



ECONOMIA POLÍTICA EM SAÚDE EM TEMPOS DE CRISE E REFORÇO DE PRÁTICAS CONSERVADORAS: DISPUTA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

HEALTH POLITICAL ECONOMY IN TIMES OF CRISIS AND REINFORCEMENT OF CONSERVATIVE PRACTICES: DISPUTE BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE IN THE STATE OF ESPIRITO SANTO

Lorena Evangelista Santos¹
Francis Sodré²

Resumo: O presente estudo é parte de um estudo sobre a participação do sistema privado no Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo durante a pandemia de Covid-19. Para tanto entendemos crise como um processo cíclico do capital e como tal exige posicionamento do Estado, o qual preserva e garante interesses econômicos capitalistas. O objetivo traçado foi analisar a participação do setor privado dentro do SUS no estado do Espírito Santo durante o primeiro ano de Covid-19 (fevereiro de 2020 até fevereiro de 2021). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa com dados coletados no Portal Transparência do Estado do Espírito Santo associado a legislações com análise baseada no referencial marxista e de autores da Economia Política em Saúde. Os dados mostram que contrariando os preceitos da reforma sanitária e corroborando com as diretrizes da reforma gerencial de 1995, o setor privado em suas diferentes formas de inserção no mercado participa em mais de 50% da rede do Sistema Único de Saúde do Espírito Santo. Assim, é necessário repensar a condução política dada a saúde, visto que em tempos de crise, o Estado tem ficado à mercê do mercado.

Palavras-Chave: Crise; Economia Política em Saúde; Covid-19; Setor Privado.

Abstract: This study is about the participation of the private system in the Unified Health System in the state of Espírito Santo during the Covid-19 pandemic. To this end, we understand crisis as a cyclical process of capital and as such requires a position from the State, which preserves and guarantees capitalist economic interests. The objective was to analyze the participation of the private sector within the SUS in the state of Espírito Santo

¹ Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Discente de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. ORCID: [0000-0002-6419-5674](https://orcid.org/0000-0002-6419-5674) E-mail: lorsantos@hotmail.com.

² Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. ORCID: [0000-0003-4037-9388](https://orcid.org/0000-0003-4037-9388). E-mail: francis.sodre@ufes.br.

during the first year of Covid-19 (February 2020 until February 2021). This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach with data collected on the Transparency Portal of the State of Espírito Santo associated with legislation with analysis based on the Marxist framework and authors of Political Economy in Health. The data show that contrary to the precepts of the reform and corroborating the guidelines of the 1995 management reform, the private sector in its different forms of insertion in the market participates in more than 50% of the Espírito Santo Unified Health System network. Therefore, it is necessary to rethink political management regarding health, given that in times of crisis, the State has been at the mercy of the market.

Keywords: Crisis; Political Economy in Health; Covid-19; Private sector.

INTRODUÇÃO

Dentro do modelo de produção capitalista, as crises são existenciais, funcionais e cíclicas (MARX, 2015). Durante esses processos, os interesses do capital tomam formas nítidas, assim como o posicionamento do Estado em favor da manutenção desse modelo. À exemplo, Correia, Santos e Alves (2021) apontam que as respostas do Estado Brasileiro frente à pandemia de Covid-19 beneficiaram os lucros do setor privado, cita-se o aumento de fortunas em US\$34 bilhões dos 42 bilionários brasileiros durante esse período.

É inegável que a crise pela covid-19 atravessou o mundo e requisitou respostas de caráter político, social e econômico, assim como impactou negativamente nas atividades econômicas (MARQUES et al., 2021). Para tanto, embora inédita, devido exigência de fechamento de determinados setores da economia e falta de conhecimento sobre o vírus, considerando as medidas que antecedem esse período, o prognóstico para economia em 2020 já não tinha um bom cenário, com indicativo de uma provável crise financeira, mas com o quadro sanitário, a crise se caracterizou multifacetada (MARQUES et al., 2021).

No Brasil, a condução política após o golpe de 2016 era de extrema preocupação, ou seja, o cenário já consistia em crescimento do desemprego e retrocesso dentro das políticas públicas, mas o vírus agravou as desigualdades sociais que atingiam a população (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022). A saúde passava por sucessivos ataques e sua condução estava atravessada por favorecimento do setor privado em detrimento do público, com a pandemia, o negacionismo, a desinformação e omissão do Ministério da

Saúde, os problemas agravaram e a sociedade teve consequências trágicas, a pior delas, o número de mortes evitáveis (WERNECK et al., 2021).

Assim sendo, partindo das diferentes formas de organização pelos estados brasileiros em momentos de crise, em particular a mais atual, covid-19, buscamos analisar a participação do setor privado dentro do SUS no estado do Espírito Santo durante o primeiro ano de Covid-19 (fevereiro de 2020 até fevereiro de 2021), período esse em que não existia a vacinação e as medidas eram em duas frentes: preparação do sistema de saúde e medidas de distanciamento social (WERNECK et al., 2021).

Trata-se da análise de uma pesquisa intitulada "Gastos Públicos em Saúde durante a Pandemia de Covid-19 no estado do Espírito Santo", caracterizada por um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos de bancos de dados do governo do estado do Espírito Santo (Portal Transparência) e legislações do Portal Coronavírus do estado do Espírito Santo. Na coleta foram considerados os recursos classificados como "enfrentamento a Covid-19" e neles, os aplicados pela saúde (valor pago), as categorias agrupadas foram: serviços, convênio privado, convênio filantrópico, material de consumo, material permanente, obras e instalações, pessoal e encargos sociais, conforme as descrições nos gastos.

