UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LEONARDO VIDAL MATTOS

FINANCEIRIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL:
estudos em economia política da saúde

Rio de Janeiro
2021

LEONARDO VIDAL MATTOS

FINANCEIRIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL:

estudos em economia política da saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª. Drª. Ligia Bahia

Rio de Janeiro

2021

M444 Mattos, Leonardo Vidal.
Financeirização, neoliberalismo e sistema de saúde no Brasil: estudos em economia política da saúde / Leonardo Vidal Mattos. – Rio de Janeiro, 2021.
359 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Ligia Bahia.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

Referências: f. 336-359.

1. Sistemas de saúde. 2. Políticas de saúde. 3. Economia e organizações de saúde. 4. Financeirização. 5. Neoliberalismo. 6. Sistema Único de Saúde. I. Bahia, Ligia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 362.10981

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEONARDO VIDAL MATTOS

FINANCEIRIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL:
estudos em economia política da saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 23 de julho de 2021.

_____

Profª. Drª. Ligia Bahia (Orientadora)
IESC/UFRJ

_____

Profª. Drª. Leda Maria Paulani
FEA/USP

_____

Profª. Drª. Esther Dweck
IE/UFRJ

_____

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
IMS/UERJ

_____

Prof. Dr. Áquilas Mendes
FSP/USP

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos queridos de todas as distâncias e de todas as horas e aos companheiros de militância por tornarem essa vida mais leve, mais cheia de sentido e de sonhos. A Dri, por todo amor, companheirismo, afeto e cuidado. Por estar do meu lado quando o imprevisível da tese, da vida e do mundo me colocou em suspenso. Aos meus pais Maria Lucia e Alaor e a minha irmã Isadora por todo o apoio na caminhada e por me acolherem sempre. Com vocês aprendi o valor do estudo, do conhecimento, da ética, do afeto, da festa, da convivência e da risada.

À minha orientadora e amiga Ligia, a quem tenho enorme gratidão. Quando me mudei para o Rio não imaginava trabalhar tão perto da pesquisadora que admirava tanto. E menos ainda que teria a honra de integrar e construir de perto o GPDES, na garra, na crítica e na contracorrente. A convivência me possibilitou aprender diariamente com seu brilhantismo e suas inquietações. Também me sinto grato por poder me aproximar da incrível pessoa humana por trás da pesquisadora, com toda sua generosidade.

Aos colegas de GPDES pela construção coletiva, pela amizade e pela convivência. Aos amigos e colegas Lucas, Felipe, Artur, Sestelo, Diego, Elza que ajudaram a abrir caminhos na mata fechada para que esta tese pudesse existir. Que sorte de ter tido vocês no caminho. A Vera e Rondinelli, sempre um prazer trabalhar e aprender. À Rosy, por tudo. Aos colegas do GT de Saúde Internacional da CLACSO pelas trocas inspiradoras.

A tarefa da pesquisa comprometida com a sociedade é árdua, mas só é possível porque existem instituições como a CAPES, o CNPq e a FAPERJ, às quais agradeço imensamente por terem possibilitado a mim e a milhares de estudantes a formação científica na graduação, na pós-graduação, e o fomento de pesquisas. Viva as instituições públicas de ensino e pesquisa, que quando voltam sua excelência para o interesse público se tornam aliadas da mudança.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ por ter me acolhido e por prover toda a estrutura institucional necessária para os pós-graduandos. À Fátima e por toda sua dedicação, disponibilidade e generosidade no trato de toda a comunidade do IESC.

