parte da população, para citar alguns. Portanto, compreender as determinações sociais que expressam a atualidade da crise sanitária é fundamental para observar as transformações que vêm ocorrendo nos sistemas de saúde do país.

Com a ampliação da crise sanitária decorrente da pandemia, são muitas as políticas que seguem seu curso, porém a situação é alarmante. Viu-se o colapso e desestruturação dos sistemas de saúde, da assistência e previdência, bem como trabalhadoras(es) de saúde sem Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e em condições de trabalho aviltantes. Dois anos depois da deflagração da pandemia, ainda se vê crescendo a cada dia o número de pessoas vitimadas pelo coronavírus, que já atinge a sinistra marca de 650 mil mortos. Também em outras dimensões da vida o colapso salta à vista, como no campo da cultura, da educação, no aumento da fome e do desemprego. E isso não apenas no Brasil:

[...] as autoridades públicas e os sistemas de saúde foram quase todos os lugares pegos

em flagrante. Quarenta anos de neoliberalismo na América do Norte e do Sul e na Europa deixaram o público totalmente exposto e mal preparado para enfrentar uma crise de saúde pública desse tipo, apesar de sustos anteriores da SARS e Ebola fornecerem avisos abundantes e lições convincentes sobre o que seria necessário ser feito. Em muitas partes do suposto mundo "civilizado", os governos locais e as autoridades regionais/estaduais, que invariavelmente formam a linha de frente da defesa em emergências de saúde e segurança pública desse tipo, tinham sido privados de financiamento graças a uma política de austeridade projetada para financiar cortes de impostos e subsídios às empresas e aos ricos. A corporativista Big Pharma tem pouco ou nenhum interesse em pesquisas não remuneradas sobre doenças infecciosas (como toda a classe de vírus corona que é bem conhecida desde a década de 1960). A Big Pharma raramente investe em prevenção. Tem pouco interesse em investir na preparação para uma crise de saúde pública. Adora desenhar curas. Quanto mais doentes somos, mais eles ganham. A prevenção não contribui para o valor do acionista (HARVEY, 2020).

A situação de descontrole da pandemia e piora das condições de saúde da população foi tão explícita que em abril de 2021 um grupo de economistas, banqueiros e empresários produziu uma carta reivindicando políticas públicas de combate à pandemia. O argumento era exatamente que a economia precisava de trabalhadores e trabalhadoras com segurança sanitária. Mais de 500 pessoas assinaram a carta – desde Laura Carvalho e Elena Landau até Pedro Moreira Salles, Roberto Setúbal, Paulo Hartung e Illan Goldfajn (BOLZANI, 2021).

Outra iniciativa pró-vacinação de trabalhadoras(es) empregadas(os) foi coordenada por Luiza Trajano, da Magazine Luiza, junto de outras(os) empresários, que reivindicavam vacinação para seus trabalhadores mediante “doação” ou compra de doses. O que não ocorreu devido a não possibilidade operacional e às reações sociais pela garantia da vacinação através do sistema de saúde, com o argumento da experiência do Plano Nacional de Imunização Brasileiro e outras questões referentes à garantia de acesso equânime.

Essa iniciativa demonstra a relação direta entre economia e saúde, inclusive como necessidade de garantir o mínimo de condições para a reprodução da força de trabalho. Ou seja, o empresariado sentiu os impactos econômicos diante do descontrole da pandemia. Granato e Miranda (2021), analisando as políticas econômicas durante a pandemia, seja para o empresariado, seja para as populações em vulnerabilidade, demonstram que a pandemia acentuou as desigualdades, visto que o Governo seguiu garantindo políticas protecionistas para as classes dominantes. Isso também foi demonstrado com o discurso empresarial “não pode parar”, piorando as relações de trabalho, havendo por outro lado o aprofundamento do desemprego e miséria das classes populares.

Pode-se exemplificar essa relação ao observar o quanto as indústrias farmacêuticas Apsen, EMS, Cristalia e Vitamedic foram beneficiadas pelo governo Bolsonaro, e tiveram seus lucros aumentados na pandemia, por produzirem hidroxicloroquina e ivermectina, que são



medicamentos não comprovados para tratamento da Covid-19. Mesmo sem comprovação, foram amplamente divulgados e defendidos pelo presidente, médicos e apoiadores do Governo. Bortone (2022) expõe as diversas condutas governamentais nesse sentido, quando relata sobre alguns fatos como a orientação de tratamento com hidroxicloroquina, em maio de 2020. Em janeiro de 2021, lançou o aplicativo TrateCov, que permitia o acesso a diagnóstico mediante a informação de alguns sintomas, tendo como orientação a utilização dos medicamentos (kit covid). Outra ação presidencial foram as propagandas, feitas por ele e por seus seguidores, mostrando os medicamentos e orientando seu uso como prevenção. Tudo em função de ampliar as vendas desses medicamentos ineficazes e ampliar os lucros das farmacêuticas. Vemos que

A venda do vermífugo ivermectina saltou de R\$ 44,4 milhões, em 2019, para R\$ 409 milhões no ano seguinte, alta de 821%. Os picos de venda do ivermectina, que pode ser comprado sem receita médica, se concentraram em julho de 2020, quando atingiram R\$ 98 milhões em receita, e em dezembro, totalizando R\$ 107 milhões. Em unidades, o total comercializado foi de 52,3 milhões de caixas em 2020, salto de 539% sobre 2019. No caso da cloroquina e hidroxicloroquina, a receita subiu de R\$ 55 milhões para R\$ 91,6 milhões no mesmo período, uma alta de 67%. As vendas, com retenção de receita, atingiram 2,02 milhões de caixas, alta de 110% (SCARAMUZZO, 2021 *apud* BORTONE, 2022, p. 251).

Alguns médicos e políticos fizeram propaganda dos medicamentos e indicaram para usuários de serviços. Várias *lives* e propagandas foram realizadas. A autora vai demonstrando como essa retórica vai difundindo as visões de mundo desse grupo, de forma a convencer as classes subalternas e construir consensos na massa (BORTONE, 2022, p. 252). Embora as várias fabricantes tenham se beneficiado com isso, as que apareceram nas imagens (presidente segurando a caixinha, falando das marcas) foram vencedoras de venda. Além de outras vantagens, como, por exemplo, quatro empréstimos pelo BNDES com juros baixos para a Apsen. Outra empresa, a EMS (que é associada do Icos), cujo presidente já foi indicado pela Forbes como um dos mais ricos do mundo e já esteve na reunião dos empresários com o presidente, também teve empréstimos garantidos pelo BNDES. Segundo a CPI da Covid-19, esta farmacêutica teve a produção aumentada em quase nove vezes no primeiro ano da pandemia, obtendo lucros exorbitantes. Além disso,

[...] aproveitando do relacionamento próximo com o presidente, a EMS conseguiu a aprovação da Anvisa para conduzir um estudo clínico para o uso da hidroxicloroquina em pacientes voluntários diagnosticados com Covid e com pneumonia moderadas e grave. A pesquisa foi conduzida pela “Coalizão Covid-19 Brasil”, formada pelos hospitais Israelita Albert Einstein, Sírio-Libanês, HCOR, Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento, Beneficência Portuguesa, Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet) e BCRI (BORTONE, 2022, p. 259).

Os outros dois grupos farmacêuticos, Cristalia e Vitamedic, seguem com os benefícios, com escalada de lucros e mediados por pessoas influentes na política, sendo que a última realizou parcerias com médicos<sup>55</sup> para divulgarem o uso do medicamento.

Assim, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS) orienta a necessidade de convergência entre economia e saúde, discorrendo sobre os desafios de políticas sociais e econômicas para o enfrentamento da pandemia do Covid-19. O mesmo não ocorreu com governos, como o brasileiro, nos quais se oportunizaram barganhas e negociações escusas. Ainda fizeram chacotas quanto ao sofrimento das pessoas, o enorme número de mortes e o esgotamento de trabalhadoras(es) que atuavam nas diversas frentes durante a pandemia. Aliado a isso, foi promovida uma política negacionista, anticiência e de falsas informações disseminadas. Todos esses elementos garantiram as ações antidemocráticas do governo, ampliando sua faceta autoritária e seguindo com a condução política para garantia dos lucros.

#### **b) O protagonismo dos governadores e prefeitos diante da pandemia**

Além disso, no Brasil, tivemos inicialmente uma situação política crítica, em que o Governo Federal, sob a batuta do presidente, tratou a pandemia como “gripezinha”, não apresentando prontamente planos de ação contra o avanço do coronavírus nem medidas sociais necessárias para preservar vidas em tempos como esses. Ao longo de toda pandemia, ostentou seu negacionismo, fez piadas sobre as mortes por Covid-19 e ainda promoveu aglomerações e propagandas contra o uso de máscaras.

No âmbito da saúde coletiva, deveriam realizar ações na assistência e cuidado no nível terciário vinculadas às ações da atenção primária, territoriais e de promoção e prevenção à saúde, para que, de fato, o cuidado fosse integrado, com profissionais com condições de trabalho adequadas e estratégias articuladas. Contudo, o projeto governamental para a saúde, que inclui suas ações no âmbito da pandemia, demonstrou intencionalidade política de reorganização no Ministério da Saúde, sem corpo técnico e político para propor ações que poderiam ser realizadas pelo ministério e orientar a população. A pasta federal da saúde deixou

---

<sup>55</sup> Além da parceria do laboratório com “Médicos pela Vida”, analisada anteriormente, a Vitamedic, conforme CPI, financiou vários médicos. Rute Alves Pereira e Costa recebeu R\$ 9.418,00; ela é sócia da Quarter Soluções Científicas e ganhou para divulgar o uso do medicamento como tratamento preventivo. No Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Helen Araújo de Meneses Ramos e Flávio Adsuara Cadegiani auferiram 10 mil reais (BRASIL, 2021 *apud* BORTONE, 2022, p. 262).

a cargo das gestões municipais e estaduais a condução de políticas de enfrentamento à pandemia, indo de encontro aos princípios do SUS (hierarquização, regionalização e descentralização). Alguns estados mantiveram a política de garantia da atenção integral e acesso a cuidados, com transferência de pacientes de onde não havia leitos para outros onde ainda havia, demonstrando o efetivo papel do Sistema Único de Saúde e a solidariedade necessária em situações de emergência sanitária. Outrossim, vale a análise das diferenças regionais existentes, que de certo modo revela um desenvolvimento desigual e combinado no Brasil, onde o Norte e o Sudeste apresentam diferenças no acesso a serviços, na realização de políticas, entre outros.

Ou seja, diante da pandemia no Brasil, as ações e políticas de saúde (tanto na assistência quanto na prevenção, incluindo medidas econômicas e sociais) foram realizadas sob a responsabilidade dos governos estaduais e municipais. O Governo Federal agiu tardiamente na forma de políticas e antecipadamente para beneficiar grupos políticos, seja na compra das vacinas, seja na produção e divulgação da hidroxicloroquina. Dentre estas ações, vale ressaltar que várias delas tomaram formas concretas privilegiando o setor privado, continuando a prática política-organizativa do período anterior. Por outro lado, no Nordeste brasileiro houve a organização do Consórcio Nordeste de enfrentamento à pandemia, com estudos epidemiológicos, orientação de ações, de políticas necessárias e averiguação de resultados, além da tentativa de negociar compra de insumos e vacinas, o que também pressionou o Governo Federal.

Pôde-se averiguar que, diante da realidade de óbitos na pandemia e piora da situação social, com as denúncias contra o Governo e frentes diversas de lutas, as quais apontaram para a urgência de reorganização das estratégias governamentais, uma forte pressão incidiu sobre a esfera federal, causando, inclusive, a mudança de ministro da saúde, reorganização do discurso anti-ciência e compra da vacina, questões que se apresentam ainda na realidade.

**c) A militarização do Ministério da Saúde e a posterior mudança na atuação federal**

No meio da crise sanitária no Brasil, em 2020, o Governo decide trocar de ministro por divergências na condução da pasta, já que era defendido o isolamento vertical, não aceitando a Covid-19 como doença grave. Outro problema eram as ideias e práticas autoritárias e desumanas, como citado anteriormente. Na troca de ministros, Nelson Teich renunciou em poucas semanas, mesmo sendo mais um representante direto do empresariado da saúde. Renunciou ao cargo (maio de 2020) dando indícios de discordâncias quanto ao polêmico uso

da hidroxicloroquina defendido ardentamente pelo presidente (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020). Diante disso, Eduardo Pazzuelo, um militar sem qualquer experiência na área, assumiu a função de ministro interino durante meses (três meses e meio), sendo empossado definitivamente como ministro apenas em meados de setembro, configurando um quadro cada vez maior de militares em cargos na pasta da saúde e no Governo Federal. Nem na logística o ministro conseguiu atuar, visto o que ocorreu no Amazonas pela falta de oxigênio ou no Amapá, com o colapso dos hospitais.

Observa-se, assim, que as medidas de proteção à saúde garantiram o fortalecimento da iniciativa privada através da compra de materiais e serviços. Grande parte do setor privado e filantrópico recebe recursos públicos e fazem pressão para não haver lista única de leitos (MATHIAS; TORRES, 2020) e, embora mantendo e ampliando a relação público-privada, também se acentuam os problemas.

Essa situação política se refletiu no número total de mortos por Covid-19, que chegou a mais de 600 mil ainda em 2021, bem como na forma seletiva em que o atual governo trata a saúde<sup>56</sup>. Até meados de maio de 2020, o ministério da saúde “foi militarizado” (RIBEIRO, 2020). Em sua curta gestão, Nelson Teich agiu para dificultar o acesso aos números da pandemia, o que só se agravou com a gestão de Pazzuelo, quando se deixou de atualizar os dados de morte e modificou-se a forma de notificação. Após meses sem ministro, Marcelo Queiroga assume a gestão do Ministério da Saúde, porém, com a mesma forma de atuação no que tange às negociações com empresas e ao não enfrentamento direto das ideias e divergência com o presidente. Seus únicos diferenciais estão no fato de ser médico e de utilizar sempre argumentos mais técnicos para defender a posição do grupo político aliado ao presidente.

Para Sodré (2020), essa forma de conduzir a saúde pública por militares altera o campo técnico-político, influenciando a forma como as proposições ministeriais abandonaram as medidas de proteção à saúde. Contudo, após dois anos de pandemia, há outras análises que precisam ser atualizadas. O desafio aqui será construí-la com a temática da pesquisa e os processos de mercantilização em curso.

A gestão da pandemia pelo Governo Federal quanto à condução da política de saúde demonstra a continuidade de um projeto privatista, transformando as políticas sociais e a própria institucionalidade. As diversas formas de relação público-privada foram “autorizadas” pelo

---

<sup>56</sup> A Nota Técnica “Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil”, lançada em 2021, demonstra que as ações de implementação de medidas preventivas não farmacológicas reduziram as mortes no país e que “Ações de organização da assistência à saúde na atenção básica, incluindo vigilância epidemiológica, e nos cuidados hospitalares, incluindo profissionais, leitos e equipamentos de UTI, poderiam contribuir para uma redução ainda maior dos óbitos em excesso” (WERNECK *et al.*, 2021, p. 18).

período de emergência, bem como por mudanças legislativas e jurídicas. Houve um ataque aos conselhos participativos e à visibilidade da atuação de instituições filantrópicas e suas retóricas de responsabilidade social. Para seguir com as estratégias de dominação, seguem outros elementos importantes de serem analisados.