Para obter esse detalhamento de informações foi necessário analisar cada rubrica de pagamentos para as empresas vinculada a representação dessa aplicação (investimento no estatal ou em diferentes segmentos). Os hospitais, fundos ou órgãos que utilizaram recursos da saúde foram: Fundo Estadual de Saúde, Diretoria de Saúde da Polícia Militar, Hospital São Jose do Calçado, Hospital Doutor Dório Silva, Hospital e Maternidade Sílvio Ávidos, Hospital Doutor Roberto Arnizaut Silvares, Unidade Integrada Jerônimo Monteiro, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias, Corpo de Bombeiros Militar do estado do Espírito Santo, Fundo Estadual de Ciência e Tecnologia, Hospital Santa Rita e Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves. Repasses para instituições privadas e filantrópicas saíram do Fundo Estadual de Saúde. Para analisar os 14 órgãos que tiveram as aplicações, eles foram agrupados em: Fundo Estadual de Saúde, Hospitais (10) e Outros (03).

Para análise de dados foi utilizado o referencial teórico marxista e crítico da Economia Política da Saúde. Para tanto, antes de adentrar na realidade do estado do

Espírito Santo (ES) construímos uma linha de pensamento sobre a conjuntura política e social do sistema de proteção social brasileiro associada ao setor privado, entendendo que a realidade do ES está vinculada a condução macroeconômica brasileira de priorização do capital por dentro da política pública de saúde.

ECONÔMIA POLÍTICA EM SAÚDE E O ESTADO BRASILEIRO: ENTRE A LÓGICA PÚBLICA E PRIVADA

A compreensão da economia política de um país passa pelo desenvolvimento histórico e a forma de organização social da população (MARX, 2015). No caso brasileiro, a história revela um processo marcado pela desigualdade estrutural de herança escravocrata com desenvolvimento industrial tardio associado a política externa (MARQUES et al., 2021; NAKATANI; STOCCO, 2022). Uma classe se desenvolvendo em detrimento de outra.

O Estado foi fundamental para ascensão industrial e da burguesia nacional (NAKATANI; STOCCO, 2022), logo, considerando os pressupostos de Marx (2015) em que a análise do desenvolvimento histórico requer imersão no processo de produção associado a força econômica burguesa, adentrar na realidade brasileira, é se debruçar no papel do Estado e a partir dele entender a saúde pública brasileira associada à lógica mercantil e relações sociais constitutivas do processo de produção (MENDES; CARNUT, 2022).

O desenvolvimento das forças produtivas ocorreu mediante posicionamento do Estado brasileiro em favor das camadas mais ricas, citam-se as medidas favoráveis a propriedade privada, abertura ao capital estrangeiro e incentivo de capital nacional (NAKATANI; STOCCO, 2022). Em contrapartida, o Estado tornou-se inoperante no combate à pobreza e desigualdade, apelando a caridade e religião para esse enfrentamento (PRATES; CARRARO; ZACARIAS, 2020).

Os modelos de proteção social que se tornaram referência mundial foi o bismarckiano e o beveridgiano, o primeiro vinculado a lógica de seguros sociais e o segundo aos direitos universais, ambos com forte presença do Estado (BOSCHETTI, 2009; MARQUES et al., 2021).

No Brasil, de 1923 até a constituição federal de 1988, a proteção social esteve vinculada a lógica de seguros, aos que não eram segurados, restava a caridade (BOSCHETTI, 2009). Esse modelo foi propício à proliferação do mercado de saúde no Brasil, destaque para os anos 50 e 60, período de expansão de empresas médicas com forte incentivo estatal (BRAGA, 2018).

Com a crise econômica de 70 e o neoliberalismo, o Estado foi reestruturado e buscou se isentar de algumas responsabilidades públicas, principalmente na área social, e passou conceder maior abertura ao setor privado nesse campo (PRATES; CARRARO; ZACARIAS, 2020). Para tanto é preciso demarcar a função do Estado dentro desse período.

Por um lado, entre os anos 70 e 80 ainda perdurava a proteção social vinculada ao seguro social e na saúde cabia ao Estado regular, criar ações coletivas, campanhas sanitárias e normativas gerais. Por outro lado, esses anos também foram marcados por forte articulação da população em prol de direitos sociais, e, a partir da Constituição Federal de 1988, o Estado foi responsabilizado por ofertar políticas públicas à população (BOSCHETTI, 2009). Entretanto, o sistema de proteção social brasileiro garantido na Constituição Federal de 1988 não ficou imune à lógica mercantil (MARQUES et al., 2021).

Sob justificativa de ineficiência do setor público, a reestruturação do Estado incorporou princípios neoliberais na função pública (MARQUES et al., 2021). Assim, de forma errônea, práticas de grandes empresas e relação custo/benefício foram absorvidas na condução de políticas públicas que remetem a coletividade e direitos sociais, ênfase à saúde (MARQUES et al., 2021).