Agora não pergunto mais aonde vai a estrada
Agora não espero mais aquela madrugada
Vai ser, vai ser, vai ter de ser, vai ser faca amolada
Um brilho cego de paixão e fé faca amolada

Fé Cega, Faca Amolada

Beto Guedes e Milton Nascimento

RESUMO

MATTOS, Leonardo Vidal. **Financeirização, neoliberalismo e sistema de saúde no Brasil**: estudos em economia política da saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Apoiada no pensamento crítico em saúde e na economia política da saúde, esta tese reúne estudos que buscam atualizar a compreensão sobre o setor saúde no Brasil, considerando que as políticas de saúde são historicamente determinadas, politicamente instituídas, socialmente produzidas e relacionadas à produção e reprodução social. Na Parte I, após revisão sobre as relações entre sistemas de saúde, neoliberalismo e financeirização, analisa-se a inserção de empresas brasileiras do setor saúde no processo de financeirização. Foram selecionadas 58 e coletadas informações quantitativas e qualitativas de diversas fontes entre 2008 e 2017. Os resultados são apresentados em dois artigos e em análise exploratória dos dados reunidos no banco BDES-A. Observam-se mudanças nas grandes empresas como a rápida expansão e capitalização, crescentes investimentos externos, alteração na estrutura da propriedade, diversificação, novas estratégias de concorrência, financiamento, organização e governança. Demonstrou-se o papel ativo das empresas na integração do setor saúde brasileiro à financeirização. Na Parte II, analisa-se a formação, as características estruturais e as contradições do sistema de saúde brasileiro contemporâneo, moldado pela reforma sanitária e pelas disputas estabelecidas após a transição para a democracia e para o neoliberalismo. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças nas relações entre Estado, mercado e classes sociais entre 1988 e 2016 foram captadas na trajetória de processos como o financiamento, a universalização, a descentralização, a mercantilização e a segmentação. Identificamos as bases políticas, econômicas, ideológicas, sociais, institucionais e assistenciais que sustentam a economia política do setor saúde no contexto neoliberal no Brasil.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Políticas de saúde. Economia política da saúde. Financeirização. Neoliberalismo. Sistema Único de Saúde. Complexo econômico industrial da saúde.

ABSTRACT

MATTOS, Leonardo Vidal. **Finacialization, neoliberalism and health system in Brazil**: studies in political economy of health. Doctoral thesis (Ph.D in Collective Health) – Institute of Studies in Collective Health, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Based on critical thinking in health and the political economy of health, this thesis brings together studies that seek to update the understanding of healthcare in Brazil, considering that health policies are historically determined, politically instituted, socially produced and related to production and social reproduction. In Part I, after reviewing the relations between health systems, neoliberalism and financialization, the insertion of Brazilian companies in the health sector in the process of financialization is analyzed. Fifty-eight were selected and quantitative and qualitative information was collected from various sources between 2008 and 2017. The results are presented in two articles and in an exploratory analysis of the data gathered in the BDES-A database. Changes are observed in large companies such as rapid expansion and capitalization, increasing external investments, change in ownership structure, diversification, new strategies of competition, financing, organization and governance. The active role of the companies in the integration of the Brazilian health sector to financialization is demonstrated. Part II analyzes the formation, structural characteristics, and contradictions of the contemporary Brazilian health system, shaped by the health reform and the disputes established after the transition to democracy and neoliberalism. The implementation of the Unified Health System (SUS) and the changes in the relations between state, market and social classes between 1988 and 2016 were captured in the trajectory of processes such as financing, universalization, decentralization, marketization and segmentation. We identify the political, economic, ideological, social, institutional bases that underpin the political economy of the health sector in the neoliberal contexto in Brazil.

Keywords: Health systems. Health policy. Political economy of health. Financialization. Neoliberalism. Unified Health System. Health economic industrial complex.