### 3.2 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E O ESTADO BRASILEIRO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Vejamos outras ações deste período, quando o mundo vivencia a pandemia de Covid-19 no meio de uma crise estrutural do capital. Explicitam-se aí as desigualdades sociais, as diferenças entre países e governos, mas também o quanto o Estado é importante para salvar bancos e manter os lucros empresariais. Na saúde brasileira não é diferente. Quando pressionado para dar respostas aos problemas de saúde, o Governo Federal cria uma agência privada para gestão da saúde pública, a Adaps (Agência para desenvolvimento da Atenção Privada em Saúde), no dia 20 de março de 2020, pelo decreto nº 10.283. No dia em que o Brasil tem quase mil casos de coronavírus notificados (fora os que não são), o presidente assina o decreto criando a Adaps como um Serviço Social Autônomo: “na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública” (BRASIL, 2020).

Vale ressaltar que a criação da Adaps foi planejada em 2019, quando do lançamento do Programa Médicos pelo Brasil, instituído a partir da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, como resposta à insatisfação de municípios, estados e organizações sociais pela destituição do Programa Mais Médicos. Porém, tanto uma como outra ação não foram ainda implementadas. Isso ocorre com várias ações do governo Bolsonaro: são anunciadas políticas, programas, ações, contudo sem implementação. Isso envolve importantes disputas no que tange aos financiamentos de políticas públicas ou privadas, na reorganização do trabalho e da gestão, bem como na desmobilização das organizações de luta no campo da saúde. Observa-se que as entidades médicas estão compondo o conselho deliberativo e o Programa Médicos pelo Brasil, o que permite a relação com o setor privado para quaisquer ações, desde convênios diretos para assistência até a formação de profissionais.

O Diário Oficial da União publicado no dia 6 de maio de 2020 informa a destinação de dois bilhões de reais para as Santas Casas e hospitais filantrópicos, a serem utilizados para ações

de combate ao coronavírus:

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

A prestação de contas do recurso segue a lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (BRASIL, 2020). Junto de várias medidas provisórias (nº 926, nº 951), essa legislação altera a necessidade de licitações, prazos, contratações, compras etc. Medidas e leis dessa natureza são permitidas em momentos como o que estamos vivendo, que envolve questões de emergência sanitária no mundo. Inclusive, o Conselho Nacional de Saúde reprovou a prestação de contas. Outra Lei, a nº 13.992 de 22 de abril do mesmo ano, “suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A quem servem essas legislações e por que grande parte dos recursos (que ainda são poucos) para a saúde vão para os hospitais filantrópicos?

Pode ser um exemplo importante para análise a pauta do Movimento Sanitário “Leito para todos” no início da pandemia, com várias propostas que convergem na proposição de que é preciso unificar a atenção/assistência à saúde de forma equânime. Seria essa uma forma de mitigação da tamanha desigualdade de acesso da população. Mas são várias as divergências e disputas de como fazê-lo, desde a “compra” ou a requisição de leitos dos hospitais privados, passando pela unificação somente da regulação e pela construção ou não hospitais de campanha, ou somente público ou com parcerias, e foi o que aconteceu. O Conselho Nacional de Saúde, entidades do movimento sanitário, associações e sindicatos construíram a pauta desde fevereiro de 2020, quando se iniciaram as contaminações por SARS-COV 19 no país. Mas, como analisado anteriormente, um dos fatores dificultadores foi o próprio Ministério da Saúde, seu quadro técnico/político/militar e a condução da política de saúde neste momento no Brasil.

O Conselho Nacional de Saúde lançou, no dia 22 de abril de 2020, uma recomendação à Gestão Federal, estaduais e municipais sobre a fila única para atendimento de pessoas com o coronavírus, no sentido de contratar leitos de UTI da rede privada, utilizando-se legalmente da lei 13.979/2020 (CNS, 2020). Alguns estados e municípios conseguiram fazer isso, porém, não foi nem considerado em nível nacional. Parte do setor privado foi contra, utilizando alguns

argumentos: a burocracia estatal é péssima e há ineficiência e corrupção no setor público, o que seriam grandes entraves para o setor privado. Este estaria inteiramente ocupado e não conseguiria responder às demandas relativas à pandemia. Parte do setor também colocou as responsabilidades de atenção/assistência no setor público, propondo o fim da quarentena (hospitalar) com propostas de retorno das cirurgias eletivas e de outras atividades que não estavam sendo realizadas. O presidente do CNSaúde, Breno Monteiro, escreveu no jornal *O Estadão* para rechaçar essa proposta, bem como outras notas públicas de instituições/entidades do Icos. Vale ressaltar dois elementos: primeiro que alguns hospitais foram obrigados pela justiça a garantir os leitos (CANZIAN, 2020); segundo, vale notar o funcionamento das empresas que têm seus trabalhadores infectados e estão mobilizando para atendimento em outros estados, como aconteceu com a Vale, retirando altos funcionários de Carajás – PA e levando para Belo Horizonte – MG (MARQUES, 2020).

Ainda nesta questão, cabe ressaltar que recursos públicos foram utilizados, em vários estados, para contratar leitos, comprar materiais, bem como organizar hospitais de campanha. Todavia, há investigações e denúncias das Organizações Sociais em Saúde (OSs) que cumprem a gestão de serviços públicos, fruto de parcerias público-privadas na saúde. No Rio de Janeiro, através de denúncias do Ministério Público, a Polícia Federal realizou apreensões para averiguar os “desvios de recursos e fraudes em processos de licitação para compra de equipamentos e insumos destinados ao combate à Covid-19 no Rio de Janeiro” (MPF, 2020).

A Nota Técnica lançada por um grupo de pesquisadoras(es) em 2021, demonstrou a relação entre as mortes associadas à Covid-19 em pacientes hospitalizados diferenciando os serviços de saúde público, privado e filantrópico. Quanto à distribuição nas instituições e uso das UTIs e ventilação mecânica,

[...] estabelecimentos públicos deram suporte a quase 50% dos casos que requereram internação, enquanto os outros 50% ficaram divididos, quase que igualmente, entre os privados (24%) e filantrópicos (26%). Entre as internações em estabelecimentos públicos, 26% foram em UTI, nas quais 64,8% dos pacientes receberam ventilação mecânica invasiva (intubação). Em estabelecimentos empresariais a proporção de internação em UTI foi bem maior 40,2% e menor a proporção dos intubados 35,9%. O perfil da rede filantrópica, na qual 35,4% foram internados em UTI e, destes, 49,4% intubados, mostrou-se mais próximo ao da rede empresarial (WERNECK *et al.*, 2021, p. 24).

As(os) autoras(es) argumentam que pelos dados disponíveis não é possível diferenciar o acesso ou qualidade dos cuidados para ventilação mecânica “por natureza jurídica, em função de contratos e convênios entre órgãos executivos com estabelecimentos privados e

filantrópicos”, porém, aponta que “a oferta de leitos em UTI para a maioria da população é menor do que aquela alocada para clientes de planos privados de saúde” (WERNECK *et al.*, 2021, p. 24). Ao analisar outras características, encontraram diferenças como

[...] a heterogeneidade do acesso em termos institucionais (natureza jurídica do estabelecimento) é marcante. Estabelecimentos públicos concentraram a internação de negros, amarelos e indígenas (66,1%) enquanto nos empresariais e filantrópicos predominou o acesso de brancos, com 58,8% e 67,2%, respectivamente. A participação de negros, amarelos e indígenas nas internações na rede pública é praticamente o dobro, quando comparada aos estabelecimentos privados ou filantrópicos (WERNECK *et al.*, 2021, p. 25).

Outro dado importante é a letalidade hospitalar por Covid-19 (UTI e entubados), que “foi maior nos estabelecimentos públicos (42%) do que nos empresariais (28%) e filantrópicos (31%)” (WERNECK *et al.*, 2021, p. 26). As(os) autoras(es) identificam que há uma relação entre a gravidade clínica e a procura por serviços públicos, porém, argumentam as condições estruturais de assistência e a qualidade, nas diferentes redes. Essa realidade reforça a possibilidade de evitar mortes ao longo da pandemia cuja responsabilidade seria dos governos nacionais, não efetivando ações de enfrentamento à pandemia.

Ao contrário de implementar as ações necessárias, o governo brasileiro negociou, para fins de grupo político, a compra de insumos ou materiais de proteção, vacinas e mesmo a produção de medicamentos não eficazes para a doença. Diante disso, após seis meses de pandemia do coronavírus, verifica-se a acentuação das ações estatais que privilegiam o interesse privado na saúde, rearranjos institucionais na saúde, mesmo que ainda por políticas via sistema público de saúde.

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 (SODRÉ, 2020, p. 10).

Outro debate que se abre nesse contexto é a questão do parque industrial da saúde ou o processo produtivo do setor no Brasil. Torna-se fundamental compreender o que está acontecendo neste momento e quais seriam as relações entre os diversos interesses no que diz respeito a quem compõe o complexo industrial em saúde, bem como que lutas foram travadas. Importante trazer a questão, visto que o próprio Icos defende ser representante dos interesses do setor produtivo na saúde.

Gadelha *et al.* (2012, p. 232), relacionando saúde e desenvolvimento, indicam que “a



análise da dinâmica dos interesses mercantis e capitalistas nos espaços sociais e, mais importante, a reflexão de como suas contradições podem ser reguladas fazem parte do processo de compreensão de que desafios ainda precisam ser superados pela saúde no Brasil”, e acrescentam que há uma “centralidade do protagonismo do Estado para orientar e regulamentar os interesses em jogo”. Para isso, defendem que é necessário avançar no aparato do Estado, principalmente em seu “aparato regulatório, à acentuação do uso de seu poder de compra, à adequação de seu modelo de gestão e ao fortalecimento da institucionalização do CEIS [Complexo econômico Industrial da Saúde]” (GADELHA *et al.* 2012, p. 232). Essa análise, no início da década de 2010, apresenta uma proposta de fortalecimento das funções estatais, como regulação (no caso da saúde, cumprida principalmente pela Anvisa) e formas de gestão. Elas garantiriam melhores condições de produção de saúde e desenvolvimento da sociedade. Porém, temos vivenciado outra realidade, mas a crítica persiste. O mesmo grupo pesquisador defende a necessidade de uma base produtiva e industrial forte na saúde, vista pela situação da pandemia, que mostra a dependência brasileira de insumos e equipamentos em saúde (GUIMARÃES, 2020). Contudo, a partir de um levantamento realizado por pesquisadoras na UFRJ, demonstrou-se que

[...] entre 2014 e 2020 (neste ano, os dados são projeções), houve um crescimento de 4,1% do mercado mundial para esses produtos. E a concentração desse mercado também aponta uma curva ascendente: de acordo com os dados, 20 empresas são responsáveis por 50,9% das vendas e a previsão, feita antes da pandemia, era de que em 2020 esse número chegasse a 51,2%. Um exemplo da relação direta desses números com a pandemia no Brasil é que, em sétimo lugar desse ranking de vendas mundiais, está a empresa norte-americana Abbott Laboratories, que era praticamente a única fornecedora de kits de extração automatizada de DNA, necessários para acelerar as análises laboratoriais de amostras por PCR, inclusive de coronavírus. (GUIMARÃES, 2020, online).

Gonzalo Vencina Neto, ex-presidente da Anvisa, defendeu a requisição de leitos do setor privado pelo SUS. Um dos argumentos se relaciona com a não capacidade produtiva do país para montar novas estruturas, com tecnologias de internação e de tratamento em UTI, ou mesmo para fornecer equipamentos de proteção (COLLUCI, 2020). Em um debate ao vivo construído pelo Conselho Nacional de Saúde (em 20/05/2020), Gonzalo argumenta que o Brasil vai ter que enfrentar, pós-Covid, o debate da industrialização, já que transferiu para a China e a Índia a capacidade produtiva de objetos básicos de saúde e segurança sanitária, como máscara, luvas, e outros da indústria química, bem como medicamentos. Exemplificou que em alguns hospitais têm faltado medicamentos necessários para analgesia antes da intubação orotraqueal de pacientes graves, dizendo que faltam esses medicamentos porque a indústria

farmacêutica precisa de insumos produzidos na Índia e China e, naquele momento, estavam proibidas as importações/exportações desse tipo de matéria-prima pelos riscos que contém. Sobre esse debate, Andreazzi (2020) reforça que é preciso analisar com mais cautela as disputas interimperialistas. Por exemplo, o leste asiático era o maior consumidor de materiais como máscara por causa das afecções respiratórias do último período. Então, além de produzir, consumiam. Porém, no que tange à respiradores pulmonares, a China produzia, naquele momento, a metade do número utilizado no mundo, e esta produção poderia estar comprometida pela situação que lá se encontrava. Já sobre os testes diagnósticos “in vitro, que representam um dos mais dinâmicos e maiores segmentos do mercado de produtos médicos, a tecnologia básica se concentra nos monopólios dos países imperialistas ocidentais e a terceirização da montagem também é fato, gerando a dependência dos insumos para os produtores finais” (ANDREAZZI, 2020).

Na saúde global, nestes últimos anos em que aumentaram as epidemias e pandemias envolvendo vírus, muitos países têm aderido, por exemplo, “ao envio de cepas prevalentes de *influenza* para OMS, que oferece as amostras sem custo para empresas farmacêuticas dispostas a fazer vacinas. As empresas posteriormente vendem as vacinas com lucro” (WALLACE, 2020, p. 46). A questão é que nem todas as populações e países podem garantir a produção e compra de vacinas e, portanto, os países negociam em âmbito global.

Isso é confirmado, visto que, ao final de 2021, quando a pandemia já parecia “controlada” e conhecida, com o aumento de casos novamente, já não havia tanto equipamento de proteção disponível. A produção de vacinas também se comprometera devido à não liberação de patentes pela indústria farmacêutica, o que faz com que países pobres e periféricos, ou que não estão na rota do comércio mundial, tenham baixíssima proteção vacinal. Contudo, a partir de novas negociações, foi possível a continuidade de compras de insumos e EPIs. Entretanto, o debate global sobre patentes no caso das vacinas além das questões sobre regulação e organização estatal, principalmente do Conitec e Anvisa, se tornaram centrais na disputa política brasileira.

Seguindo a questão sobre desenvolvimento e saúde, os mesmos autores sanitaristas (GADELHA *et al.*, 2012) elencaram como fundamental para o complexo econômico-industrial da saúde as questões de tecnologia e inovação. Trata-se de um debate fundamental neste momento em que as ações no campo da pesquisa poderiam buscar a vacina ou mesmo a cura para este coronavírus. O foco seria o aporte orçamentário para as universidades e centros de pesquisa, como a FIOCRUZ e outras instituições públicas, para desenvolvimento de pesquisas no que é mais urgente no tocante a vacinas, medicamentos, respiradores. De fato, é nas

universidades públicas que têm sido criadas algumas tecnologias, como os respiradores desenvolvidos na UFPB (2020), porém, há outras iniciativas em destaque, envolvendo os setores público e privado.

Além disso, há a produção de material de orientação, como as notas técnicas que foram para serviços de saúde, estados e municípios. Também foi amplamente divulgado o documento “Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19”, do dia 6 de abril de 2020, pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde. A elaboração desse texto foi feita, entre outros, pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (associação privada, que atua na formação para o SUS – PROADI SUS) e pelo Hospital Sírio Libanês (associação privada, natureza jurídica, conforme CNPJ).