Não se tratando de um Estado mínimo no gasto público, mas seletivo nas áreas que decide direcionar os recursos do fundo público e quais interesses estão sendo assegurados (MARQUES et al., 2021). Pobreza e desigualdade social se apresentando como faces do modo de reprodução capitalista, ou seja, a medida em que se eleva a riqueza de uma classe, progressivamente aumenta-se a pobreza da grande massa (PRATES; CARRARO; ZACARIAS, 2020). E, embora tenha se estabelecido no Brasil como política universal, a saúde não ficou imune ao capital portador de juros.

Deste modo, os estudos relacionados a saúde no Brasil devem considerar o seu desenvolvimento histórico e as categorias que exprimem suas relações sociais, ou seja,

as forças políticas. Logo, sua compreensão está vinculada ao campo socioeconômico, político, ideológico e cultural do país (MENDES; CARNUT, 2022).

A trajetória da saúde no Brasil mostra seu caráter mercantil evidenciado muito antes da constituição de 1988, não sendo um acaso a oferta de serviços pelo setor privado e sua participação complementar ao SUS (BRAGA, 2018). Se antes de 1988 dois projetos se colocavam em disputa, sanitária e privado, após esse período, preservando suas contradições, o setor privado se expande como serviço liberal e se apresenta como parceiro do SUS, discursando inclusive sobre a necessidade de aumento do financiamento para a política pública de saúde, visto que também se alimenta desses recursos (BRAGA, 2018). De tal forma que a mercantilização da saúde, "o desfinanciamento, privatização, terceirização e a própria omissão do Estado na regulação, permitiu o avanço do setor privado e cada vez mais a dependência do setor público" (CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2021, p. 11).

Logo, a organicidade do Estado com o capitalismo contemporâneo revela o caráter político das relações sociais que atravessam a saúde pública, entendendo inclusive as crises nesse modelo de produção como cíclico e fortuito à garantia de grandes interesses privados (MARX, 2015; MENDES; CARNUT, 2022).

No Brasil, antes mesmo da pandemia de Covid-19, o sistema de proteção social já enfrentava acirramento político para se manter, o golpe presidencial de 2016 e a promulgação da Emenda Constitucional 95 que congelou os gastos federais por 20 anos corrigidos somente pela inflação do ano anterior e não mais pela Receita Corrente Líquida são demonstrativos desse cenário (BRASIL, 2018).

De tal forma que o subfinanciamento do SUS foi sendo substituído pelo desfinanciamento, ou seja, o "congelamento" de recursos reais representa a perda de recursos para todo campo social. Nem mesmo o envelhecimento, aumento populacional e outros fatores que pressionam o aumento de despesas foram considerados (CHIORO et al., 2021). A Emenda Constitucional 95 aumentou a disputa de recursos entre as políticas, ou seja, para a saúde alocar mais recursos, outras políticas no âmbito federal precisam ser desfinanciadas.

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO, TERCEIRIZAÇÃO E EXPANSÃO DA SAÚDE OFERTADA PELA INICIATIVA PRIVADA EM NOME DO ESTADO

Boschetti (2009) ao discorrer sobre os limites para a seguridade social no Brasil elenca questões estruturais que se conflitam com as demandas sociais e interesses do capital, tais como: 1) baixo investimento; 2) opção prática por sistema híbrido de proteção social - saúde (universal), assistência social (seletiva) e previdência (trabalho); 3) neoliberalismo; 4) informalidade do trabalho, entre outros. A autora pontua que a associação das políticas ao trabalho condicionou os cidadãos a inserção nesse mercado.

O neoliberalismo e com ele a Reforma do Aparelho do Estado de 1995 comprometeram a plena efetivação do sistema de proteção social brasileiro. O livre mercado foi defendido e o Estado teve seu papel redimensionado, entre eles, como provedor e não necessariamente produtor de serviços públicos, dividindo-se entre atividades exclusivas e não exclusivas. No primeiro caso, o Estado deve prestar serviços diretamente; já no segundo, o Estado pode ofertar diretamente, por regulação/fomento, particular em nome próprio e particular em nome do Estado (MARQUES et al., 2021; VACCARO; GOMES, 2022).

Para os serviços públicos não exclusivos, a terceirização via Organizações Sociais - OS foram a grande aposta da Reforma do Aparelho do Estado. Essas instituições foram criadas pela lei federal nº 9.637 de 1988, e embora o ordenamento jurídico seja de direito privado sem fins lucrativos, na prática elas não escondem os interesses financeiros (BRASIL, 1998; CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2021).

A saúde, inserida nos serviços não exclusivos, foi terceirizada e mercantilizada com incentivo estatal, seja pela internalização de contratualizações com Organizações Sociais da Saúde - OSS e estímulos a parcerias com demais serviços do setor privado no SUS, como também por meio de apoio a saúde suplementar (CORREIA; SANTOS; ALVES, 2021). Ao setor privado foi atribuído pelo mercado o *status* de ser mais eficiente e por isso conduziriam melhor a política pública.