RESUMEN

MATTOS, Leonardo Vidal. **Financeirización, neoliberalismo y sistema de salud en Brasil**: estudios en economía política de la salud. Tese (Doctorado en Salud Colectiva) – Instituto de Estudios en Salud Colectiva, Universidad Federal del Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A partir del pensamiento crítico en salud y de la economía política de la salud, esta tesis reúne estudios que buscan actualizar la comprensión del sector de la salud en Brasil, considerando que las políticas de salud son históricamente determinadas, políticamente instituidas, socialmente producidas y relacionadas con la producción y la reproducción social. En la Parte I, tras revisar las relaciones entre los sistemas de salud, el neoliberalismo y la financiarización, se analiza la inserción de las empresas brasileñas en el sector de la salud en el proceso de financiarización. Se seleccionaron 58 y se recogió información cuantitativa y cualitativa de diversas fuentes entre 2008 y 2017. Los resultados se presentan en dos artículos y en un análisis exploratorio de los datos recogidos en la base de datos BDES-A. En las grandes empresas se observan cambios como la rápida expansión y capitalización, el aumento de las inversiones externas, el cambio en la estructura de la propiedad, la diversificación, las nuevas estrategias de competencia, la financiación, la organización y la gobernanza. Se demuestra el papel activo de las empresas en la integración del sector sanitario brasileño a la financiarización. La parte II analiza la formación, las características estructurales y las contradicciones del sistema de salud brasileño contemporáneo, configurado por la reforma sanitaria y las disputas establecidas tras la transición a la democracia y el neoliberalismo. La implantación del Sistema Único de Salud (SUS) y los cambios en las relaciones entre el Estado, el mercado y las clases sociales entre 1988 y 2016 se plasmaron en la trayectoria de procesos como la financiación, la universalización, la descentralización, la mercantilización y la segmentación. Identificamos las bases políticas, económicas, ideológicas, sociales, institucionales y asistenciales que sustentan la economía política del sector salud en el contexto neoliberal em Brasil.

Palabras Clave: Sistemas de salud. Políticas de salud. Economía política de la salud. Financeirización. Neoliberalismo. Sistema Único de Salud. Complejo económico industrial de la salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes e impactos das reformas neoliberais nos sistemas de saúde na América Latina 51
Quadro 2 – Direções possíveis do processo de diversificação e modelos organizacionais simplificados de empresas diversificadas 87
Quadro 3 – Definição da amostra e critérios de inclusão de subsetores, empresas e grupos econômicos do setor saúde brasileiro no projeto de pesquisa 90
Quadro 4 – Informações de interesse para a pesquisa exploratória 97
Quadro 5 – Caracterização das fontes de dados 98
Quadro 6 – Documentos das juntas comerciais e informações disponíveis 101
Quadro 7 – Documentos selecionados disponíveis no Formulário de Referência da CVM/Bovespa e caracterização do conteúdo 103
Quadro 8 – Características gerais de empresas do varejo farmacêutico segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, atividades econômicas e assistenciais, presença e magnitude. Brasil, 2017 138
Quadro 9 – Propositores, proposições e ações de entidades representativas do varejo farmacêutico e desdobramentos nos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (2008-2017) 144
Quadro 10 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de planos e seguros de saúde segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil. 2017 157
Quadro 11 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Planos e Seguros de Saúde entre 2008 e 2016 161
Quadro 12 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de hospitais privados segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017 165
Quadro 13 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Hospitais Privados entre 2008 e 2016 167
Quadro 14 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017 169