Outra ação envolvendo a Anvisa foi a liberação para a venda de testes de Covid-19 em farmácias. Em princípio, foram liberados para seis laboratórios, abrindo precedentes para a testagem. Entretanto, nenhuma orientação/indicação do que fazer com os resultados foi fornecida. Não se sabia, por exemplo, como os dados iriam integrar-se ao sistema estadual ou nacional. Ou seja, fortalece a lógica de comprar teste, medicamento, exame sem integrar isso aos cuidados e à assistência, relacionando ao que o documento (regimento/estatuto) do Icos (sem data) coloca como “liberdade” de todas(os) cidadãs(ãos) e coparticipação no cuidado à saúde. Uma lógica parecida impera no debate (ampliado e “politizado” não fortuitamente pelo presidente) sobre o uso da hidroxicloroquina em pacientes com Covid-19, sua produção e comercialização, em sua maior parte pelo exército brasileiro, e a relação do uso ou descoberta de um medicamento e as escolhas políticas em relação à economia ou ao isolamento horizontal ou vertical. Vale ressaltar que a hidroxicloroquina foi enviada pelo Ministério da Saúde a municípios brasileiros, e seu uso foi permitido desde que profissional médico(a) e usuário(a) assinem termo de anuência. Segundo Portinari (2020), o Exército teria investido R\$ 1,5 milhão do Ministério da Defesa para a produção desse medicamento e tem estoque para aproximadamente 18 anos. Outras disputas acontecem, seja na Anvisa e no próprio Conitec, por causa das regulações, assim como, em relação aos dados da saúde, principalmente aos números da pandemia. O sistema do SUS ficou fora do ar por dias, demonstrando uma política obscura e negacionista. Retomemos o que foi descrito como proposta do Icos quanto às regulações, ao papel do Conitec e da própria Anvisa, para assim, comprovarmos o quanto as propostas de mudanças não são para melhorar sistemas públicos e sim para ampliar a dominação pelo setor privado.

Das várias pesquisas sobre as vacinas, que estavam em andamento, no Brasil duas delas tiveram liberação inicial. Uma a partir de um convênio entre Universidade de Oxford, a Unifesp

e com a rede D'Or, que envolveu testes com pessoas de várias cidades do Brasil (Agência Brasil, 2020). A outra foi testada em São Paulo, coordenada pelo governo do Estado de São Paulo a partir do convênio firmado entre a empresa chinesa Sinovac e o Instituto Butantan (BBC News, 2020). Ambas as iniciativas envolveram parcerias público-privadas e dependem de avaliação e liberação da Anvisa. Outras vacinas foram negociadas com farmacêuticas e, segundo a própria CPI da Covid (2021), houve atrasos nas liberações ou compras devido a interesses escusos na relação com a Bharat Biotech, empresa indiana, cujo contrato de compra estava superfaturado e foi cancelado. São relações políticas e econômicas que envolvem os países. Nelas a necessidade do Estado se torna imprescindível.

Aliás, a CPI apontou para “possíveis irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamentos, desvio de recursos públicos, assinatura de contratos com empresas de fachada para prestação de serviços genéricos ou fictícios, entre outros ilícitos, se valendo para isso de recursos originados da União Federal” (BRASIL, relatório final, 2021, p. 4). A instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) mostrou todas as absurdas escolhas e ações do presidente, deputados e ministros, porém, pouco foi mudado na condução da pandemia pelo Governo Federal, visto que há problemas semelhantes nas negociações a respeito da vacinação infantil.

No Brasil, portanto, o papel regulatório que a Anvisa cumpre muito interessa às empresas que fabricam insumos, medicamentos e vacinas, às corporações internacionais. Ao mesmo tempo, há disputa entre técnicos/profissionais que são servidores públicos, as corporações e o governo brasileiro, o que tem sido acompanhado mais recentemente sobre a vacinação de crianças e adolescentes.

#### **a) Icos e pandemia**

Ao longo desse período de pandemia, o Icos realizou atividades de debate online, como foi descrito no capítulo 1, seguiu sua mediação junto a demais APHs e focou sua análise e produção pública no debate sobre sistemas de saúde e modelos de pagamento. Com a concorrência se acirrando, as empresas necessitam de alguns refúgios para se manterem, e as ações estatais são fundamentais para isso, como foi visto. Dessa forma, o Icos segue cumprindo seu papel de mobilizador e fomentador das parcerias público-privadas e de defesa da apropriação de recursos públicos pelo setor privado nos sistemas de saúde.

Outros APHs foram criados no período de pandemia. Uma campanha global de grande expressão se consolidou para arrecadar fundos das empresas e doações, criando o “Todos pela

Saúde – uma aliança contra o COVID 19” (TODOS PELA SAÚDE, 2020), iniciativa da Fundação Itaú Social que convoca empresários a fazerem suas doações. Segundo informação que consta em seu site oficial, “somos um grupo de especialistas de diversos setores da saúde sob a liderança de Paulo Chap Chap” (TODOS PELA SAÚDE, 2020). O “Todos pela Saúde” contratou atores e médicos como Dráuzio Varella para fazerem propaganda e orientarem em relação a cuidados, com objetivo de “contribuir para combater a pandemia nas diferentes classes sociais e apoiar as iniciativas da saúde pública” (TODOS PELA SAÚDE, 2020). A iniciativa se firma em quatro pilares: “informar, proteger, cuidar e retomar” (TODOS PELA SAÚDE, 2020). No seu vídeo de apresentação, foca na parceria com o SUS, organizando “as demandas dos Estados para definir e realizar ações prioritárias”. Em síntese, o “Todos pela Saúde” funcionará em quatro etapas:

1. Envio da equipe técnica em cada Estado para trabalhar ao lado dos Secretários Estaduais, Centros de Operação de Emergência e Hospitais;
2. Organização das demandas e envio para análise do núcleo de especialistas;
3. Tomada de decisão pelos especialistas. Os Secretários Estaduais terão visibilidade das aprovações;
4. Aprovação e distribuição dos pedidos com acompanhamento das equipes técnicas alocadas. (TODOS PELA SAÚDE, 2020).

A construção do “Todos pela Saúde” visava garantir uma atuação empresarial tal qual o “Todos pela Educação”, com atuação dos bancos e empresas no ramo da saúde. Porém, o projeto não obteve mesmo êxito, em parte devido à construção histórica na saúde e ao papel do SUS. Mesmo assim, recebeu doações, agregou empresas e tentou tomar a liderança na condução das ações em saúde. Dentre as associadas ao Icos, a Novartis financiou o “Todos pela Saúde” no Brasil. O Hospital Sírio Libanês lançou espaço específico em sua página para publicações sobre a pandemia, destacando a “Coalizão Covid Brasil”. Não à toa, pois Paulo Chap Chap é ligado ao hospital em questão e coordenou as ações do “Todos pela Saúde”. O Hospital Israelita Albert Einstein também foi fomentador e organizador da “Coalizão Covid Brasil”:

Uma coalizão entre o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital do Coração HCor), o Hospital Sírio-Libanês, a BP (Beneficência Portuguesa de São Paulo) e a Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet) em parceria com o Ministério da Saúde (Departamento de Ciência e Tecnologia) e com o apoio da empresa EMS foi lançada, no dia 23 de março de 2020 (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2020).

Seguindo a mesma lógica, no Estado de São Paulo, a gestão construiu um gabinete de crise durante a pandemia, cujo financiamento era do Grupo Empresarial Solidário. Patrícia

Ellen, Secretária de Desenvolvimento Econômico, era também membro do comitê de crise. Ela, por sinal, já lançou livro com o presidente do Icos, Claudio Lottenberg.

Vários APHs do Icos criaram sítios eletrônicos próprios ou abas em seus sites institucionais exclusivamente para tratar da pandemia e de suas pautas que seriam possíveis de avançar. Dasa, por exemplo, fez doação de testes e exames para detecção da doença, assim como ampliou as pesquisas sobre Inteligência Artificial aplicada à medicina. O HIAE organizou um núcleo de inteligência só para pesquisas em relação à Covid, porém, não há muitas informações pelo site. As CMB organizaram notas em defesa da telemedicina e da educação a distância. Várias entidades se colocaram contra a fila única para leitos. Inclusive o então presidente da CNSa, Breno Monteiro, escreveu matéria no jornal *Estadão* defendendo a posição do setor privado sobre fila única para leitos. No campo político, a CNSa escreveu carta desejando boas-vindas ao Teich e reivindicando ao Ministério da Saúde ações para o setor, sobre a telemedicina, inoperabilidade de sistemas de saúde e revisão das tabelas de remuneração.

Além do “Todos pela Saúde”, outros dois APH são fundados em período recente, sendo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), criado por Armínio Fraga e, mais recentemente, o Fórum Inovação em Saúde (FIS), no Rio de Janeiro. A ampliação de institutos e coalizões como o Icos ou o Fórum Inovação da Saúde (FIS 2020), ou mesmo o “Todos pela Saúde”, e sua relação com a condução da política de saúde, transformação do direito e do Estado capitalistas devem ser analisados. “A maioria desses APHs expressam disputas intraclasses dominantes em torno do direcionamento econômico, da definição de políticas públicas e da formação de seus quadros (‘lideranças’)” (FONTES, 2020, p. 19). Torna-se importante para também apreender o movimento de ofertas diferenciadas de serviços de saúde, a ampliação dos planos populares de saúde, de cartões de desconto em serviços de saúde (como Cartão de Todos), nas proposições de redes de clínicas populares como o Dr. Consulta, ou mesmo no campo farmacêutico. Estas diversas expressões do mercado da saúde não estão isoladas e podem nos ajudar a compreender a dinâmica do setor de saúde a partir da agenda.

Esse tipo de iniciativa social dos Aparelhos Privados de Hegemonia (APH), caracterizados por Fontes (2020), já vinha acontecendo há tempos em alguns setores como na educação, com a criação de fundações, institutos e outras formas organizativas que fazem ações sociais, propagandeiam as empresas e ainda intervém, a bons olhos, no sistema público. Conforme a autora,

[...] os APHs empresariais acedem mais facilmente a posições no Estado, inclusive modificando dispositivos legislativos, e dão caráter ‘estatal-legal’ a certas elaborações que, voltadas para áreas particulares, corporativas (no sentido de responderem a alguns setores específicos), tornam-se imposições da generalização de tais interesses, como se fossem interesses de todos.

Não basta, entretanto, tornar-se lei para que as conquistas, inclusive de setores das classes dominantes, sejam efetivadas ou perdurem. Como a competição intercapitalista prossegue, malgrado a existência de monopólios, segmentos defrontam-se permanentemente dentro (e fora do) Estado a outros setores particulares oponentes, com interesses imediatos diversos, embora da mesma classe. Isso sem falar da atuação constante de outras classes sociais, cujas condições reais de existência impulsionam reivindicações de ordens variadas, gerando a constituição de suas próprias modalidades associativas (FONTES, 2020, p. 20).

Diante desse retrato atual, que traz à cena as ações políticas em saúde (e outras políticas sociais) e mesmo as possibilidades do sistema de saúde no enfrentamento à pandemia e às outras crises, faz-se necessário estudos para compreender as disputas existentes no campo da saúde, que limitam ou impedem o acesso à saúde de qualidade, a continuidade da construção do SUS público, ao enfrentamento desta pandemia bem como aos outros problemas de saúde da população. Além disso, há uma predominância no trabalho e gestão em saúde, com seus modos de “fazer” saúde, de cuidados e de práticas, que reproduzem a predominância totalitária do neoliberalismo, podendo refletir sobre isso a partir de Dardot e Laval (2010, p. 2) que apontam que o crescimento do capitalismo vem também como uma “difusão social de um sistema de regras de ação” e que as transformações vêm para adaptar o “Estado e para expandir a lógica do mercado”.

Relembrando os argumentos do Icos nas propostas de mudanças de gestão, organização e pagamento dos serviços de saúde, a responsabilidade é dos sujeitos em cuidar de sua saúde e quase que negociar os preços de planos de saúde ou escolher os serviços que farão parte deles. Como se fosse possível prever os processos de adoecimento ou pior, como se estes fossem uma escolha pessoal. É nesse sentido a predominância neoliberal que os autores tratam. Os argumentos do Icos tornam apenas aparente essa realidade, que é cheia de contradições no que tange a possibilidades de escolha, cuidado e administração das condições de saúde da população.

Outras proposições do Icos, cuja formulação foi publicada sobre os modelos de pagamento, também fazem parte dessa dinâmica e impactam os planos e seguradoras de saúde. Em crítica à realidade da saúde e do SUS, Bahia (2019) retoma a filantropia moderna, que seriam os “seguros, sistemas baseados na oferta pública e os insumos industrializados representaram uma sentença de morte para a remuneração segundo a capacidade de pagamento”. Resultante da tentativa de retomar o crescimento pós-crise da década de 1970, a

autora e pesquisadora desenrola os nós das ofertas de soluções fáceis na saúde. Aborda ainda que a realidade é contraditória, com

[...] subsídios cruzados de doações, pré-pagamentos (contribuições, impostos e mensalidades de planos privados) estimularam a padronização de tabelas de remuneração (que admitem sobretaxas e descontos). Negociações com médicos, hospitais e unidades diagnósticas se baseiam em uma combinação de preços tabelados de procedimentos, isenções fiscais e volume de serviços. Governos e seguradoras pressionam pela redução dos preços, e os prestadores buscam estimular exames e internações, assim como impor tabelas especiais para recuperar e ampliar investimentos. Essa tendência vale para o Brasil, com as devidas adaptações aos significados particulares dos termos filantrópico e lucrativo. Na nossa história, filantropia — como doação de recursos materiais ou tempo para causas sociais e empreendimentos privados, completamente desvinculados do Estado — na área da saúde foi mera idealização (BAHIA, 2019).

Nesse sentido, demonstra que as intervenções estatais aos empreendimentos sem fins lucrativos é que garantem a assistência em saúde, assim como há uma expansão da venda de serviços ao setor público pelos hospitais privados, existindo “oferta de parte da capacidade instalada estatal para os planos privados de saúde”. Há, portanto, um “mosaico institucional”, em que estão público, privado e filantrópico, e que “se estabilizou mediante uso intensivo de energias individuais de lideranças setoriais, articulações políticas e compromissos com demandas profissionais e corporativistas” (BAHIA, 2019). Dessa forma, há um contraste enorme entre o SUS precário e os poucos hospitais filantrópico-privados, “cujos preços são muito superiores aos privados, direcionados quase que exclusivamente aos ricos, funcionários qualificados do Legislativo e Judiciário, famosos e até alguns mal afamados. São estabelecimentos movidos por renúncia fiscal e acelerada incorporação tecnológica que jogam as despesas assistenciais para cima” (BAHIA, 2019). Assim, essa forma filantrópica faz “caridade com dinheiro público” e quer ensinar “gestão para o SUS dos pobres”.

Todas essas tendências configuram o atual momento de reprodução do capitalismo e do papel que o setor da saúde cumpre no processo de acumulação. Isto posto, são necessárias mais pesquisas e debates no intuito de apreender o movimento real e suas contradições. O presente trabalho tentou contribuir com esse esforço a partir do estudo do Instituto Coalizão Saúde – Icos, para compreender o movimento do empresariado da saúde, a relação público-privada, as disputas pelos financiamentos, e outros elementos que estão presentes na realidade do modelo assistencial de saúde no Brasil e nas políticas e sistema de saúde/SUS e que se acentuam neste período de pandemia. Porém, existem vários outros APHs e tornam-se necessárias outras pesquisas e diálogos.