Marinho (2023) coloca que a eficiência é obrigatória no serviço público, visto que a Constituição Federal de 1988 a inseriu entre os princípios da administração pública direta e indireta. No entanto, o emprego desse conceito em saúde não é simples, o autor menciona o exemplo de dois hospitais que produzem cirurgia a partir do insumo "médico", ambos com o mesmo número de profissionais, mas um com maior número de

realização de cirurgias. E, embora a quantidade de procedimentos (cirurgias) seja o parâmetro para medir a eficiência, essa mensuração possui equívocos, tais como: o com maior número pode não ter alcançado sua capacidade máxima, enquanto o considerado menos eficiente pode ter operado com seu máximo dentro dos desafios de sua especificidade; outra questão diz sobre a complexidade e com isso a cirurgia não se caracterizar como um produto único.

Resumidamente, o autor mostra a dificuldade que é medir eficiência em saúde por métricas generalistas, visto que envolve a gravidade do paciente, especificidade do procedimento, entre outras singularidades que perpassam o ser humano. Outra razão para equívocos sobre o uso do conceito de eficiência no SUS é devido à complexidade que envolve a saúde pública e as desigualdades que atravessam a população e o território brasileiro (BRAGA, 2018).

Embora ocorra incentivo as OSS por serem consideradas mais eficiente, a literatura mostra que não existem dados que comprovem essa linha de argumentação, além disso, conflita com os princípios de transparência e participação social do SUS (BRAGA, 2018; VACCARO; GOMES, 2022; SANTOS; ALVES, 2021). Vaccaro e Gomes (2022) pontuam que a flexibilização e priorização do setor privado atendem no mínimo a dois interesses: exploração econômica do mercado e questões de regulação.

Tanto Sodré (2020) quanto Correia, Santos e Alves (2021) nos chamam a atenção para a exploração do mercado que se alimenta dos momentos de crise, à exemplo da pandemia Covid-19, leitos superfaturados, demanda exorbitante por insumos, falta de equipamentos, entre outros. Países que investiam na produção de equipamento de saúde lideraram melhor o quadro sanitário (MARQUES et al., 2021).

Correia, Santos e Alves (2021) trazem dados sobre o posicionamento do Estado em favor dos lucros do capital na pandemia Covid-19, entre os quais: favorecimento da saúde suplementar na pandemia por meio de benefícios as empresas de planos privados (cerca de R\$ 15 bilhões) - justificativa de não sobrecarregar o SUS, compra de leitos/serviços do setor privado e contratação de OSS para gerir hospitais públicos com atendimentos exclusivos de Covid-19.

A coordenação nacional em saúde do Brasil abriu negociações com o setor privado pagando por leitos conforme a lógica do mercado; e se ausentou de regulamentações

quanto a insumos, equipamentos e medicamentos, deixando os estados a mercê do mercado para responder as demandas dos seus territórios (SODRÉ, 2020). A responsabilização dos estados frente à pandemia correspondeu ao fortalecimento e crescimento de iniciativas junto ao setor privado em saúde (SODRÉ, 2020; CORREIA; SANTOS; ALVES, 2021).

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO FRENTE À CRISE DE PANDEMIA COVID-19: UMA RELAÇÃO CONTÍNUA COM O SETOR PRIVADO

Seguindo a lógica de eficiência em saúde, os dados referentes a organização e reestruturação da rede SUS/ES antes do período pandêmico apontam para a ampliação dos serviços de 2015–2018 (ESPÍRITO SANTO, 2019a). Todo investimento envolveu a rede privada, aproximadamente R\$122 milhões direcionados em dois anos dentro desse período, sendo R\$32,8 milhões para contratualização (organização social de saúde, leitos privados e filantrópicos), R\$27 milhões para conservação, limpeza e vigilância - CLV, R\$24 milhões com cooperativas, R\$17,5 milhões com alimentos/outros e R\$20 milhões em materiais médicos, medicamentos e serviços de diagnóstico e terapia (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

A gestão fundamentada na eficiência hospitalar apontou que entre 2014–2018 ocorreu uma redução de leitos, entre as justificativas encontra-se a desativação de leitos psiquiátricos; por outro lado apontam para a melhoria no indicador de internação, pontuando que um leito de enfermaria no ano de 2014 atendia a 37 internações por ano e em 2018 a 43. Outra informação relevante diz sobre a média de permanência em leito (dias), de 9,80 em 2017 para 8,64 em 2018, redução em 12% (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

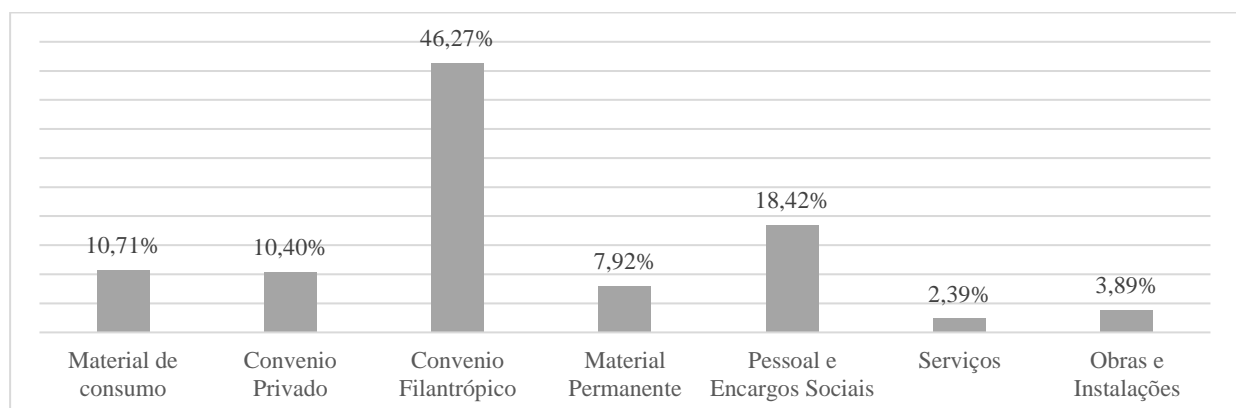
Em 2019 uma nova gestão assumiu no estado do Espírito Santo, a qual elencou entre os desafios a serem enfrentados: subfinanciamento crônico, ineficiência de recursos, atraso tecnológico e entraves na consolidação da Atenção Primária à Saúde - APS (ESPÍRITO SANTO, 2019b). Entre as estratégias estabelecidas surgiram a criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, a Fundação Estadual Inova - Inova Capixaba, fortalecimento da regulação e qualificação da contratualização com a rede de serviços conveniada e própria (ESPÍRITO SANTO, 2019b). Interesses nítidos de ampliação via pluralidade de modelos de gestão no SUS/ES.