Quadro 15 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia entre 2008 e 2016 173
Quadro 16 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de indústria farmacêutica segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017..... 175
Quadro 17 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas da Indústria Farmacêutica entre 2008 e 2016, Brasil..... 178
Quadro 18 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor do Varejo Farmacêutico no Brasil (2008 a 2016) 180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ajuste da seleção inicial de empresas/grupos econômicos do projeto para a Dimensão Patrimonial e CNPJs selecionados 94
Tabela 2 – Juntas comerciais por estado, documentos disponíveis e forma de obtenção 102
Tabela 3 – Forma Jurídica, perfil de controladores e participação no capital de sócios e acionistas em empresas do setor saúde por subsetor. 2017 114
Tabela 4 – Participação de grupos econômicos e investidores institucionais nacionais e estrangeiros* no capital e controle de empresas do setor saúde no Brasil, 2017 115
Tabela 5 – Número e valores (milhões de reais)[1] de operações de compra, venda[2] e fusão por subsetor. Acumulado de 2008 a 2016..... 119
Tabela 6 – Número e valores de operações patrimoniais realizadas por redes de farmácias brasileiras selecionadas, acumulado de 2008 a 2016. Em valores deflacionados pelo IPCA-IBGE a 31 de dezembro de 2016..... 139
Tabela 7 – Abertura e fechamento de farmácias em cinco redes do varejo farmacêutico no Brasil (2008-2016)..... 139
Tabela 8 – Indicadores contábeis financeiros de grupos de empresas segundo porte (mediana do ativo-A; receita líquida-B); desempenho (Retorno sobre Capital Próprio-C; margem líquida-D; giro do ativo-E) e endividamento (participação de capital de terceiros-F)..... 141
Tabela 9 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas de planos e seguros de saúde brasileiras selecionadas*, acumulado de 2008 a 2016. 159
Tabela 10 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas brasileiras selecionadas* de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, acumulado de 2008 a 2016 172
Tabela 11 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas selecionadas* do subsetor de indústria farmacêutica com atuação no Brasil, acumulado de 2008 a 2016..... 177

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados 100
Figura 2 – Movimentações patrimoniais (valor e número) em empresas brasileiras do setor saúde por subsetor de 2008 a 2016 118
Figura 3 – Atividades econômicas e assistenciais de empresas e subsetores do setor saúde no Brasil, 2017 121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
Abcfarma	Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
Abifarma	Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas
Abifina	Associação Brasileira da Indústria de Química Fina
Abrafarma	Associação Brasileira de Redes das Farmácias e Drogarias
Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Abraspe	Associação Brasileira de Planos Próprios de Empresas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFAB	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
AGU	Advocacia Geral da União
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização para internação hospitalar
Alames	Associação Latino-americana de Medicina Social e Saúde Coletiva
Alanac	Associação Nacional dos Laboratórios Nacionais
ALCA	Área de Livre-Comércio das Américas
Alfob	Associação dos Laboratórios Oficiais Brasileiros
AMB	Associação Médica Brasileira
Anab	Associação Nacional das Administradoras de Benefícios
Anahp	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Associação Privada
APS	Atenção Primária à Saúde
BDES	Banco de Documentação sobre o Empresariamento da Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPC	Benefício de prestação continuado
BRICS	acrônimo para o grupo informal que reúne Brasil, Rússia, China, África do Sul
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS	Centros de atenção psicossocial
CBEXs	Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde
CBFarma	Câmara Brasileira de Produtos Farmacêuticos
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comitês Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CISC	Comprovante de Inscrição de Situação Cadastral
CIT	Comitê Intergestor Tripartite
CLACSO	Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Filantrópicas
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMF	Complexo Médico Financeiro
CMI	Complexo Médico Industrial
CNAE	Cadastro Nacional de Atividades Econômicas
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNI	Confederação Nacional das Indústrias
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSaúde	Confederação Nacional Hospitais, Estabelecimentos e Serviços de Saúde
CNSeg	Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CUS	Cobertura Universal em Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CVM	Comissão de Valores Mobiliários da Bovespa

DAB	Departamento de Atenção Básica
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ECA	Empresas de Capital Aberto
ENF	Empresas Não-Financeiras
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
Febrafar	Federação Brasileira de Redes de Farmácias Associativistas
Febrafarma	Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica
Fenaess	Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FenSeg	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar
Fiesp	Federação das Indústria do Estado de São Paulo
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPS	Frente Parlamentar da Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
GATS	Acordo Geral sobre Comércio de Serviços
GE	Grupo Econômico Estrangeiro
Geap	Fundação de Assistência ao Servidor Público
GN	Grupo Econômico Nacional
HIV	vírus da imunodeficiência humana
HP	Hospitais Privados
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICOS	Instituto Coalizão Saúde
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
IED	investimento estrangeiro direto