Outrossim, para além da ampliação da mercadorização da saúde e das questões sociais



que se agravaram, o Brasil teve uma condução política de cunho eugenista, com negações à ciência e naturalização da morte, conduzidas pelo presidente Jair Bolsonaro e seu grupo dirigente. Como visto anteriormente, o beneficiamento de empresas farmacêuticas e a abertura de financiamentos a outras, as mudanças legislativas para maiores investimentos para hospitais filantrópicos, a demora na compra de vacinas para tentar negociar o “preço extra” e outras realidades, inclusive abordadas pela CPI da Pandemia, já demonstraram essa conversão da pandemia em um grande negócio. Convém aqui trazer mais um argumento importante desta realidade, qual seja, o projeto político encampado pelo Governo Federal, cuja gestão demonstrou suas formas fascizantes. Cavalcante (2021) sustenta que o projeto de “purificação da vida e normalização da morte” esteve presente em todas as ações do presidente, desde o discurso de que era “só uma gripezinha” ou que “não era coveiro”, à criação de outras verdades, como um caso social que seria realizar o isolamento social ou mesmo a cura por medicamentos não eficazes para Covid-19. Argumenta, portanto, que esse negacionismo foi construído ao mesmo tempo com algumas verdades na sociedade brasileira, o que já foi vivenciado em outras sociedades fascistas e que foi construído em torno de Bolsonaro o papel de autoridade responsável pela purificação da política, da Nação. Na pandemia, portanto, essas (in)verdades anunciadas pelo presidente como a não necessidade do uso de máscaras, a vacina chinesa, o uso do kit Covid etc., reverberam numa realidade de contradições, pois ao mesmo tempo em que havia essa propaganda, o número de mortes aumentava, o sistema de saúde colapsava. Mesmo assim, o presidente segue com um número alto de apoiadores o que para Cavalcante (2021) demonstra a irracionalidade inerente aos fins fascistas. Bem, ainda pode-se lembrar do caso emblemático da Prevent Sênior, que foi citado. Ele demonstra até onde esse projeto eugenista do Governo chegou, utilizando das pesquisas num hospital de pessoas idosas para tentar construir suas verdades, não importando com as mortes produzidas.

Diante disso, pode-se observar que a pandemia está sendo momento de exacerbação das contradições sociais. Contudo, as saídas seguem garantindo o aumento de lucros exorbitantes para poucos e a miséria e a barbárie para muitos.

A realidade vivenciada na pandemia coloca o desafio urgente de transformações estruturais para a garantia dos direitos à saúde, em sua concepção ampliada, bem como das lutas necessárias contra as formas de privatização e mercantilização no setor saúde. Trata-se da justa defesa das políticas sociais universais e estatais, com participação popular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações público-privadas estão cada vez mais presentes no contexto das políticas públicas no Brasil. Elas se apresentam, também, na filantropização e nos discursos de defesa de direitos, configurando as diversas formas de mercadorização da saúde. Têm-se ampliado os Aparelhos Privados de Hegemonia, de caráter empresarial, na construção de consensos e na assunção do universal como particular. Estudar como esses aparelhos se configuram e atuam na realidade da saúde brasileira contribui para compreender estratégias de dominação de classe e desvendar a essência do capitalismo contemporâneo, a partir das formas que este assume.

Portanto, a perspectiva de aprofundar a análise sobre a forma organizativa e agenda do Instituto Coalizão Saúde na realidade brasileira, a partir das categorias evidenciadas, visava dialogar com os desafios da luta em saúde no contexto de dominação do empresariado, discutindo as formas privadas (que por vezes caracterizam-se filantrópicas) que se apresentam como saídas para as crises. Porém tais “saídas” ocorrem com aporte importante do dinheiro público, garantido pelo Direito e pelo Estado, que também expressam o projeto da classe dominante.

Neste contexto, o estudo do Instituto Coalizão Saúde a partir das mudanças legislativas/políticas na relação público-privada e das proposições para formação e organização dos serviços no SUS, entre 2015 e 2020, procurou demonstrar o interesse privatista das medidas implementadas, ou que estão em fase de implementação, além de escrutinar possíveis tendências político-econômicas do Estado brasileiro na relação com empresas, corporações e governos na dinâmica do capitalismo neoliberal, com uma tendência autoritária e privatizante.

O Icos se apresenta como representante da cadeia produtiva do setor da saúde, dispondo proposições para melhorar o sistema de saúde do Brasil, através da ampliação das relações público-privadas. A caracterização do Icos permitiu desvendar a sua composição, que é formada pela indústria de medicamentos, equipamentos ou insumos farmacêuticos; grupos de medicina diagnóstica; planos de saúde; hospitais privados e filantrópicos; centros de ensino e pesquisa; empresas de tecnologia e comunicação.

Os intelectuais orgânicos que atuam nessas associadas tiveram formação em universidades públicas e privadas, com trajetória predominante no setor privado. Muitos deles com atuação em empresas transnacionais. O presidente e vice-presidente do Instituto atuam no setor privado e público-privado, respectivamente, e demonstram perfis diferentes de atuação social e política. O primeiro, médico e empresário bem-sucedido, moralmente reconhecido, atua como porta-voz e mediador na construção das relações público-privadas e da formação. Já o

segundo, pesquisador e professor da USP, já foi secretário de saúde de São Paulo e associado às empresas de diagnóstico, defende a ciência e a tecnologia. Os outros representam as associadas do Icos e circulam no meio empresarial e público.

O período em que o Icos é fundado demonstra que seus prepostos são articulados e fazem parte do mesmo projeto de grupos políticos que já atuavam no campo da saúde, agindo na Sociedade Civil e Política para garantir legislações ou políticas que efetivassem a ampliação do setor privado. Em 2015, a abertura da saúde ao capital estrangeiro é parte dessa realidade. Pode-se lembrar que o mesmo grupo político atuou no golpe em 2016. A atividade do Icos se amplia no período em que Temer estava como presidente, continuando através da agenda no governo seguinte, mas não com espaços garantidos no Estado restrito. É nesse contexto que o Icos faz parte. Ele propõe sua agenda, cumprindo papel de **construção** de uma coesão interna ao empresariado, fortalecendo sua participação no Estado restrito e garantindo o convencimento na Sociedade Civil quanto às relações público privadas.

É nesse ínterim que se ressalta a relação consistente do Icos com a Fiesp, seja com a ocupação de cargos, seja com algumas das propostas que corroboram com as suas pautas econômicas e políticas. Além disso, houve organização de eventos e atividades junto e com temáticas convergentes com o setor, seja com o CDDP ou outras organizações próximas. Ainda assim, as relações com KPMG, fundações e empresas internacionais, além de alguns intelectuais orgânicos trabalharem nas entidades cuja atuação se dá com o capital financeiro, demonstram que o setor da saúde brasileiro está cada vez mais com capital financeirizado. A representação dos interesses imperialistas nessa área apresenta-se através dos vínculos mantidos pelos intelectuais orgânicos, o que garante uma circulação e integração internacional. Muitos representantes desses APHs já foram ministros da economia, são conhecidos pela conformação de pautas privatizantes e de garantia de financiamentos públicos para o setor privado.

A organização e a agenda do Icos vão ao encontro das principais pautas empresariais no setor de saúde e das mudanças em curso no sistema de saúde brasileiro, bem como nas mudanças estruturais do país. A elaboração da agenda aponta para a legitimação de ideias, práticas e cultura no Brasil, de forma a criar consenso sobre a atuação privada. Há uma busca por justificar as intermediações entre Estado e iniciativas privadas, através de pesquisas, cargos em instituições, regulamentação, dentre outros. Ao mesmo tempo, imputam a ideologia neoliberal como forma dominante das relações sociais, em que há a individualização dos cuidados e do acesso a serviços. Outra visão almejada é a redução do conceito de saúde à assistência, a partir do modelo biomédico.

As transformações do mundo do trabalho, que se expressam pela realidade de trabalhadoras(es) da saúde, cada vez mais sendo CNPJ ou com trabalhos *just in time*, além das condições precárias, evidenciados com a pandemia, são acentuadas com as reformas realizadas e com as proposições para busca de acumulação. No período de transformações profundas advindas da crise do capitalismo, reconfiguram a organização de serviços e as práticas de saúde, justificando inclusive as relações entre capital e trabalho. Entretanto, a proposta de reunir a cadeia produtiva do setor, embora anunciada de forma representativa, demonstra a necessidade de garantir seus espaços e recursos públicos para que os grupos empresariais enfrentem a concorrência e garantam maior acumulação, que se dá de diversas formas na atualidade. Isso também se deu com as reformas trabalhista e da previdência e teve impacto com a Emenda Constitucional nº 95.

Outro elemento importante desta dissertação foi compreender a dinâmica capitalista, com os pilares que a sustentam, que integram as diversas dimensões da vida e, conseqüentemente, compreender determinadas práticas de saúde. A garantia de algum cuidado em saúde é necessária, no capitalismo, para a reprodução da força de trabalho, porém, quando a maior parte das trabalhadoras e dos trabalhadores estão desempregadas(os) e com pouquíssimos direitos garantidos, as condições de saúde e vida se tornam ainda piores. Essas ações e práticas estão entranhadas na forma de ser e cuidar na modernidade. Portanto, é uma contradição do próprio modo de produção, e, portanto, torna a saúde um setor econômico para acumulação. As mudanças nos processos de trabalho, com o uso de tecnologias ou com as desregulamentações dos direitos e das novas formas de gestão e participação em saúde, pretendem garantir a mais-valia. A centralização de capitais, por meio de fusões e aquisições, são fruto dessa dinâmica. No capitalismo contemporâneo, a propriedade do conhecimento ou o direito sobre a propriedade são formas de acumulação. Reforça-se a tese de Donnangelo (1976) de que a medicina/saúde contribui para a valorização do valor. Sua dominação ainda se dá pelas formas empresariais, desde a medicina de grupo, naquele momento caracterizada, até as formas filantrópicas e privadas, que se configuram atualmente.

O acesso a recursos públicos, a formulação de políticas, a gestão de serviços e a apropriação dos dados em saúde são proposições e formas de ampliar as possibilidades de acumulação. O Estado como representante das classes dominantes apresenta-se de forma integral, a partir de Gramsci, com esta atuação empresarial na Sociedade Política e na Sociedade Civil. Na saúde pública brasileira, mesmo com a construção de um sistema único de saúde universal e público, são várias as formas de participação do setor privado ou filantrópico. Essa contradição demonstra como a atuação e ampliação do setor privado subverte o caráter público

e universal. Ou melhor, como Aparelhos Privados de Hegemonia possuem o papel de representar os interesses da classe dominante, transformando seus interesses corporativos em universais e criando formas de garantir sua dominação com as classes subalternas, algo que consolida sua hegemonia.

Nesse sentido, o sistema de saúde é impactado com mudanças em suas gestões. Com administração direta ou indireta, vários formatos vão assumindo as relações entre empresas e Estado restrito, como, por exemplo, na compra de serviços e mesmo nas mudanças do processo de trabalho decorrentes das transformações do capitalismo contemporâneo. Elas impactam também o setor privado da saúde, sejam nos planos, sejam nas seguradoras, sejam nos hospitais e nos serviços que, por sua vez, pressionam de diversas formas o Estado e/ou entre si mesmas. Nesse cenário, as políticas sociais acabam cada vez mais focalizadas, garantidas somente mediante uma carteira de ações cujos benefícios são para assegurar o mínimo para a sobrevivência da classe trabalhadora, apesar de grande parte estar vivendo sob a barbárie.

A crise do capital, como vimos, cria crises dos sistemas de saúde públicos estatais, o que se acentuou com a pandemia da Covid-19. Contudo, há estratégias diversas para construir as saídas e a perspectiva da conciliação se mostra como sedutora. As contradições vivenciadas pelas classes dominantes, assim como suas saídas para as crises, são parte da dinâmica do modo de produção capitalista. Na saúde, por exemplo, as propostas dos planos populares e modernização, como forma de manter a transferência de valor ao setor privado, convivem com o aumento de serviços particulares de saúde, bem como as sucessivas crises que advém dessa realidade de concorrência e concentração de capitais, diferenciando nos países centrais ou periféricos.

Ao longo da pesquisa, foram-se evidenciando as formas de atuação do empresariado e suas pautas, a partir da análise do Instituto Coalizão Saúde. Diante da realidade ampla que é a organização de serviços de saúde, com hospitais de luxo de grandes redes particulares convivendo ao mesmo tempo com serviços públicos geridos por organizações sociais em várias cidades, ou ainda a não cobertura em outras regiões do país, há uma certa dinâmica na organização da saúde que integra esse complexo econômico industrial, na relação público e privada, nacional e/ou internacional, e toda essa interligação. Isto posto, ao analisar o Instituto Coalizão Saúde relacionando-o com as mudanças no setor de saúde e realizar a discussão sobre a mercantilização da saúde, as relações público-privadas, o Estado e as políticas sociais em nosso tempo, foi necessário e fundante a compreensão do capitalismo contemporâneo e seus movimentos.

Foi realizada uma caracterização do Instituto Coalizão Saúde, com as divergências de

análise sobre sua formação e papel no empresariado da saúde. Também foi feita uma análise do Icos na relação com as políticas públicas e realidade do sistema de saúde no Brasil para compreender o papel que cumpriu no período entre 2015 e 2020, sendo configurado como Aparelho Privado de Hegemonia. Por isso, sugerem-se outras pesquisas e maior aprofundamento teórico sobre algumas das questões apresentadas ao longo da dissertação, e que parecem ser muito atuais, como o uso de dados em saúde, a regulação com suas instituições governamentais, a formação e pesquisa empresarial nas instituições e serviços públicos. As formas que o capital assume na saúde sob a predominância do capital financeirizado é uma temática que precisa ser aprofundada e necessita de outras diversas pesquisas. Foi relevante entender as formas associativas do empresariado e as relações que estabelecem. Contudo, esse tipo de estudo ainda é desafiador na saúde.

Há, portanto, a necessidade política de seguir construindo conhecimento e aprofundamento teórico que se expressam pelos estudos referentes à essa temática. Vivencia-se um contexto de ampliação das mercantilizações ou mercadorização no campo da saúde e educação. Elas parecem se acentuar, sendo perceptíveis nas disputas que existem, mesmo no enfrentamento de uma pandemia.

A pesquisa acerca do Instituto Coalizão Saúde contribuiu para compreender de que forma as classes dirigentes se organizam e constroem proposições, como elas procuram reivindicar sua inserção ou captação das ações públicas de saúde, bem como quais tendências político-econômicas o Estado brasileiro exerce na relação com empresas, corporações e governos na dinâmica do capitalismo contemporâneo. Os Aparelhos Privados de Hegemonia assumem uma perspectiva de educação e/ou organização das classes dirigentes, ou mesmo das classes subalternas, na dinâmica da luta de classes. E encontram-se diversos intelectuais orgânicos que assumem a posição dominante. Eles, no caso em questão, mantêm vínculos e reproduzem o circuito internacional dos interesses imperialistas na área da saúde no Brasil, cumprindo seu papel de articulação e mediação com o setor público.

A realidade do sistema de saúde brasileiro durante a pandemia de Covid-19 explicitou as profundas iniquidades em saúde existentes, acentuadas pelas políticas privatizantes e pela mercadorização da saúde, diante de uma crise do capital que se aprofunda e da realidade de barbárie que vivenciamos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIMED. Associação Brasileira de Indústria de Ata e Tecnologia de Produtos para a Saúde. Disponível em: <https://abimed.org.br/>. Acesso em: 29 abr. 2018.

ABIMO. Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios. Disponível em: <https://abimo.org.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

ABRAMED. Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica. Disponível em: <http://abramed.org.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

ABRAMGE. Associação Brasileira de Planos de Saúde. Disponível em: <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/>. Acesso em: 1 maio 2020.

A FILANTROPIA como negócio. **Exame**. Publicado em 09 jan. 2017. Disponível em: <https://exame.com/brasil/a-filantropia-como-negocio/>. Acesso em: 1 out. 2020.