Os documentos revelam que a eficiência tem sido utilizada como norteadora das ações em saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019a; ESPÍRITO SANTO, 2019b). Marinho (2023) ao discorrer sobre esse conceito no gasto público em saúde revela uma utilização errônea, na qual eficiência é defendida como “produzir mais gastando menos”, o que não corresponde com a realidade do SUS. O autor mostra que diante desse argumento, bastaria cortar custos, sem considerar diversos fatores biopsicossociais que atravessam a saúde, inclusive os não explícitos, entre os quais objetivos políticos e econômicos.

Com o surgimento da pandemia, o estado criou o Plano de Contingência do Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2020a). Entre as ações previstas constavam: procedimento de triagem, uso de equipamento de proteção pelos profissionais e pacientes, provisão de insumos, leitos Covid-19, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2020a). Aproximadamente R\$700 milhões foram aplicados exclusivamente para ações de covid-19 (ESPÍRITO SANTO, 2021a). Desse valor, o Fundo Estadual de Saúde – FES gastou aproximadamente 96% do recurso e Hospitais 3%.

O FES de forma direta e indireta aplicou a maior parte do recurso. De forma direta foram direcionados para compras, contratos, obras, entre outras ações para serviços dos hospitais vinculados à Secretária Estadual de Saúde – SESA. De forma indireta direcionados para as instituições privadas com e sem fins lucrativos que realizam a gestão de hospitais e/ou possuem parcerias para a oferta de serviços específicos por meio de contratos. O gráfico 1 dispõe da distribuição do recurso por categoria.

Gráfico 1. Percentual de aplicação do recurso gasto pelo FES por categorias (março de 2020 a fevereiro de 2021).



Fonte: Sistematização própria a partir de dados coletados no Portal Transparência.

De forma sucinta vale o esforço de detalhar cada categoria do gráfico 1. "Serviços" foram basicamente para pagamento de fretes/seguros internacionais, assessoria técnica (elaboração de projetos) e empresas de remoção de pacientes. "Obras e Instalações" para empresas que realizaram adequações físicas em 07 hospitais, 04 destes na região metropolitana e 01 para as demais regiões do estado (Sul, Oeste e Sudeste). Os hospitais da região metropolitana ficaram com 83,8% do recurso. O Hospital Dório Silva com a maior parte (52,7%).

Embora as categorias "material de consumo" e "material permanente" estejam separadas, interligam-se pela alta demanda e processo de aquisição. Nos meses de março/20 até agosto/2020 essas categorias apareceram com mais investimentos (em março e abril a categoria "material de consumo" chegou a ter, respectivamente, 40% e 67% do montante do recurso aplicado pelo FES, e, em maio, recursos para "material permanente" totalizaram 42% do recurso do FES). Sobre "material de consumo", 13% do recurso foi com "material importado", 86% não tinham a origem classificada e, com relação aos "materiais permanentes", 72% do recurso estava em "aquisição de importados".

A categoria "Convênio Privado" foi composta por recursos direcionados para 08 hospitais privados que disponibilizaram leitos exclusivos para Covid-19. O estado do ES definiu para os hospitais com fins lucrativos a diária de um leito UTI Covid-19 de R\$1.600,00, independente de ocupação, mas com acréscimo de R\$1.500,00 por dia quando o leito estivesse ocupado. No caso de leitos em enfermarias, foi definida a diária no valor de R\$715,00 até a alta (ESPÍRITO SANTO, 2020b). Dos 08 hospitais identificados, 06 deles na região metropolitana, 01 na região oeste e 01 na região sudeste. 01 hospital ficou com 60% do recurso por disponibilizar o maior número de leitos de enfermarias nos hospitais que integravam a rede referência para Covid-19. Esse hospital chegou a disponibilizar por mês de 40 leitos UTI a 150 leitos em enfermaria.

"Pessoal e Encargos Sociais" remete aos recursos identificados com servidores temporários. A SESA lançou em abril o edital nº 003/2020 para contratação emergencial (ESPÍRITO SANTO, 2020c). As convocações ocorreram durante o ano de 2020, a última convocação encontrada foi em fevereiro de 2021.