IESS	Instituto de Estudos em Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INE	Investidor Institucional Estrangeiro
INN	Investidor Institucional Nacional
Inpi	Institutto Nacional da Propriedade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Interfarma	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IRPF	Imposto de Renda de Pessoas Físicas
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas
ISI	Industrialização por Substituição de Importações
LRO	Lei de Responsabilidade Fiscal
MCO	empresas de cuidados gerenciados (*managed care organizations*)
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição
MME	Maiores e Melhores Exame
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e da Assistência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	*National Health System*
NIRE	Número de Identificação do Registro de Empresas
NOAS	Normas Operativas da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPM	Nova Gestão Pública (*new public management*)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organizações Não-Governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pasep	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBM	gestão de benefício farmacêutico (*pharmacy benefit management*)
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PDS	Partido Democrático Social
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido da Mobilização Democrática Brasileira
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
Pró-Genéricos	Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PSS	Planos e Seguros de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
QSA	Quadro de Sócios e Administradores
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RJU	Regime Jurídico Único
ROE	Retorno sobre Capital Próprio
RPPS	Regime Próprio da Previdência Social

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAA	Sociedade Anônima de Capital Aberto
SADT	Serviços de apoio ao diagnóstico e a terapia
SAF	Sociedade Anônima de Capital Fechado
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEL	Sociedade Empresária Limitada
SGEP	Secretaria Gestão Estratégia e Participativa
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Susep	Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda
TRIPS	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*)
UBD	Unidades Básica de Saúde
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Unimed	Confederação Nacional de Cooperativas Médicas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – DO PENSAMENTO CRÍTICO EM SAÚDE À ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE 22
PENSAMENTO CRÍTICO EM SAÚDE: RECUPERANDO PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS DE ALGUNS TRABALHOS CLÁSSICOS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA 24
A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE COMO CAMPO DE ABORDAGENS ALTERNATIVAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E SOCIEDADE 30
SOBRE ESTA TESE 33
PARTE I – Financeirização e Saúde: bases teóricas, evidências e reflexões sobre o setor saúde brasileiro (2008-2017) 37
CAPÍTULO 1 – FINANCEIRIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E SAÚDE: FUNDAMENTOS, EVIDÊNCIAS E HIPÓTESES NO BRASIL, NA AMÉRICA LATINA E NO MUNDO 38
1.1 NEOLIBERALISMO, FINANCEIRIZAÇÃO E A DINÂMICA DO CAPITALISMO CONTEMPORÊNEO 38
1.2 POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO E DA FINANCEIRIZAÇÃO 46
1.3 GLOBALIZAÇÃO, PRIVATIZAÇÃO E REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO NEOLIBERALISMO 50
1.4 QUE LUGAR PARA A FINANCEIRIZAÇÃO NO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL? 53
1.5 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA FINANCEIRIZAÇÃO: QUE ARTICULAÇÃO POSSÍVEL? 58
1.6 A FINANCEIRIZAÇÃO E OS LIMITES ESTRUTURAIS AO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE 62
1.7 POLÍTICAS DE SAÚDE E FINANCEIRIZAÇÃO A PARTIR DA CRISE GLOBAL DE 2008 64
1.8 O PAPEL ATIVO DAS CORPORAÇÕES DO SETOR SAÚDE NA FINANCEIRIZAÇÃO NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DA HEGEMONIA 72