AGÊNCIA BRASIL. **Covid-19**: nas últimas 24h, registra mais de 30 mil novos casos. Publicado em 05 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/covid-19-nas-ultimas-24h-brasil-registra-mais-de-30-mil-novos-casos>. Acesso em: 14 jun. 2020.

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Caderno de Saúde Pública**. Nº 33, 2017.

ANDREAZZI, M. de F. S. O coronavírus no meio das disputas interimperialistas. **A nova democracia**. Publicado em 15 de mai. de 2020. Disponível em: <https://anovademocracia.com.br/noticias/13450-o-coronavirus-no-meio-das-disputas-interimperialistas>. Acesso em: 18 maio 2020.

ANVISA. **Diretoria Colegiada**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/diretoria-colegiada>. Acesso em: 18 maio 2020.

ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/institucional>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 nov. 2020.

BAHIA, L. Saúde só para ricos no Brasil. **Jornal O Globo**. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/saude-so-para-ricos-no-brasil-23675084>. Acesso em: 11 mar. 2022.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: Interpretações e fatos. **Saúde em Debate** [on-line], v. 42, n. spe3, p. 158-171, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Relatórios sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo na Saúde. 1993. Disponível em:  
<http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/1005/1/Relat%C3%B3rio%20sobre%20o%20Desenvolvimento%20Mundial%201993-%20investindo%20na%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BBC News. **Coronavírus**: como funcionam as duas vacinas contra COVID-19 que serão testadas em brasileiros. Publicado em 12 de jun. de 2020. Disponível em:  
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53027318>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BEHRING, E. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes (org.). **Marxismo, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018. p. 39-72.

BIHR, A. França: pela socialização do aparato de saúde. *In*: DAVIS, M. *et al.* **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

BdF. Brasil de Fato. **Com escândalos de corrupção e atrasos, hospitais de campanha têm nova gestão no RJ**, Rio de Janeiro, 1 jun. 2020. Disponível em:  
<https://www.brasildefatorj.com.br/2020/06/01/com-escandalos-de-corrupcao-e-atrasos-hospitais-de-campanha-tem-nova-gestao-no-rj>. Acesso em: 2 fev. 2022.

BORTONE, E. de A. O governo Jair Bolsonaro e os empresários da indústria farmacêutica. **Revista Marx e o Marxismo – Revista do Niep**, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 246-270, 2021.

BRAGA, I. F. **Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 178 p.

BRASIL. **Lei Nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 7 de fevereiro de 2020. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/L13979compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979compilado.htm). Acesso em: 12 mai. 2020

BRASIL. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; [...]. Brasília, 20 janeiro de 2015. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm). Acesso em: 9 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MEC, 1986.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Presidência da República, Brasília, 16 de dezembro de 2016. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 18 maio 2020.



BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Presidência da República, Brasília, 14 de julho de 2017. Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm). Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm). Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. **Resolução RDC Nº 304. 2019, de 17 de setembro de 2019**. Brasília, 18 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. Brasília, 21 de março de 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm). Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Portaria nº 1.393, de 21 de maio de 2020. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Publicado em: 22/05/2020, Edição: 97, Seção: 1, Página: 151.

BRASIL. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Brasília, 28 de novembro de 2009. Revogado pela Lei Complementar nº 187, de 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm). Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Publicada em 13/11/2019, Edição: 220, Seção: 1, Página: 97.

BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. **Libertas**, v. 19, n. 2, p. 421-436, 2019.

CANZIAN, F. Justiça faz confisco de leitos e rede privada teme desorganização com fila única para coronavírus. **Folha de São Paulo**. Publicado em 04 maio 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/justica-faz-confiscos-de-leitos-e-rede-privada-teme-desorganizacao-com-fila-unica-para-coronavirus.shtml>. Acesso em: 14 maio 2020.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 121-142.

CAVALCANTE, S. M. A condução neofascista da pandemia de Covid-19 no Brasil: da purificação da vida à normalização da morte. **Calidoscópio**, São Leopoldo, v. 19, n. 1, p. 4-

17, 2021. DOI: 10.4013/cld.2021.191.01. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/22745>. Acesso em: 8 mar. 2022.

CERRI, G. G. The challenges of health care in Brazil. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 95, n. spe1, p. 60-62, 2016. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v95ispe1p60-62. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/119544>. Acesso em: 8 mar. 2022.

CGU. **Portal da Transparência**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/download-de-dados>. Acesso em: 18 nov. 2019.

CHAMAYOU, G. **A sociedade ingovernável: uma genealogia do liberalismo autoritário**. Tradução Letícia Mei. São Paulo: Ubu Editora, 2020. 432p.

CHESNAIS, F. El curso actual del capitalismo y las perspectivas para la sociedade humana civilizada. **America Latina em movimento**. Publicada em 09/08/2016. Disponível em: <https://www.alainet.org/es/articulo/179394>. Acesso em: 18 nov. 2019.

CHOMSKY, N. [Entrevista concedida a] Bernarda Llorente. 15 Setembro 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/602842-estamos-em-meio-a-uma-confluencia-de-criises-existenciais-entrevista-com-noam-chomsky>. Acesso em: 15 set. 2020.

CNPJ Services. **Informações sobre CNPJ**. [on-line]. Disponível em: <https://cnpj.services/23470303000173/instituto-coalizacao-saude>. Acesso em: 16 abr. 2020.

CNSa. Confederação Nacional de Saúde. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/>. Acesso em: 1 maio 2020.

CNS. Ministério da Saúde. **Leitos de UTI da rede privada devem obedecer fila única do SUS frente a pandemia**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1135-leitos-de-uti-da-rede-privada-devem-obedecer-fila-unica-do-sus-frente-a-pandemia-recomenda-cns>. Acesso em: 1 jul. 2020.

CNS. Ministério da Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC95**. Publicado em 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-cao-da-ec-95-2016>. Acesso em: 18 maio 2020.

CNS. Ministério da Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](https://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html). Acesso em: 24 jun. 2020.

CNS. Ministério da Saúde. **Histórico**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>. Acesso em: 16 set. 2020.

COLLUCI, Claudia. Sanitarista Gonzalo Vecina Neto defende fila única de leitos do SUS e da rede privada. **Folha de São Paulo**. Publicado em 05 de mai. de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/sanitarista-gonzalo-vecina-neto-defende-fila-unica-de-leitos-do-sus-e-da-rede-privada.shtml>. Acesso em: 15 maio 2020.

COLOMBI, A.P. F.; MELLO, G. M. C. Covid 19 e o agravamento da pandemia neoliberal.

**Grupo de Conjuntura da UFES.** Disponível em: <https://blog.ufes.br/grupodeconjunturaufes/2020/04/13/covid-19-e-o-agravamento-da-pandemia-neoliberal/>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CORDEIRO, H. A medicina de grupo e o complexo médico-industrial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 22-37, set. 1983. ISSN 1982-3134. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10658/9655>. Acesso em: 28 out. 2020.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. Transformações do sistema de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 7, p. 2147-2158, 2018.

DANTAS, A. “Controle Social” e Estratégia Democrático Popular: notas para um balanço histórico. In: IASI, Mauro; FIGUEIREDO, Isabel Mansur; NEVES, Vitor. **A estratégia democrático-popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas Anticapital, 2019.

DARDOT, P.; LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. **Revue Cités**, nº 41, 2010.

DASA. Diagnósticos da América AS. Disponível em: <https://dasa.com.br/>. Acesso em: 1 maio 2020.

DAVIS, M. A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. In: DAVIS, M. *et al.* **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Boletim de conjuntura**. Número 24, set/out, 2020.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. Livraria Pioneira Editora: São Paulo, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

EBC. Marco regulatório para agrotóxicos é publicado no DOU. 2019. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-07/marco-regulatorio-para-agrotoxicos-e-publicado-no-dou>. Acesso em: 18 maio 2020.

EMPINOTTI, V.; CORTEZ, R. S.; FERRARA, L. N. Coronavírus e segurança hídrica: é preciso acesso universal à água. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/br-cidades/coronavirus-e-seguranca-hidrica-e-preciso-acesso-universal-a-agua/>. Acesso em: 9 jun. 2020.

FATTORELLI, M. L.; ÁVILA, R.; MULLER, R. Gastos com dívida Pública cresceram 33% em 2020. Auditoria Cidadã. Disponível em: [Gráfico-Orçamento-2020-Privilegio-dos-gastos-com-a-Dívida-Pública-e-a-necessidade-de-Auditoria-VERSAO-FINAL.pdf](#) (auditoriacidada.org.br) Acesso em: 25 fev. 2022.

FBH. Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em: <http://fbh.com.br/>. Acesso em: 1 maio 2020.

FFM. Fundação Faculdade de Medicina. Disponível em: <http://www.ffmpeg.br/>. Acesso em: 3 maio 2020.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Revista SAÚDE & DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1127-1137, out-dez, 2015.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 25-57.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação Social da Saúde e Política. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. [Rio de Janeiro]: Cebes, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde). ISBN 978-85-88422-13-1. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/determinacao-social-saude-reforma-sanitaria>. Acesso em: 12 set. 2020.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de uma interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

FONTES, V. A Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. *In*: LIMA, J.C.F.; NEVES, L.M.W. (org.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 201-239.

FONTES, V. Capitalismo filantrópico? – múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia empresariais. **Marx e o Marxismo**, [S.l.], v. 8, n. 14, jan./jun. 2020.

FOSTER, J. B. A ruptura metabólica de Marx foi a primeira análise a delinear uma visão global da crise ecológica sistêmica. [Tradução de Pamela Penha]. **Diário Liberdade**, 2017. Disponível em: <https://gz.diarioliberalidade.org/mundo/item/180441-john-bellamy-foster-a-ruptura-metabolica-de-marx-foi-a-primeira-analise-a-delinear-uma-visao-global-da-crise-ecologica-sistemica.html>. Acesso em: 4 jun. 2020.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 2. ed. Col. Os Economistas. (Cap. I e II, p. 17-41).

GABBI, T. V. B. A saúde é um direito ou uma mercadoria? **Mises Brasil**. 2015. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2248>. Acesso em: 14 jul. 2019.

GADELHA, C.A.G; MALDONADO, J.; VARGAS, M.; BARBOSA, P. R.; SILVEIRA, C.L. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde**: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GADELHA, C.A.G; MALDONADO, J.M.S.V.; COSTA, L.S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.;

CARVALHO, A.I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 209-37.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, v. 2, p. 521-535, 2003.

GADELHA, P.; CARNEIRO, F. F. Zika, microcefalia, saneamento ambiental e o princípio da precaução. **Portal Fiocruz**. Publicado em: 05/04/2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/artigo-zika-microcefalia-saneamento-ambiental-e-o-principio-da-precaucao>. Acesso em: 4 jun. 2020.

GIOVANELLA, L. Palestra proferida no Seminário. “**Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID 19**”. 5 de junho de 2020. 02h08m19s. Disponível em: <https://youtu.be/aWy-DHuOjKA>. Acesso em: 5 jun. 2020.

GOVERNO BRASIL. **Banco central anuncia conjunto de medidas que liberam R\$1,2 trilhão para a economia**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2020/03/banco-central-anuncia-conjunto-de-medidas-que-liberam-r-1-2-trilhao-para-a-economia>). Acesso em: 18 maio 2018.

GOVERNO BRASIL. **Governo do Brasil libera R\$ 9,4 bilhões para combate ao coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46651-governo-do-brasil-libera-r-9-4-bilhoes-para-combate-ao-coronavirus>. Acesso em: 18 maio 2020.

GRUPO FLEURY. Disponível em: <http://www.grupofleury.com.br/SitePages/Home.aspx>. Acesso em: 3 maio 2020.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. *In*: DAVIS, M. *et al.* **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

HOVELER, R. C. O conceito de aparelho privado de hegemonia e seus usos para a pesquisa histórica. **Revista Práxis e Hegemonia Popular**, [S.l.], ano 4, n. 5, p. 145-159, ago/dez. 2019.

HOPPE, Hans-Hermann. **Quatro medidas para melhorar o sistema de saúde**, 2009. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=105>. Acesso em: 14 jul. 2019.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROADI SUS. **O que é o PROADI-SUS**. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa#como-sao-construidos-os-projetos>. Acesso em: 23 out. 2020.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Coalizão COVID Brasil inicia estudos com medicamentos contra o novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/imprensa/press-release/coalizacao-covid-brasil>. Acesso em: 14 set. 2020.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Disponível em: <https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx>.

Acesso em: 1 maio 2020.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Disponível em:  
<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/Paginas/nova-home.aspx>. Acesso em: 3 maio 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. Disponível em: <http://icos.org.br/quem-somos/apresentacao/>. Acesso em: 01 set. 2018.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro**. [Internet]. 2016. Disponível em: [http://icos.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/Coalizao\\_Brochura.pdf](http://icos.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf). Acesso em: 22 ago. 2018.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde [Internet]**. 2017. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Resumo Executivo 2016**. [Internet]. 2016. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorioICOS2016\\_net-1.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorioICOS2016_net-1.pdf). Acesso em: 22 ago. 2018.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Resumo Executivo 2019**. [Internet]. 2019. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2020/04/resumoICOS2019\\_book-V12.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2020/04/resumoICOS2019_book-V12.pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Resumo Executivo 2017**. [Internet]. 2017. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/resumoICOS2017\\_novo\\_baixa-1.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/resumoICOS2017_novo_baixa-1.pdf). Acesso em: 9 mar. 2022.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Estatuto Social**. [Internet], 2015. Disponível em: [http://icos3.tempsite.ws/wp-content/uploads/2016/04/Estatuto\\_Coalizao\\_Saude\\_30\\_06\\_2015.pdf](http://icos3.tempsite.ws/wp-content/uploads/2016/04/Estatuto_Coalizao_Saude_30_06_2015.pdf). Sem data. Acesso em 23 de abril de 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Fala do Presidente do ICOS – Dr. Cláudio Lottenberg**. YouTube, 07 jul. 2020, 01m03s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=19wYf7KkD8I&t=4s> . Acesso em: 12 nov. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Painel Digital ICOS – Governança e Gestão no pós-pandemia: como será o sistema de saúde no futuro?** YouTube, 07 jul. 2020, 1h:18m10s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fWR-8-d-DwY> . Acesso em: 12 nov. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Painel Digital ICOS – O impacto da pandemia na adoção de modelos de pagamento baseados em valor**. YouTube, 26 ago. 2020, 1h:31m50s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8x4Szl54Hfw&t=6s> . Acesso em: 23 nov. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Liderança, medicina e judaísmo: uma caminhada**. YouTube, 05 set. 2020, 1h:17m02s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5LCKgIoV9wc> . Acesso em: 25 nov. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Painel Digital ICOS – Projeto redução do custo Brasil – Impactos no setor de saúde**. YouTube, 20 out. 2020, 1h:31m25s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LFg0uYWzmaQ> . Acesso em: 26 nov. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Live com Cláudio Lottenberg e Oscar Schmidt**. YouTube, 26 nov. 2020, 1h:12m45s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1aPvwHRhR1I>. Acesso em: 15 dez. 2020.

ICOS. Instituto Coalizão Saúde. **Parcerias público-privadas: uma estratégia para maior eficiência e sustentabilidade do sistema?** YouTube, 14 dez. 2020, 1h:04m50s. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=2OPbv\\_vo1ng](https://www.youtube.com/watch?v=2OPbv_vo1ng). Acesso em: 11 mar. 2021.