Em relação aos convênios com o setor filantrópico, do montante de R\$677.747.543,28 gastos pelo FES, o setor filantrópico ficou com 46% de todo o recurso gasto em saúde pela gestão estadual do ES para combate à Covid-19. Não foi uma tarefa simples distinguir quais hospitais receberam os recursos, pois foram para organizações, as quais podem gerenciar mais de um hospital. Mas, de modo geral, as instituições que receberam os recursos foram para e/ou: diárias de leitos e enfermarias UTI, adaptação de estruturas, aquisição de materiais, retaguarda de leitos covid-19, aquisição de material permanente, incentivos, indenizações a serviços prestados, entre outros.

Com relação aos demais órgãos, a tabela 2 mostra os recursos gastos pelos hospitais e Outros, vejamos.

Tabela 1. Gastos pelos hospitais e outros por categoria (março/2020 a fevereiro/2021).

Categorias	Hospitais	%	Outros	%
Obras	R\$ 485.128,54	2,19%	-	-
Serviços	R\$ 11.059.982,46	49,88%	R\$ 171.500,00	14,70%
Material de Consumo	R\$ 10.209.297,36	46,05%	R\$ 74.157,61	6,35%
Material Permanente	R\$ 417.655,10	1,88%	-	-
Pessoal e Encargos	-	-	R\$ 921.286,70	78,95%
Total	R\$ 22.172.063,46	100,00%	R\$ 1.166.944,31	100,00%

Fonte: Sistematização própria a partir de dados coletados no Portal Transparência.

No caso dos hospitais, a categoria "Serviços", seguida por "Material de Consumo", ficou com a maior parte dos recursos. Dentro de "Serviços", mais de 70% foram gastos com contratação de profissionais por meio de cooperativas médicas. Em "Outros", a maior parte do recurso foi com "Pessoal e Encargos" que foram para pagamento de escalas de bombeiros e policiais.

Os dados evidenciaram 04 estratégias realizadas pela gestão estadual para enfrentamento da covid-19 que são: articulação com o setor privado, aumento de recursos humanos, melhoria física dos serviços existentes e a busca por insumos estratégicos.

Quando avaliada a totalidade da aplicação do recurso do estado do Espírito Santo na saúde, é notória a recorrência ao setor privado, principalmente dos sem fins lucrativos. A categoria "convênio filantrópico" ficou com quase 50% do recurso do Fundo Estadual de Saúde e "convênio privado" com 10%. Grande parte desse recurso associado a demanda por leitos Covid-19.

A busca por leitos UTI Covid-19 foi uma demanda nacional. Entre as opções para suprir as lacunas assistenciais estava a unificação de leitos públicos e privados, entretanto, organizações privadas foram contrárias e colocaram a compra de leitos como a melhor alternativa para o SUS (CORREIA; SANTOS; ALVES, 2021). No caso do Espírito Santo, a estratégia de pagamento por leitos possibilitou acesso pela população, entretanto, condicionou o estado às regras do mercado, favorecidas pela mercantilização da saúde (CORREIA; SANTOS; ALVES, 2021; VACCARO; GOMES, 2022).

A grande recorrência do SUS ao setor privado tem caracterizado um fenômeno chamado *inversão da complementariedade*, já que a constituição federal de 1998 e a Lei Orgânica de Saúde de 1990 permitem a participação do setor privado quando os serviços do SUS forem insuficientes para cobrir a demanda. Contudo, ao invés de uma ação de caráter excepcional, tem se constituído como realidade para toda a rede SUS/ES (CORREIA; ALVES, 2021).

Com relação ao aumento de recursos humanos, a secretaria estadual de saúde está há mais de dez anos sem concurso público. Seguindo um modelo heterogêneo para oferta de serviços, os profissionais atuantes no e pelo SUS/ES envolve uma pluralidade de formatos com contratos provisórios, efetivos, comissionados, celetistas por meio de OSS, bolsistas, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2020d).

Um estudo realizado pela Fiocruz em todo o território nacional com 25 mil participantes sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia, revelou que 50% admitiram excesso de trabalho, jornadas de trabalho além de 40 horas semanais e 45% com mais de um emprego (AGÊNCIA FIOCRUZ, 2021). A pesquisa revelou que esses profissionais já entraram na pandemia em um processo de adoecimento, mais de um vínculo empregatício e cansaço, ocorrendo piora do quadro (AGÊNCIA FIOCRUZ, 2021).

No Espírito Santo observamos que, assim como nos demais estados brasileiros, os vínculos empregatícios se encontram pluralizados e na pandemia ocorreu uma inversão no quadro de funcionários na gestão direta, em sua maioria provisórios. Não se tratando de uma condução que emerge na pandemia, mas que se fortaleceu com ela (ESPÍRITO SANTO, 2020d).

Sodré (2020) sinaliza que a pandemia surgiu em um período de reformas trabalhistas, o que possibilitou, entre outras alternativas, a expansão de contratação de profissionais sem plano de carreira estatal, e, corroborando com os dados da pesquisa da Fiocruz, a autora coloca que os profissionais de saúde se submeteram a mais de um vínculo empregatício para complementação de renda durante o primeiro momento da pandemia.