1.9 FINANCEIRIZAÇÃO COMO DETERMINANTE HISTÓRICO-ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO 75
CAPÍTULO 2 – EXPRESSÕES DA FINANCEIRIZAÇÃO EM EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL: ELEMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA 79
2.1 A dinâmica capitalista de empresas e grupos econômicos no contexto financeirização 80
2.2 EXPRESSÕES DA FINANCEIRIZAÇÃO EM EMPRESAS BRASILEIRAS DO SETOR SAÚDE 83
2.3 TRAJETÓRIA E PROCESSO DE MUDANÇAS EM EMPRESAS CONTEMPORÂNEAS: CONTRIBUIÇÕES DA ECONOMIA INDUSTRIAL 85
2.4 CONSTRUINDO UMA METODOLOGIA PARA A ANÁLISE DA DIMENSÃO PATRIMONIAL DE EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE 89
2.4.1 Seleção das empresas e grupos econômicos do setor saúde 89
2.4.2 Informações de Interesse 96
2.4.3 Fontes de Informações 97
2.4.4 Coleta de dados 99
2.4.4.1 Receita Federal 100
2.4.4.2 Juntas Comerciais (Certidões Simplificadas e Ficha Cadastral Simplificada) 100
2.4.4.3 Junta Comercial (Ficha Cadastral Completa) 102
2.4.4.4 Comissão de Valores Mobiliários da Bovespa (CVM) 103
2.4.4.5 Demonstrações Financeiras, Relatórios Anuais, Mídia e Sites Oficiais 104
2.4.5 Sistematização e construção do banco de dados (BDES-A) 104
2.5 LIMITAÇÕES 106
CAPÍTULO 3 – FINANCEIRIZAÇÃO, ACUMULAÇÃO E MUDANÇAS PATRIMONIAIS EM EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL 108
CAPÍTULO 4 – DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS ÀS GRANDES REDES: EXPANSÃO, ACUMULAÇÃO E FINANCEIRIZAÇÃO NO VAREJO FARMACÊUTICO NO BRASIL 131
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA DIMENSÃO PATRIMONIAL DE EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DE CINCO SEGMENTOS DO SETOR SAÚDE (2008-2017) 154
5.1 PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE 154

5.2 HOSPITAIS PRIVADOS 162
5.3 SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA 168
5.4 INDÚSTRIA FARMACÊUTICA 174
5.5 VAREJO FARMACÊUTICO 180
5.6 HIPÓTESES E REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE COMPETIÇÃO E ACUMULAÇÃO ENTRE AS PRINCIPAIS EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL 181
PARTE II – A Economia Política do Setor Saúde no Brasil (1988-2016) 189
CAPÍTULO 6 – PREÂMBULO: EM BUSCA DE UMA COMPREENSÃO DA ECONOMIA POLÍTICA DO SETOR SAÚDE NO BRASIL DEMOCRÁTICO E NEOLIBERAL 190
CAPÍTULO 7 – FORMAÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 200
7.1 INDUSTRIALIZAÇÃO, ESTADO, REGIME POLÍTICO E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL – DOS ANOS 30 AOS 80 200
7.2 A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA: FORMAÇÃO, EXPANSÃO E CONTRADIÇÕES 206
7.3 ECONOMIA E POLÍTICA NA TRANSIÇÃO PARA A DEMOCRACIA E PARA O NEOLIBERALISMO NO BRASIL 216
7.4 SAÚDE É DEMOCRACIA! E NEOLIBERALISMO? 220
CAPÍTULO 8 – A ECONOMIA POLÍTICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO ENTRE O NEOLIBERALISMO E A DEMOCRACIA (1988-2016) 226
8.1 O BRASIL NO CONTEXTO DEMOCRÁTICO E NEOLIBERAL 226
8.2 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: ENTRE A POLÍTICA MACROECONÔMICA, A DESCENTRALIZAÇÃO E A PRIVATIZAÇÃO 243
8.3 UNIVERSALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO: MUDANÇA INSTITUCIONAL, EXPANSÃO DA OFERTA PÚBLICA PELO SUS E INCORPORAÇÃO DE DEMANDAS NOS LIMITES DO ESTADO E DA DEMOCRACIA NO NEOLIBERALISMO 252
8.3.1 Descentralização e Regionalização 252
8.3.2 Atenção Primária 257
8.3.3 Atenção hospitalar e especializada 260
8.3.4 Medicamentos e Assistência Farmacêutica 265
8.3.5 Participação política e social 271