IHU. Zizek: O nascimento de um novo comunismo. **Outras palavras**. Publicado 09/04/2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/zizek-o-nascimento-de-um-novo-comunismo/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

INTERFARMA. **Nova norma da Anvisa provoca mudanças para medicamentos e movimenta a logística farmacêutica**. Publicado em 05/11/2019. Disponível em: <https://guiadafarmacia.com.br/norma-da-anvisa-provoca-mudancas-na-logistica-de-medicamentos-e-movimenta-o-mundo-farmacutico/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GRANATO, N. C.; MIRANDA, E. S. Pandemia, empresariado e o aprofundamento das desigualdades sociais no Brasil. **Revista NEP - Núcleo de Estudos Paranaenses**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 34-48, jun. 202.

KREIN, J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva Consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 30, n. 1, 2017.

MARQUES, J. V. Vale transfere para BH funcionários de cidade paraense muito afetada pela COVID 19. **Estado de Minas**. Publicado em 08 de mai. de 2020. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/05/08/interna\\_gerais,1145735/vale-transfere-para-bh-funcionarios-de-cidade-muito-afetada-pela-covid.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/05/08/interna_gerais,1145735/vale-transfere-para-bh-funcionarios-de-cidade-muito-afetada-pela-covid.shtml). Acesso em: 14 maio 2020.

MARQUES, R. M. O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 7-21, jul./dez., 2015.

MARQUES, R. M. Permanência e ruptura na proteção social brasileira no período recente. **Argumentum**, v. 11, n. 1, 130-145, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v11i1.23131>

MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. Brasil: as alterações institucionais no período recente e o novo governo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, e36288, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.36288>

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Livro 2. Volume I. Editora Bertrand Brasil: Rio de Janeiro, 1994.

MATHIAS, M.; TORRES, R. O compromisso do ministro com a Saúde Privada. **Outras palavras**. Publicado em: 07/5/2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/fila-unica-de-leitos-o-assunto-delicado-para-teich-e-urgente-para-a-populacao/>. Acesso em: 10 maio 2020.

MELLO, P. C. Governo libera patente de remédio para hepatite C de americana e trava genérico mais barato. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 de setembro de 2018. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/09/governo-libera-remedio-para-hepatite-c-de->

americana-e-trava-generico-mais-barato.shtml. Acesso em: 22 set. 2018.

MELLO, G.; BRAGA, H.; SABADINI, M. de S. Acumulação de capital, crise e mercado de trabalho no Brasil contemporâneo. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 15-35, apr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802019000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 out. 2020.

MENDES, Á. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. *In*: BRAVO, M. I. *et al.* **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

MELO, A. Anvisa vê mercado de medicamentos no 5º lugar em até 3 anos. **Valor Econômico**, 14/04/2018. Disponível em: <https://www.valor.com.br/empresas/5451823/anvisa-ve-mercado-brasileiro-de-medicamentos-no-5-lugar-em-ate-3-anos>. Acesso em: 02 set. 2018.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320p.

MERHY, E. E. **Vida e Resistência frente a COVID-19**. Palestra proferida na TV Rede Unida. 01h22m18s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qY5GB32dOLU>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MERHY, E. E. **Capitalismo e Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. Editora REDE UNIDA: São Paulo, 2014.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. 1998. p 7-15. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MOLINA, C.; TOBAR, F. ¿Qué significa Neoliberalismo en salud?. **RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas [en línea]**, v. 12, n. 12, p. 65-73. 2018. ISSN: 2250-5555. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553557482007>. Acesso em: 13 jun. 2020.

MORAIS, H. M. M. de; OLIVEIRA, R. S. de; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4479-4488, dez. 2019.

MOTA, A. E. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. *In*: BOSCHETTI, I. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018. p. 167-185.

MPF. Procuradoria Geral da República. **Covid-19: MPF e PF buscam provas de fraudes e desvios em recursos destinados a hospitais de campanha no Rio de Janeiro**. Publicado em 26 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/covid-19-mpf-e-pf-buscam-provas-de-fraudes-e-desvios-em-recursos-destinados-a-hospitais-de-campanha-no-rio-de-janeiro>. Acesso em: 12 set. 2020.

MURAKAWA, F.; SCHUCH, M. Governo Oficializa entrada de 4 militares no Ministério da Saúde. **Valor Econômico**, publicado em 06/05/2020. Disponível em:



<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/06/governo-oficializa-entrada-de-4-militares-no-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2020.

NAKATANI, P. Estado e acumulação do capital. Discussão sobre a teoria da derivação. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 5, n. 8, 1987.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. Cap. 1, p. 19-81.

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. [Rio de Janeiro]: Cebes, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde). ISBN 978-85-88422-13-1. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/determinacao-social-saude-reforma-sanitaria>. Acesso em: 12 set. 2020.

NOVARTIS. Disponível em: <https://www.novartis.com.br/>. Acesso em: 3 maio 2020.

OPAS/OMS. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**.

Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 4 jun. 2020.

PACHECO, A. As Mulheres, o COVID 19 e o Confinamento Social: será a casa o lugar mais seguro para as mulheres? **CRESS-AL**, publicado em 10/04/2020. Disponível em: <http://www.cress16.org.br/noticias/as-mulheres-o-covid-19-e-o-confinamento-social-sera-a-casa-o-lugar-mais-seguro-para-as-mulheres>. Acesso em: 11 abr. 2020.

PASHUKANIS, E. **A teoria geral do direito e o marxismo e ensaios escolhidos** (1921-1929). SP: Editora Sundermann, 2017. (Coleção Ideias Baratas)

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PASSOS, H. R.; BARBOSA, I. S.; OLIVEIRA, J. V. De bruxas a heroínas: profissionais da enfermagem seguem na luta por seus direitos. **Brasil de fato**, publicado em 20 de maio de 2020. Disponível em: [https://www.brasildefatomg.com.br/2020/05/20/de-bruxas-a-heroinas-profissionais-da-enfermagem-seguem-na-luta-por-seus-direitos?fbclid=IwAR1uK-9X2w2uis9EZXS162DT02AYMoUu2Slvixou1\\_pqXivTUoai7FoIN4w](https://www.brasildefatomg.com.br/2020/05/20/de-bruxas-a-heroinas-profissionais-da-enfermagem-seguem-na-luta-por-seus-direitos?fbclid=IwAR1uK-9X2w2uis9EZXS162DT02AYMoUu2Slvixou1_pqXivTUoai7FoIN4w). Acesso em: 9 jun. 2020.

PAULANI, L. Acumulação e rentismo: resgatando a teoria da renda de Marx para pensar o capitalismo contemporâneo. **Revista de Economia Política**, [S.l.], v. 36, n. 3 (144), p. 514-535, julho/setembro 2016.

PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. **Uma ponte para o futuro**. Fundação Ulysses Guimarães: Brasília, 2015.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PORTINARI, N. Exército Brasileiro tem estoque de cloroquina por 18 anos. **Extra**, 26/06/2020. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/exercito-brasileiro-tem->

estoque-de-cloroquina-para-18-anos-rv1-1-24500378.html. Acesso em: 15 set. 2020.

PRADO, E. **Do vôo da galinha ao vôo do peru**. 2021. Disponível em: <https://www.insurgencia.org/blog/eleuterio-prado-brasil-o-voou-da-galinha-ao-voou-do-peru>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PRADO, E. **Rumo ao mercado total?** Parte 1, 2019a. Disponível em: <https://eleuterioprado.blog/2019/01/15/rumo-ao-mercado-total-primeira-parte/>. Acesso em: 5 ago. 2019.

PRADO, E. **Rumo ao mercado total?** Parte 2, 2019b. Disponível em: <https://eleuterioprado.blog/2019/01/25/rumo-ao-mercado-total-segunda-parte/> Acesso em 05 de ago. de 2019.

PRADO, E. **Subiu no poleiro, voou mais alto e despencou**. 2017. Disponível em <https://ihu.unisinos.br/186-noticias/noticias-2017/570539-subiu-no-poleiro-voou-mais-alto-e-despencou>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PRONKO, M.; FONTES, V. H. Hegemonia. In: CALDART, R. S. *et al.* (org.). **Dicionário da Educação no Campo**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2012. p. 389-395.

QUALIREDE. Disponível em: <https://qualirede.com.br/>. Acesso em: 3 maio 2020.

REIS, V. **Sus do B**. ABRASCO, 29 jan. 2019, artigo de Lígia Bahia em O Globo. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/sus-do-b-por-ligia-bahia/39281/>. Acesso em: 21 out. 2021.

RIBEIRO, W. Em pandemia, ministro da saúde demite técnicos e nomeia militares. **ICTQ**. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/politica-farmaceutica/1517-em-pandemia-ministro-da-saude-demite-tecnicos-e-nomeia-militares>. Acesso em: 14 maio 2020.

SAÍDA de Nelson Teich do Ministério da Saúde repercute entre deputados. Agência Câmara de Notícias. **Câmara dos Deputados**. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/662085-saida-de-nelson-teich-do-ministerio-da-saude-repercute-entre-deputados>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SAKKIS, A. CNI. Mudanças no sistema de propriedade intelectual melhorarão ambiente de inovação, avalia CNI. **Agência de Notícias CNI**. Publicado em 12/04/2017. Disponível em: <https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/leis-e-normas/mudancas-no-sistema-de-propriedade-intelectual-melhorarao-ambiente-de-inovacao-avalia-cni/>. Acesso em: 18 maio 2020.

SANTOS, J. A. **A política de saúde brasileira no contexto do estado capitalista**: uma análise do programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (PROADI). Texto de qualificação da tese de doutorado. São Paulo: USP, 2018.

SANTOS, V. M. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. **Reforma Sanitária e contrarreforma da saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

SENADO. **Lei 13. 840/2019, de 5 de junho de 2019**. Brasília, 6 de junho de 2019.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/30990050>. Acesso em: 18 maio 2020.

SETOR SAÚDE. **Fusões, aquisições e verticalização: as novas tendências no mercado da saúde**. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/fusoes-aquisicoes-e-verticalizacao-as-novas-tendencias-no-mercado-da-saude/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SHIVA, V. Vandana denuncia Gates e filantropismo-imperialismo. **Outras palavras**. Publicado 29/09/2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/mercadovsdemocracia/vandana-denuncia-gates-e-o-filantropismo-imperialismo/>. Acesso em: 1 out. 2020

SILVA, Adriana Ilha. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum**. Vitória, v. 10, n.1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

SODRÉ, F. 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.

COUTINHO, G. “Reforma” trabalhista em tempos de golpes e golpismos contra a classe trabalhadora. *In*: SOUTO MAIOR, J. L. **“Reforma” trabalhista em tempos de golpes e golpismos contra a classe trabalhadora**, 2017. Disponível em: [jorgesoutomaior.com](http://jorgesoutomaior.com). Acesso em: 20 jan. 2021.

SUDRÉ, L. Mesmo com pandemia, governo Bolsonaro já liberou 150 novos agrotóxicos este ano. **Brasil de fato**. Publicado 13 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/13/mesmo-com-pandemia-governo-bolsonaro-ja-liberou-150-novos-agrotoxicos-este-ano>. Acesso em: 18 maio 2020.

TODOS PELA SAÚDE. Disponível em: <https://www.todospelasaude.org/>. Acesso em: 12 maio 2020.

TODOS PELA SAÚDE. Vídeo de apresentação. **Quem somos**. 1m22s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aXPhXfGHjbM&feature=youtu.be>. Acesso em: 12 maio 2020.

UNIMED. **Apresentação das práticas de APS no estado de SP**. 2019. Disponível em: [http://www2.unimed.coop.br/nacional/br/convencao/2019/APRESENTACOES/02\\_10/FESP\\_APS\\_CONAU\\_2019\\_final.pdf](http://www2.unimed.coop.br/nacional/br/convencao/2019/APRESENTACOES/02_10/FESP_APS_CONAU_2019_final.pdf). Acesso em: 13 nov. 2020.

VIRI, N. Conheça Cláudio Lottenberg, o sucessor de Edson Bueno na Amil. **Brazil jornal**. Publicado em 14/12/2016. Disponível em: <https://braziljournal.com/conheca-claudio-lottenberg-o-sucessor-de-edson-bueno-na-amil>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VON MISES, L. **Uma crítica ao intervencionismo**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

WALLACE, R. **Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência**. Tradução de Allan Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Editora Elefante & Igrá Kniga, 2020.



## ANEXOS

## ANEXO A – TABELA: EVENTOS COM PARTICIPAÇÃO DO ICOS, DESCRITOS NOS RESUMOS EXECUTIVOS

2016	<p>Parceria com Hospital Albert Einstein no 3º Fórum de Líderes do Setor Saúde  XI Convenção Brasileira de Hospitais  26º Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos  46ª Convenção Nacional da UNIMED  Encontro Setorial de saúde  4º CONAHP</p>
2017	<p>Saúde Business Fórum – Foz do Iguaçu – Tema central: Value-Based Healthcare.  3º Fórum de Saúde Suplementar, promovido pela FENASAÚDE. Tema: encontrar soluções: é hora de agir.  HIS – Healthcare Innovation Show. Participação em painéis: Qual a importância do Big Data em saúde: visão integrada do setor público e privado – Edson Amaro; Quais os segredos para implementar um modelo de remuneração Baseado em Valor – Fabrício Campolina.  20º Congresso da UNIDAS – Foz do Iguaçu. Participação de Cerri; Michel Korstee (Holanda e os modelos de custo em saúde) e com mediação do jornalista Augusto Nunes.  5º Congresso Nacional de Hospitais Privados, SP. Cerri, sobre as tecnologias no setor privado.  Jornada de Inovação e Competitividade da Indústria de SC, Cerri.  Debate Ethicon Talks, SP. Evento da J&amp;J. Campolina, Scheibe, Mediação de Ricardo Amorim.  VI Congresso Brasileiro da FENAESS – Denise Eloi</p>
2018	<p>5º Fórum “A saúde do Brasil”, promovido pela Folha de SP na FGV SP. Participam Lottemberg, Denise, Bruno Sobral – consultor da FBH, Simone Sanches Freire – diretora de fiscalização da ANS. Mesa: Saúde suplementar e a busca por um consenso</p> <p>II Seminário INOVA Saúde – Federação das Indústrias do CE. Denise – sobre Modelo sustentável de saúde/sistema de remuneração baseada em valor.</p> <p>Show Business com Sandra Racy na TV Bandeirantes.</p> <p>Exame Fórum Saúde, BSB. Lidia Abdalla – Sabin; Denise; Adriano Caldas – presidente da J&amp;J Medical Devices; Leandro Fonseca – Presidente ANVISA.</p> <p>23º Congresso ABRAMGE e 14º Congresso SINOG. Integração dos Stake holders: indústria e produtos para a saúde. Fabrício Campolina, apresentando a NT ICOS sobre Modelos de Pagamento baseados em valor.</p> <p>Homenagem do SINDHOSP a Lottemberg. Câmara Municipal de SP. Participação de Paulo Framge – vereador e cardiologista mineiro, Luiz Ferrari – presidente do SINDHOSP.</p> <p>3º Fórum Internacional de Lideranças de Saúde – FILIS. ABRAMED, SP. Participaram Claudia Cohn ABRAMED; Cerri; Jarbas Barbosa – diretor PAHO; Pedro Bueno – Dasa; Rodrigo Aguiar – diretor ANS; Ruy Baumer – FIESP; Conrdo Cavalcanti – ABRAMED.</p> <p>Forum de Segurança e Privacidade de Dados Pessoais e seus impactos no Setor Saúde. ICOS + OPTUM, SP. Cerri, Patrícia Ellen – OPTUM; Debate acerca da Lei Geral de Proteção de Dados. JULHO – Senado aprova Lei de Proteção DP (PLC 53/2018) proíbe a</p>

	<p>venda do chamado perfil médico dos pacientes. Ramon Alberto dos Santos – advogado especialista em tecnologia. Claudia Cohn ABRAMED.</p> <p>Conferência da Qualirede – Denise.</p> <p>Invest In Brazil Healthcare. APEX Brasil.</p>
2019	<p>HealthCare Business 2019 – Fórum de Saúde Suplementar Participam: Lottemberg, Denise, ANS, FENASAÚDE, José Cechin IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), Paulo Chap Chap (HSL)</p> <p>III Congresso de Saúde Pública do MP SP</p> <p>II Fórum ABRAIDI SP – Cerri</p> <p>Evento Cooperativo J&amp;J - Denise</p> <p>Fórum de Saúde Business – BA – Lottemberg e Denise (140 lideranças do setor)</p> <p>XXXVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia DF- ANS + ICOS – Fabrício Campolina</p> <p>Ethicon Talks – BA - J&amp;J + CBEXs (120 lideranças de saúde do estado. Participam: Francisco BAlestrin CBEXs e Denise</p> <p>4º Fórum para Gestores da Saúde Suplementar, Bogotá -Colômbia. Rogério Scarel – ANS, Anderson Mendes – UNIDAS, Marcos Novais – ABRAMGE, Luiz Felipe Guimarães – UNIMED POA, Denise Eloi.</p> <p>5º Fórum Latino Americano de qualidade e segurança na saúde. Lottemberg, Denise, lideranças da J&amp;J</p> <p>Associação Paulista de Medicina – Denise Eloi</p> <p>22º Congresso da UNIDAS, SP – Denise, Emmanuel Lacerda SESI</p> <p>Saúde Summit 2019 – PB – Denise</p> <p>4º FILIS ABRAMED SP</p> <p>3º Congresso Brasileiro de Auditoria em Saúde – ABEA – CE</p> <p>Welcome Saúde 2019, SP. Cerri</p> <p>CONAHP 2019 – realização da ANAHP. Participam Lottemberg e Cerri</p>

Fonte: Elaboração própria a partir dos Resumos Executivos anuais do ICOS.