Um estudo comparou as respostas dos países à Covid-19 e revelou que, entre as experiências mais bem-sucedidas em 2020, encontram-se as que já investiam na capacidade do sistema de saúde, com serviços e profissionais, para enfrentar emergências sanitárias (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022). Logo, entre as melhorias para a resiliência do serviço público está a necessidade de melhoria a longo prazo nessas áreas (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022). "Obras e instalações", no gráfico 1, consiste em investimento do estado para adaptações de alas Covid-19 nos hospitais, principalmente de gestão direta, o baixo percentual do recurso empregado reflete na necessidade de priorização política.

Sobre "serviços", mais uma vez remete à articulação com o setor privado para pagamento de cooperativas médicas, fornecimento de transporte, frete de compras, entre outros; essas ações ficaram com grande parte dos recursos dentro dessa categoria. Alguns autores chamam essa articulação dentro do SUS de quarteirização, ocorrendo mais de uma forma de terceirização de serviços dentro de uma instituição (VACCARO; GOMES, 2022). Quando analisada a tabela 1, sobre os gastos por hospitais, verificou-se que os serviços, seguidos por material de consumo, ficaram com quase a totalidade dos recursos.

Nos hospitais foi notório que os recursos repassados foram direcionados para as cooperativas, empresas de higienização, aluguéis de equipamentos, entre outros. Vaccaro e Gomes (2022) colocam que, mediante a terceirização dos serviços públicos, tornou-se

possível delegar atividades desenvolvidas por uma empresa, entre as quais, entregas de insumos, locação de equipamentos e prestação de serviços a outras de porte menor. Esse fenômeno acarreta em múltiplos fornecedores ligados que combinam várias formas de contratação (VACCARO; GOMES, 2022).

E, partindo para "insumos estratégicos", Machado, Pereira e Freitas (2022) chamam a atenção para a falta de coordenação nacional na gestão de insumos estratégicos e na produção e/ou importação de equipamentos, medicamentos, ventilador mecânico, entre outros. No gráfico 1 foi possível verificar que 10% dos gastos foram com materiais de consumo e 7% com equipamentos permanentes. A pandemia evidenciou a necessidade de o Brasil investir na produção de insumos e equipamentos em saúde. Faltavam respiradores e equipamentos de proteção individual, obrigando estados, municípios, setor público e privado a lutarem para garantir seus itens (LUNG et al., 2022).

O Brasil possui uma forte dependência externa de insumos estratégicos em saúde, o que requisitou a importação de produtos com valores elevados aos governantes (CHIORO et al., 2021). À exemplo, um respirador que custava entre R\$50 ou R\$60 mil, na pandemia passou para R\$180 mil, no mínimo (LUNG et al., 2022).

No estado do Espírito Santo os dados evidenciaram que a maior parte do recurso para material permanente foi obtido por meio de importação; parte do gasto de material de consumo também foi importada, mas não é possível afirmar que foi a maioria - o que mostra certa dependência advinda de um mercado mundial de insumos e de produção industrial também dependente de outros países neste campo econômico-industrial de produção. De modo geral, para fortalecimento do SUS, é necessário investimento científico e tecnológico para a produção de insumos em território brasileiro (CHIORO et al., 2021; LUNG et al., 2022; VACCARO; GOMES, 2022; MARQUES et al., 2021).

Chama a atenção que quase 60% do recurso foi direcionado ao setor privado (sem e com fins lucrativos juntos). Os demais recursos distribuídos foram impactados diretamente pela relação com o setor privado, à exemplo, profissionais de saúde e serviços. Ou seja, ao transferir para a iniciativa privada, o funcionalismo público é imbricado pela pluralidade de agentes atuando, tanto no caso da gestão direta com contratos temporários, assim como na indireta, por contratação pelas OSS, cooperativas médicas, transportes de emergências, entre outros.

Machado, Pereira e Freitas (2022) ao comparar a experiência de 09 países frente à pandemia Covid-19, elencam entre as lições a necessidade de investir no fortalecimento do sistema de saúde, no desenvolvimento científico e tecnológico, no controle de possíveis pandemias, na diplomacia e na governança em saúde. Werneck *et al.* (2021), entre as recomendações, apontam para a necessidade de financiamento adequado e progressivo, assim como o desenvolvimento industrial-farmacêutico de produção nacional.

Sobre a condução do SUS associada às parcerias com o setor privado, Cegatti, Carnut e Mendes (2020) colocam que a conjuntura neoliberal tem favorecido o crescimento desenfreado da participação privada no SUS, o que tem desencadeado em problemas à política pública e aos vínculos que envolvem os trabalhadores da saúde, acarretando em retrocessos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira constatação é que a condução política realizada pela gestão estadual do Espírito Santo condiz com os preceitos da Reforma Gerencial do Estado de 1995, ou seja, associada a gestão indireta e compras de serviços do setor privado – questões que antecedem a pandemia e se fortaleceram com ela.

Outra questão refere a concentração de recursos com o setor privado, quase 50% com OSS e 10% para setor com fins lucrativos. A forma que o setor privado tem crescido por dentro do SUS torna o Estado refém do mercado. É notório que o funcionamento público tem sido atravessado por uma pluralidade de agentes, o que dificulta até mesmo o controle estatal, sobrepondo-se a ele. Portanto, é importante demarcar que o cenário encontrado no Espírito Santo caminha conforme uma lógica macroeconômica, na qual, a terceirização tornou-se crescente nos serviços de saúde. Há de se considerar o fenômeno da quarteirização identificado na categoria “Serviços”.