8.4 MERCANTILIZAÇÃO E SEGMENTAÇÃO: AS BASES POLÍTICAS E SOCIAIS DA ACUMULAÇÃO, DA PRÁTICA MÉDICA, DA SEGREGAÇÃO E DA DEPENDÊNCIA SANITÁRIA NO MODELO ASSISTENCIAL NEOLIBERAL.....276
8.4.1 As décadas de 1980 e 1990 278
8.4.2 As décadas de 2000 e 2010 290
CAPÍTULO 9 – SÍNTESE E CONCLUSÕES.....308
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....323
REFERÊNCIAS 336

INTRODUÇÃO – DO PENSAMENTO CRÍTICO EM SAÚDE À ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Durante os anos 70 e 80, o campo da Saúde Coletiva no Brasil (e da Medicina Social na América Latina) surge a partir da formulação de um pensamento epistemologicamente original e totalizante das relações sociais no campo da saúde, dando novos contornos às abordagens tradicionais da medicina social e das ciências sociais em saúde. O processo saúde-doença passa a ser compreendido como historicamente e socialmente determinado, questionando as noções de causalidade da epidemiologia tradicional e do modelo biomédico, bem como as abordagens hegemônicas da Saúde Pública, individualizantes, fragmentadas e dissociadas da história e dos conflitos sociais. A prática médica era entendida não apenas como um ato técnico, mas estava essencialmente relacionada à coletividade na medida em que carregava em si e pressupostos políticos e ideológicos fundamentais para a reprodução do modelo assistencial, do processo de acumulação e da estrutura de classes. A assistência à saúde, por sua vez, era vista como parte da questão social, ou seja, como campo que se insere na contradição capitalista entre produção socializada e apropriação privada do excedente dentro de cada formação social e contexto histórico específico.

Apoiados no paradigma histórico estrutural e fundado no materialismo histórico-dialético, mas também abarcando contribuições de outras correntes das ciências sociais, construiu-se um corpo teórico e analítico capaz de integrar as dimensões econômica, política e ideológica na compreensão simultânea da determinação social do processo saúde e doença, das práticas associadas aos cuidados em saúde e do padrão de organização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, tal abordagem permitiu a caracterização da evolução dos modelos assistenciais e do sistema de saúde de forma articulada às especificidades da formação social brasileira e de sua inserção dependente e periférica no sistema capitalista, em distintos ciclos históricos, econômicos e políticos.

Situando de forma precisa o papel da saúde e das políticas sociais na regulação política e econômica do conflito entre capital e trabalho, na medida em que o setor se constituía simultaneamente como *lócus de acumulação de capital* e campo importante para a *reprodução social* e, portanto, espaço de hegemonia e disputa entre as classes sociais. Para Fleury (1985, p. 90), “a condição de possibilidade de constituição de um campo científico específico de conhecimento denominado Saúde Coletiva encontra-se dado, precisamente, pela adoção do método histórico-estrutural”.

Analisadas em conjunto, essas contribuições vão além do próprio delineamento de um objeto ou campo de pesquisas interdisciplinar, que abarcou contribuições da filosofia, sociologia, economia, ciência política, antropologia, da epidemiologia. Consistem em um rico material teórico em si, fundado epistemologicamente nas categorias marxistas, que avançou para uma crítica da economia política do setor saúde, de sua inserção na reprodução ampliada das relações de poder e dominação no capitalismo. Mais do que isso, cientes da indissociabilidade entre saúde e sociedade, entre técnica e política, conformaram uma produção de conhecimento que buscava articular saberes, práticas e ação, o que foi essencial para a sustentação de um movimento político vivo, que tinha um diagnóstico radical da situação da saúde no país e tinha como objetivo fundamental intervir na realidade concreta buscando transformá-la.

Ainda que uma revisão aprofundada da epistemologia do pensamento crítico em saúde dos anos 70 e 80 seja um esforço acadêmico coletivo urgente e necessário, ela exige um esforço que excede o escopo desta tese. Há uma grande diversidade de autores e contribuições destas décadas que mereceriam uma análise conjunta e articulada, visando sistematizar categorias e aspectos-chave de seus estudos.