## ANEXO B – TABELA: ENTIDADES DE RELAÇÃO COM O ICOS

ENTIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	COMPOSIÇÃO
CDPP – Centro de Debate de Políticas Públicas	Economia e políticas públicas. Sem fins lucrativos, independentes e apartidários.	Samuel Pessoa, Marcos Lederman, Illan Goldfajn, Armínio Fraga, Affonso Pastore, Pedro Moreira Salles, Henrique Meirelles, Mario Mesquita, Pedro Malan dentre outros. <a href="https://cdpp.org.br/pt/">https://cdpp.org.br/pt/</a>
IEPS Instituto de Estudos para Políticas de Saúde	Foco na formação e na gestão. Pessoa jurídica de direito privado. Até então o recurso é garantido pelo próprio, não aceitando recursos públicos e com “100% de financiamento privado filantrópico”. “objetivo é contribuir para o aprimoramento das políticas públicas do setor de saúde no Brasil”. Eixos de atuação: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produção de pesquisa científica</li> <li>2. Formulação de propostas de políticas públicas</li> <li>3. Fortalecimento da gestão pública</li> <li>4. Promoção de uma cultura de saúde</li> </ol>	Criado por Armínio Fraga em 2019. Conselho Consultivo multidisciplinar, não remunerado, cujos membros desenvolvem trabalhos em distintos âmbitos do setor: Drauzio Varella, Guilherme Frering, João Biehl, Lígia Bahia, Márcia Castro, Paulo ChapChap e Paulo Hartung. A instituição é dirigida pelo cientista político Miguel Lago, apoiado pelos economistas Rudi Rocha (Coordenador de Pesquisa) e Rodrigo Fiães (Diretor Administrativo-Financeiro).
FIS Fórum Inovação em Saúde	Criado por Josier Vilar, no Rio de Janeiro O Fórum Inovação Saúde é um evento com grande poder de decisão, realizado por profissionais nacionais e internacionais que estão moldando o futuro do setor da Saúde no Brasil. Ao participar desse encontro, você se conecta com decisores que debatem importantes temas da atualidade e tem a oportunidade de viver experiências inovadoras que proporcionam aprendizado e resultado direto no seu dia a dia profissional. Além disso, ao final do encontro, é produzido um documento formal com propostas concretas que serão encaminhadas de forma aos formuladores e gestores das políticas de saúde nacional.	Parcerias: Amil (inclusive lançaram um premio Edson Godoy Bueno); Astrazeneca, FENASAUDE, Roche, Sodexo, ABRAMED, ANAHP, ABRAMGE RJ/ES, bradesco saúde, Dasa, Grupo Fleury, MAtErDei, Rede D’Or São Luiz, Sabin, e outros. Apoio institucional: Coalizão Saúde, FEHOSUL, FEHOESP, FEMERJ, ABCIS, SINDUSFARMA, Associação Brasileira de Startups da saúde, FBH, CNSaude, CBEX, e muitos outros. MV (solução digital)

	Participe do Fórum Inovação Saúde e caminhe ao lado do grupo de lideranças que está levando o Brasil para um futuro de inovação e o Rio de Janeiro para uma posição de destaque em âmbito nacional.	
ABIIS – Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde	A ABIIS – Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde nasceu em 2011 apoiada por entidades interessadas em produzir e difundir conhecimento e propostas ligados ao ambiente social, econômico e normativo próprio para o florescimento da inovação em Saúde no Brasil. Somos formuladores de propostas para aprimoramento de políticas públicas em saúde de uma maneira ampla e sustentável para o Estado e a sociedade.	O presidente do Conselho, Bruno Boldrin Bezerra (atual diretor executivo da ABRAIDI). vice-presidente do Conselho, Carlos Eduardo Gouvêa,(CBDL) o diretor, Sérgio Madeira, o diretor executivo, José Márcio Cerqueira Gomes, e o consultor jurídico, Pedro Fonseca.
Instituto Ética Saúde	Promover a cultura ética empresarial e a ação social responsável e participativa, entre os agentes do segmento saúde, para gerar ambientes de concorrência justos e transparentes e contribuir para uma sociedade mais ética. Firmam acordos com instituições governamentais. Combate à corrupção; Instituto de autoregulação como nos EUA, Colômbia, Japão...	ABRAIDI + Instituto ETHOS, a partir da ABRAIDI em 2014. Conselho Consultivo: ABRAIDI, Instituto Ethos, ABIIS, ABIMED, ABIMO, ABRAMED, AMB, ANAHP, AUDIF, cbdl, CBEXS, FEHOESP, FEHOSP, IBROSS, IBSP, Interfarma, Observatório Social do Brasil, SBC, SBCC, SBCEC, SBHCI, SBMF, SBOT.
ASAP - Aliança para a saúde populacional	Entidade sem fins econômicos, criada em 2012, para desenvolver o conceito de Gestão de Saúde Populacional (GSP) no Brasil, através de ações proativas e responsáveis.	Presidente: Ricardo Ramos da Health Tech; Diretorias: Fábio Gonçalves, Vera Cruz; Bruno Ganen, Sabin Medicina Diagnóstica; Eduardo Marques Grupo Fleury; Fabio Miranda Daher, Bradesco Saúde; e vários outros tendo empresas associadas também. Como Grupo Fleury, Unimed, HIAE, Sabin SulAmerica etc.
Instituto Ethos	O <b>Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social</b> é uma Oscip cuja missão é mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade justa e sustentável.	São várias empresas associadas, desde Americanas (lojas), edp, até Ifood, JBS, AsQ, Shell etc. As que estão no instituto para que tenham o selo da Responsabilidade Social.



	<p>Criado em 1998 por um grupo de empresários e executivos da iniciativa privada, o Instituto Ethos é um polo de organização de conhecimento, troca de experiências e desenvolvimento de ferramentas para auxiliar as empresas a analisar suas práticas de gestão e aprofundar seu compromisso com a responsabilidade social e o desenvolvimento sustentável.</p>	
--	---	--

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos das entidades, disponíveis em seus sítios eletrônicos.

ANEXO C – RELAÇÃO DAS ASSOCIADAS ATUALMENTE, SEGUNDO A PÁGINA DO ICOS (FEVEREIRO DE 2021) E COM FONTES DE INFORMAÇÕES DE SEUS RESPECTIVOS SÍTIOS ELETRÔNICOS.

INTEGRANTES DO ICOS	ÁREA DE ATUAÇÃO
<i>Indústria de medicamentos e/ou insumos/equipamentos de saúde</i>	
<p><b>ABIMO</b> – Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios</p> <p><b>SINAEMO</b> - Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos, Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo</p>	<p>ABIMO - Fundada em 1962, com 25 fabricantes de produtos médicos hospitalares. Objetivo de fortalecer, organizar e regulamentar o segmento.</p> <p>SINAEMO – Fundado em 1971 para representar as indústrias do setor do estado de São Paulo. Trabalha em parceria com ABIMO, FIESP e CIESP. <a href="https://abimo.org.br/">https://abimo.org.br/</a> Representação nacional e internacional.</p>
<p><b>ABRAIDI</b> - Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde</p>	<p>Fundada em 1992 para representar e defender os interesses no setor de importação e distribuição de produtos para a saúde. Sede em São Paulo a partir de 2001. Formada por mais de 300 empresas que fabricam, importam e distribuem produtos, equipamentos, aparelhos, materiais, dispositivos implantáveis e outros. Faz parte, como membro da diretoria, da ABIIS – Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde, do ICOS, da Coalizão Interamericana de Ética no Setor de Dispositivos Médicos e do Conselho Consultivo do Instituto Ética e Saúde. <a href="https://abraidi.com.br/">https://abraidi.com.br/</a></p>
<b>EMS</b>	<p>Fundada em 1964 e teve a primeira fábrica instalada em São Bernardo do Campo (SP). Com capital 100% nacional, a EMS desponta no mercado farmacêutico brasileiro, pertencente ao Grupo NC, um dos maiores conglomerados brasileiros. Atua no segmento de genéricos e com laboratórios prescritivos A EMS conta com a competência de um Comitê Consultivo Científico formado, entre outros, por representantes do Incor, do Inbracer, do Instituto de Física da USP de São Carlos (SP), da Federal de Santa Catarina, da Fiocruz, do Hospital do Rim, da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Presidente: Luiz Borgonovi</p>
<b>INTERFARMA</b>	<p>Composta por <a href="#">laboratórios</a> nacionais e internacionais de pesquisa e uma start up, mas pesquisadores nacionais, instituições, fundações, universidades, institutos e até mesmo pessoas físicas podem se associar.</p> <p>A <b>INTERFARMA</b> é composta por um Conselho Diretor que conta com 16 General Managers das empresas associadas, dos quais seis fazem parte do Comitê de Gestão, grupo responsável por auxiliar nas decisões e em adequar as atividades ao sistema de governança da Entidade. A <b>INTERFARMA</b> conta ainda com o Conselho Fiscal formado por profissionais indicados pelas associadas e com uma equipe executiva responsável pela</p>

	<p>execução do plano estratégico definido ao longo do ano pelo Conselho Diretor.</p> <p>Estao representadas em seu conselho diretor a Abbott, ABbvie, Roche, Pfizer, Sanofi dentre outras.</p> <p><b>Presidência Executiva:</b> Elizabeth de Carvalhaes</p>
<b>JOHNSON &amp; JOHNSON</b>	<p>A Johnson &amp; Johnson do Brasil iniciou suas atividades em 1933, em São Paulo. À época, a companhia tinha como principal objetivo suprir o mercado brasileiro com produtos de uso hospitalar e doméstico. Empresa de 5 mil colaboradores; 4 escritórios regionais de vendas; 3 centros de distribuição; 910 mil m2 de parque industrial, sendo 700 mil m2 de área verde e 11 fábricas localizadas em São José dos Campos (SP), o maior complexo industrial da Johnson &amp; Jonhson no mundo.</p> <p>O site não diz das pessoas, dos cargos.</p>
<b>SANOFI</b>	<p>Multinacional farmacêutica francesa. Trabalha com produtos de saúde, medicamentos isentos de prescrição, vacinas etc.</p> <p>No Brasil, alianças médicas e científicas, projetos colaborativos com universidades, apoio à pesquisa clínica e parcerias público-privadas para o desenvolvimento de medicamentos, terapias e vacinas relevantes para a população.</p> <p>Desenvolve pesquisas e relações de produção de medicamentos para algumas doenças específicas, por exemplo, a <b>fábrica de Suzano</b>, no Brasil, é fornecedora mundial de medicamento para o tratamento da Leishmaniose; parceria realizada com foco no desenvolvimento de tratamento para <b>Malária</b>.</p>
<b>NOVARTIS</b>	<p>A Novartis foi criada em 1996 através da fusão da Ciba-Geigy e da Sandoz. Especializada em produtos farmacêuticos.</p> <p>Com sede na Suíça. Está no Brasil há mais de 85 anos. No mundo todo, são 121 mil colaboradores. Possuem em desenvolvimento e comercialização de medicamentos inovadores em mais de 150 países.</p>
<b>PFIZER</b>	<p>Presente no Brasil desde 1952. Possui 1.600 funcionários e mantém sua sede na cidade de São Paulo. Possui uma fábrica em Itapevi.</p> <p>Está presente em 152 mercados ao redor do mundo.</p> <p>Diversificação do setor farmacêutico.</p> <p>Iniciou em 1849, em Nova Yorque, pelos primos Charles Pfizer e Charles Erhart com produção de insumos para medicamentos.</p>
<b><i>Serviços/Medicina diagnóstica/análises clínicas</i></b>	
<b>ABRAMED – Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica</b>	<p>Fundada em 2010. “A Abramed tornou-se a voz de seus associados nos diálogos com instituições públicas, governamentais e regulatórias, expressando a visão e os anseios do setor sobre assuntos relacionados a saúde e a adoção de políticas e medidas que considerem a importância da medicina diagnóstica para os cuidados da população brasileira. A Abramed ainda traduz sua representatividade através da parceria com a comunidade científica e demais entidades envolvidas com o setor e também no diálogo com a sociedade civil.</p>

	<p>Seus associados, juntos, respondem por mais de 60% de todos os exames realizados pela saúde suplementar no país.”</p> <p>Fazem parte de seu conselho de administração: Grupo Fleury, HSL, Dasa (Claudia Cohn), HIAE, Grupo Sabin (Lidia Abdalla) dentre outros...</p>
<b>DASA</b>	<p>Empresa de médicos que atua com Medicina diagnóstica. Início em 1961 com a fundação da Map (Médicos Associados em Patologia Clínica), foram integrando em outros grupos até que, em 1999, integram ao laboratório Lavoisier e, com 14 clínicas em SP, passam a se denominar Dasa. Outros laboratórios vão se integrando ao longo dos anos.</p> <p>Em 2004, abertura do capital na BOVESPA.</p> <p>Em 2004, ganham licitação no Governo do RJ para atuar com tomografia computadorizada móvel. Em 2009, entram para o Dasa o Dr Giovanni Guido Cerri (Conselho de Administração) e Renato Mendonça (Diretoria Executiva). Em 2010, entram para a ABRAMED. Em 2018 a Dasa contava com 30 laboratórios e mais de 700 unidades em todo o país.</p> <p>Presidente: Pedro de Godoy Bueno</p>
<b>GRUPO FLEURY</b>	<p>Inicia com laboratório de Análises Clínicas em São Paulo em 1926. Em 2009, abertura do capital na BM&amp;IBOVESPA.</p> <p>Integração do Labs D’Or em 2012.</p> <p>2016 a marca Fleury Medicina e Saúde dá origem ao Grupo Fleury.</p> <p>2018 - Grupo Fleury passa a integrar o índice IBOVESPA. Aquisição de 100% do capital social do Instituto de Radiologia de Natal Ltda no Rio Grande do Norte e aquisição da Santécorp Holding Ltda. Lançamento da Atenção Primária, Infusão de Imunobiológicos e Day Clinic.</p> <p>O <b>Grupo Fleury</b> possui aproximadamente 216 unidades de atendimento das marcas Fleury Medicina e Saúde, a+ Medicina Diagnóstica, Laboratório Weinmann, Labs a+, Clínica Felipe Mattoso, Diagnoson a+, Weinmann Serdil, Instituto de Radiologia, Campana, Cedire, Centro de Patologia Clínica, Diagmax, LAFE, Inlab, Papaiz e SantéCorp.</p> <p>Presidente – Marcio Pinheiro Mendes Vários Octavio de Lazari Junior...</p>
<b>GRUPO SABIN</b>	<p>Fundado em 1984 por Janete Vaz e Sandra Soares Costa. O grupo está presente nas cinco regiões do país com cerca de 300 pontos de atendimento e conta com um amplo portfólio de produtos e serviços nas áreas de diagnóstico por imagem, vacinação, análises clínicas e check-up executivo.</p> <p>Presidente Executiva Lidia Abdalla.</p>
<b><i>Planos de Saúde</i></b>	
<b>AMIL</b>	<p>A Amil faz parte do UnitedHealth Group, empresa do setor de saúde, com sede nos Estados Unidos.</p>