Os trabalhadores do SUS/ES essenciais para o funcionamento dessa política, têm submetido a força de trabalho à pluralidade de CNPJs, ou seja, vinculações empregatícias por celetistas, contratos ou acordos que estão sendo permissíveis mediante reformas trabalhistas sequenciais.

Assim sendo, os dados apontam para a necessidade de revisar a condução política dada a saúde, visto que tem se caracterizado pelo fenômeno de "complementaridade invertida", ou seja, o setor privado (com e sem fins lucrativos) em suas diferentes formas de se colocarem no mercado participam em mais de 50% da oferta de serviços de saúde - o que caracteriza um movimento de privatização continuada e permanente. Convocando desse modo as autoridades a reforçar uma política pública que efetive a saúde como um direito social universal.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA FIOCRUZ. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2021; 1-6.
- BOSCHETTI, Ivanete. A política de seguridade social no Brasil. In: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, 2009. p. 323-338.
- BRAGA, Ialê Falleiros. Empresariado e Políticas de Saúde no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz, 2018.
- BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei nº 9.627 de 15 de maio de 1988, dispõe da criação das organizações sociais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em 12 de fevereiro de 2024.
- CEGATTI, F; CARNUT, L; MENDES, A; Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. Journal of Management & Primary Health Care, Editorial Grupo de Pesquisa DemSA, v. 12, s/n, p. 1-41, 2021.
- CHIORO A, et al. Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico]: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2021.
- CORREIA M; SANTOS V; ALVES P. A mercantilização da saúde no enfrentamento da Covid-19: o fortalecimento do setor privado. Rev. Humanidades e Inovação. 2021.Revista Humanidade e Inovação. V.8, p 1-18, 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. Relatório de gestão (2015-2018). p.1-77, 2019a. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Balanco/Balanco_de_Gestao_2015_2018_Ricardo_de_Oliveira.pdf.
- ESPÍRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde-PES de 2020-2023. p.1-175, 2019b. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%B Ade%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>.

ESPÍRITO SANTO. Governo do estado do Espírito Santo. Plano de Contingência do Estado do Espírito Santo (2020a). Acesso em 5 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Plano%20Estadual%20de%20Prevencao%20e%20Controle%20da%20COVID-19.27.6.2020.pdf>.

ESPÍRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. Portaria 072-R, de 30 de abril de 2020. Define regras e valores para contratação de leitos de UTI e enfermaria. 2020b. Acesso em 18 de janeiro de 2022. Disponível em: [C:\CAP\CINPADRAO \(saude.es.gov.br\)](C:\CAP\CINPADRAO (saude.es.gov.br)).

ESPÍRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. Edital Emergencial para contratação de servidores temporários. 2020c. Acesso em 18 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Noticias/Edital%20003-1.pdf>.

ESPÍRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. Relatório de Gestão de 2019. 2020d. Acesso em 15 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/RELATORIO%20ANUAL%20DE%20GESTAO%202019.pdf>.

ESPÍRITO SANTO. Portal Transparência do estado do Espírito Santos. Gastos com Covid-19 em 2020 e 2021. 2021a. Acesso em 10 de agosto de 2021. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br/>.

LUNG C et al. Sobre a importância do desenvolvimento científico e tecnológico para a saúde – e o Brasil. In: Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados, organização. Propostas para o futuro da saúde no Brasil: Como criar caminhos de acessibilidade, igualdade e modernidade [online]. São Paulo, 2022. p. 52-91.

MACHADO C, PEREIRA A, FREITAS C. As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 323-342.

MARINHO, Alexandre. SUS: Entendendo os conceitos de Eficiência em Saúde. In: OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org). SUS: Avaliação da Eficiência do Gasto Público em Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2023, p.60-82.

MARQUES, R.M; LEITE, M. G; BERWIG, S.E; DEPIERRI, M.A.L (org). Pandemias, Crises e Capitalismo. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2021. 160p.

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. Tradução: Maria Helena. B.A. V.22. São Paulo: Folha de São Paulo, 2015. 304 p.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Economia Política da Saúde: subsídios para uma Economia Política crítica marxista. In: MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo (org). Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea. São Paulo: Hucitec, 2022. 290 p.

NAKATANI, Paulo; STOCCO, Aline. Austeridade e crise nas últimas décadas. /n: FILIPPON, Jonathan. et al (org). Capitalismo, Austeridade e Saúde no Brasil: perspectivas da economia política. São Paulo: Hucitec, 2022. 295 p.

PRATES, J.C; CARRARO, G; ZACARIAS, I.R. A produção da pobreza e das desigualdades no capitalismo: uma leitura a partir da obra marxista. In: MACIEL, A.L.S; GERSHENSON, B; GUIMARAES, G.T.D (org). Neoliberalismo e desigualdade social: reflexões a partir do Serviço Social. 1 ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2020. 309 p.

SODRÉ F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde .2020. V. 3. p. 1-12.

VACCARO SB, GOMES TS. Terceirização da gestão na Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.

WERNECK, G. et al. Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil. Brasil, 2021, p.1-56. Disponível em: < [CPI Covid.pmd \(idec.org.br\)](https://cpi.covid.pmd.idec.org.br)>. Acesso em 18 de janeiro de 2024.