	<p>Ofertam Planos Médicos e Odontológicos em quase 130 países. Criada em 1978, no Rio de Janeiro, como Amil Assistência Médica. A partir de 1995 inicia o processo de internacionalização, atendendo também fora do país. Em 2007 realiza sua abertura de capital chamando – se Amil Participações S.A. e adquire outras empresas. Em 2012, associa-se à United Health Group.</p> <p>2016 - Criação do United Health Group Brasil englobando três plataformas de negócios distintas de atuação conjunta. Amil focando em benefícios de saúde, Américas Serviços Médicos em serviços hospitalares e Optum oferecendo tecnologia em serviços de saúde.</p>
<b>UNIMED</b>	<p>A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil foi fundada em 28 de novembro de 1975 para ser a representante institucional das cooperativas Unimed.</p> <p>PRESIDENTE: Orestes Pullin 2017 - 2021</p>
<b>UNIMED FESP</b>	<p>A Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (Fesp) foi criada em dezembro de 1971, com o objetivo de integrar as cooperativas Singulares de todo o estado. Ela oferece assessoria nas áreas: comercial/relações empresariais, jurídica, em projetos hospitalares, em saúde ocupacional, em educação cooperativista, dentre outras, orientando, coordenando e normatizando a filosofia cooperativista entre dirigentes, médicos cooperados e funcionários</p>
<b><i>Hospitais Privados/filantrópicos</i></b>	
<b>ALBERT EINSTEIN</b>	<p>Hospital iniciado pela comunidade judaica. Iniciada a construção no final da década de 1950 e inaugurado mesmo em 1971.</p> <p>Um de seus pilares é a <b>Responsabilidade social</b>. Em 1997, foi criado o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis para assistência a crianças de uma das maiores comunidades carentes de São Paulo. Hoje, além desse programa e do atendimento à comunidade judaica, o Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein atua em conjunto com os gestores públicos de saúde.</p> <p>Atualmente a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein está à frente de projetos importantes, que mostram como a parceria público-privada. Só na cidade de São Paulo, o Einstein administra 23 unidades públicas. Assumimos em dezembro de 2015 mais um hospital municipal, em parceria com a Prefeitura de São Paulo, com atendimento 100% SUS: o Hospital da Vila Santa Catarina (Dr. Gilmar de Cássia Marques de Carvalho) – antigo Hospital Santa Marina. Sempre com a máxima qualidade.</p> <p>Em 2006, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein iniciou um plano de expansão.</p> <p>Possui um Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, para atividades de educação e pesquisa e englobam cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, treinamentos sofisticados e pesquisas clínica e experimental.</p>

<p><b>CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas</b></p>	<p>Fundada em 1963. Representa hospitais sem fins lucrativos, além das Santas Casas.</p> <p>No Brasil, a atuação dessas instituições apresentou duas fases: a primeira compreendeu o período de meados do século XVIII até 1837, de natureza caritativa; a segunda, o período de 1838 a 1940, com preocupações de natureza filantrópica.</p> <p>As Santas Casas e hospitais filantrópicos estão na rede SUS (Sistema Único de Saúde), configurando-se como a maior rede hospitalar do país. São 2.172 hospitais sem fins lucrativos em todo o Brasil, dos quais 1.704 atendem o SUS. Em 960 municípios são a única porta de atendimento à saúde. Essas entidades respondem por 51% de toda assistência SUS no Brasil e, na alta complexidade, alcança 65%. É composto por cerca de 1.000.000 de profissionais de saúde, destes 340.000 profissionais de enfermagem.</p> <p>Possui como missão e meta “engrandecer estas instituições, sendo porta-voz junto aos líderes políticos e governantes para buscar as melhorias necessárias para que nossas entidades continuem desenvolvendo, com excelência, o significativo atendimento que prestam à sociedade brasileira”.</p> <p>Mirocles Vêras, presidente da CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas)</p>
<p><b>HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS</b></p>	<p>O Sírio-Libanês foi inaugurado em 1965. Parte do corpo clínico foram e são professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).</p> <p>O Sírio-Libanês foi o primeiro hospital do país a implantar uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em 1971, e o primeiro do hemisfério sul a realizar uma cirurgia por microcâmera, com paciente em São Paulo e cirurgião em Baltimore (EUA).</p> <p><b>Ensino e pesquisa – a partir da década de 70.</b> Em 2005, o Instituto de Ensino e Pesquisas (IEP) recebeu aprovação do Ministério da Educação para ministrar cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> e <i>stricto sensu</i>.</p> <p>A instituição também possui projetos específicos voltados à capacitação de profissionais da rede pública/SUS.</p> <p>Possui projetos de <b>Responsabilidade social</b>, cujas ações estão divididas em dois pilares: cooperação público-privada e projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como parte desse trabalho, o Sírio-Libanês atua na gestão de serviços de saúde no município e estado de São Paulo, reproduzindo a excelência de seus serviços no atendimento gratuito à população. O Hospital Infantil Menino Jesus, na Bela Vista, faz cerca de 74 mil consultas e 4 mil cirurgias por ano. Já o Hospital Geral do Grajaú, na zona sul da capital paulista, soma 316 mil atendimentos e 17 mil internações/ano. Além disso, o Sírio-Libanês mantém o ambulatório de pediatria social e o projeto Abrace Seu Bairro.</p> <p>Diretor Geral do HSL: Paulo Chap Chap</p>

<b>GRUPO ONCOCLÍNICAS</b>	<p>O Grupo Oncoclínicas atua em gestão e administração de serviços oncológicos. Referência em oncologia, hematologia e radioterapia. Fundado em 2010, atua como grupos de oncologia, hematologia e radioterapia da América Latina. Parceria exclusiva no Brasil com o Dana Farber Câncer Institute, afiliado à Harvard Medical School.</p> <p>A área de atuação do Grupo Oncoclínicas abrange 11 dos principais estados brasileiros. Atualmente, são 70 unidades.</p> <p>O <b>Grupo Oncoclínicas</b> é hoje formado por acionistas de importantes fundos de investimentos mundiais, sócios médicos e executivos. O conselho administrativo, formado por médicos, acionistas e diretores.</p> <p>CEO – Luis Natel</p>
<i>Centros de Ensino/pesquisa</i>	
<b>FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA - FFM</b>	<p>A Fundação Faculdade de Medicina (FFM) é uma entidade privada, sem fins lucrativos, reconhecida por seu caráter filantrópico, criada em 1986 pelos antigos alunos da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) para atuar na promoção do ensino, pesquisa e assistência em saúde e apoiar as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.</p> <p>A <b>principal função da FFM</b> é, portanto, contribuir para o aperfeiçoamento da gestão institucional da FMUSP e do HC/FMUSP, conferindo maior agilidade, eficácia e credibilidade às iniciativas acadêmicas e de assistência nas áreas de saúde.</p> <p>Direção Geral: Dr. Flávio Fava de Moraes</p> <p>Fazem parte do Conselho Consultivo: Giovani Guido Cerri, Sidney Klajner, dentre outros.</p>
<b>CBEXs – Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde</b>	<p>Atua na gestão da saúde por meio da educação, de capacitação técnico-científica e de certificação dos executivos do setor público e privado.</p> <p>Posicionando-se como entidade sem fins lucrativos, o Colégio tem também foco no caráter associativo e de representatividade profissional.</p> <p>Sede em SP.</p>
<b>ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde</b>	<p>Fundada em 1966. “A Abramge é uma entidade sem fins lucrativos que percebeu a necessidade de organizar e propagar o sistema privado de prestação de serviços médicos, com eficiência e qualidade. O principal objetivo da Abramge é representar institucionalmente às empresas privadas de assistência à saúde do segmento de Medicina de Grupo, junto aos órgãos federais, estaduais e municipais, em atuação no território nacional.</p> <p>Hoje, a modalidade cobre mais de 20 milhões de beneficiários, ou seja, 30% dos cerca de 70 milhões de clientes da Saúde Suplementar brasileira. O chamado Sistema Abramge engloba ainda o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo</p>

	<p>(Sinamge), o Sindicato das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) e a Universidade Corporativa Abramge (UCA).”</p> <p>Presidente: Reinaldo Camargo Scheibe</p> <p>Das empresas associadas estão Amil, dentre outras. Unimed não.</p>
<b>ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados</b>	<p>Anahp é uma entidade representativa dos principais hospitais privados do país. Criada em 2001, durante o 1º Fórum Top Hospital, em Brasília e fundada em setembro do mesmo ano, a Anahp surgiu para defender os interesses e necessidades do setor, bem como expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar.</p> <p>“Atualmente a Anahp ocupa uma função estratégica no cenário político e institucional, principalmente no desdobramento de temas essenciais à sustentabilidade do sistema. Representante de hospitais reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, além de promover ações que transcendam os interesses das instituições associadas. A Anahp está preparada para fortalecer o relacionamento setorial e contribuir para a reflexão, ampla e irrestrita, sobre o papel da saúde privada no país”</p> <p>Com 122 membros associados, dentre eles Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Oswaldo Cruz. Presidente: Eduardo Amaro; Vice-Presidente: Henrique Sutton Sousa Neves; Faz parte do Conselho Administrativo: Paulo Chap Chap</p>
<b>CNS – Confederação Nacional de Saúde</b>	<p>Criado em 1994 por Federações Hospitalares. Possui sede em Brasília, a CNSaúde congrega oito federações (FENAESS, FEHOSUL, FEHERJ, FEHOSPAR, FEHOESC, FEHOESG, FEBASE E FEHOESP) e 91 sindicatos.</p> <p>Presidente: Breno de Figueiredo Monteiro</p>
<b>FBH – Federação Brasileira de Hospitais</b>	<p>Criada em 1966 para representar o setor hospitalar. Reúne 16 federadas. Nos últimos anos, a <b>Federação Brasileira dos Hospitais (FBH)</b> elaborou estudos, relatórios e publicações para ampliar o acesso à informação do setor na compreensão de medidas e ações que precisam ser estruturadas para a redução da alta carga tributária, além de reivindicar o acesso a linhas de créditos mais justas e acessíveis para que os hospitais continuem gerando empregos, qualificando profissionais, desenvolvendo a economia do segmento e oferecendo um atendimento cada vez mais qualificado e humanizado para todos.</p> <p>Toda essa articulação realizada pela FBH, como interlocutora das demandas do setor, com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, tem sido fundamental para a construção de um novo cenário da Saúde no país, promovendo um debate pautado nas principais discussões em torno de grandes temas nacionais que impactam diretamente o Setor Hospitalar, em especial a carga tributária imposta ao setor, que é matéria de constante debate da Federação junto ao poder público e ao Congresso Nacional.</p>



	<p>Um dos principais focos da Federação é a luta pela mitigação da crise financeira que atinge uma significativa parcela dos hospitais particulares conveniados ou não ao SUS, além do reajuste da tabela dos procedimentos do SUS, que ficou sem qualquer correção de 1994 a 1999, resultando em uma defasagem acentuada e jamais corrigida.</p> <p>A proposta da FBH é fortalecer a posição institucional da entidade frente às negociações da rede particular de saúde com o poder público e as operadoras de planos de saúde, para promover um plano para recuperação por meio da atualização dos valores pagos às unidades conveniadas ao SUS e ao sistema suplementar.</p> <p>Presidente: Adelvania Francisco Morato</p>
<p><b>FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar</b></p>	<p>Constituída em 2007, representa 15 operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e planos exclusivamente odontológicos, dentre elas Amil e Unimed Seguros.</p> <p>Presidente: João Alceu Amoroso Lima. Diretoria é composta por 13 grupos.</p> <p>APOIO À NOVA FRENTE PARLAMENTAR DA TELESÁUDE</p>
<p><b>SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria Farmacêutica</b></p>	<p>fundado em 1933, devidamente reconhecido e registrado no Ministério do Trabalho pela Carta de 15 de maio de 1941. Sede em SP.</p> <p>é constituído para fins de estudo, coordenação e proteção legal da categoria econômica da Indústria, de Importadores e de Exportadores de produtos farmacêuticos, correlatos e alimentos funcionais ou qualquer outro produto com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico também registrado, cadastrado ou notificado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na base territorial do Sindicato, conforme estabelece a legislação em vigor sobre a matéria, mantendo, em todos as suas diretrizes, colaboração com os poderes públicos e demais associações no sentido de solidariedade social e sua subordinação aos interesses nacionais.</p> <p>O Sindicato terá no seu quadro de associados, dentro de seu escopo de atuação empresas fabricantes, importadores, exportadores de produtos farmacêuticos, correlatos e de alimentos funcionais ou qualquer outro produto com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, também registrado, cadastrado ou notificado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destinados à saúde humana, submetidas ao controle das autoridades federais, estaduais e municipais de vigilância sanitária em seu aspecto técnico e econômico, inclusive sob a regulamentação prevista na Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003 e suas respectivas alterações, que possuam certificações emitidas pelos órgãos competentes e enquadramento nos códigos 21 e 46 e demais subclasses e alterações posteriores na Classificação Nacional de Atividades Econômicas-Fiscal – CNAE</p> <p>Presidente: Omilton Visconde Jr.</p>

	Presidente Executivo: Nelson Mussolini. Sindicato das indústrias farmacêuticas
<b><i>Tecnologias</i></b>	
<b>SIEMENS HEALTHINEERS</b>	A Siemens Healthineers possibilita aos prestadores de serviço de saúde do mundo inteiro agregar valor à sua rotina clínica capacitando-os rumo à expansão da medicina de precisão, à transformação da entrega dos cuidados com a saúde, ao aprimoramento da experiência do paciente e à digitalização da saúde. Desde 1896 até hoje. Tecnologia da Informação nos cuidados de saúde.
<b>AsQ</b>	Somos questionadores por natureza, assim inovamos com soluções sustentadas por Inteligência artificial (IA), análises preditivas, Chatbot, Business Intelligence (BI), com algoritmos que trazem dados para subsidiar a tomada de decisão, App que conecta as pessoas de forma ágil. Áreas de atuação: TELEMEDICINA, CLINICA DE APS  Vilma Dias – Diretora de Relações Institucionais

Fonte: Elaboração própria com informações dos sítios eletrônicos.