Neste capítulo, selecionamos elementos centrais de obras de alguns autores seminais do campo (Juan Cesar Garcia, Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, José Carlos Braga e Sérgio de Paula, Hésio Cordeiro, Jaime Oliveira e Sônia Fleury) que ajudam a recuperar e delimitar os pressupostos teóricos e analíticos que interessam para a construção desta tese, a saber as relações essenciais entre capitalismo, saúde e sociedade. Este prisma orienta posteriormente um olhar sobre os desdobramentos das políticas de saúde no Brasil últimos 30 anos, com um olha especial para o papel da financeirização. O breve recorte aqui apresentado não esgota ou analisa de forma sistemática o pensamento destes autores.

Outro esforço igualmente relevante seria o de cotejar os pressupostos do pensamento crítico em saúde com os rumos teóricos e empíricos posteriores da produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva, que a partir dos anos 90 passou por um processo de institucionalização, intensa fragmentação, especialização, diversificação de objetos e incorporação de novas teorias e métodos (muitos incompatíveis com a estrutura de pensamento anterior) em um contexto de implementação do SUS, ascensão do neoliberalismo, mudanças no campo das Ciências Sociais e rebaixamento dos horizontes de transformação social. Ganharam força leituras funcionalistas, neoclássicas, institucionalistas e pós-modernas sobre nas análises processos políticos, econômicos e sociais. Uma série de trabalhos de revisão tem feito balanços críticos sobre as mudanças (LEVCOVITZ *et al*., 2002; LACAZ,

2001; PAIM; TEIXEIRA, 2006; SILVEIRA, 2015; SANTOS; TEIXEIRA, 2016; ALVES; CARNUT; MENDES, 2020), com conclusões nem sempre similares, mas, novamente, a discussão excede nossa proposta.

Buscamos sintetizar – no campo *Economia Política da Saúde* – as abordagens alternativas que mantiveram algum nível de vínculo com os pressupostos fundamentais do pensamento crítico em saúde. Vale destacar que, mesmo entre os estudos que podem ser enquadrados neste campo, há uma grande diversidade de abordagens, nem sempre alinhadas à perspectiva da totalidade das relações socais, da fundamentação das sociedades capitalistas e do Estado no conflito entre classes sociais, e nem sempre considerando a indissociabilidade entre político, econômico e ideológico. Isso é especialmente relevante em um contexto em que as abordagens marxistas praticamente desapareceram. Mas, em conjunto, sustentam alguns imperativos comuns, especialmente a necessidade das análises históricas e visões mais integradas entre economia e política, Estado e mercado, público e privado. Assim, os estudos deste campo têm fornecido hipóteses e argumentos valiosos que subsidiam ao longo do trabalho nossa tentativa (necessariamente preliminar e incompleta) de enquadramento da evolução das políticas de saúde no Brasil dentro da totalidade das relações sociais.

PENSAMENTO CRÍTICO EM SAÚDE: RECUPERANDO PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS DE ALGUNS TRABALHOS CLÁSSICOS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

O pioneiro na interlocução entre marxismo e saúde foi também o articulador e difusor do movimento técnico e político da medicina social latino-americana nos anos 1960 e 1970, o argentino Juan Cesar Garcia. O autor se apoiou no marxismo para analisar as relações entre medicina e estrutura social, a influência da estrutura social na produção e distribuição de doenças, a estrutura interna da produção de serviços médicos, a relação da formação de pessoal com o campo médico, entre outros assuntos (GARCÍA, 1989).

No Brasil, os trabalhos pioneiros de Maria Cecília Donnangelo (DONNANGELO 1975; DONNANGELO; PEREIRA, 1976) e Sergio Arouca (2003) na década de 70 estabeleceram articulações fundamentais da medicina à sociedade, baseados no materialismo histórico dialético, mas dialogando com contribuições de outras correntes das ciências sociais. Para subsidiar a análise da “medicina comunitária” e da “medicina preventiva” enquanto propostas de reorganização da prática médica, construíram uma base teórica sólida e inovadora que vão muito além dos próprios objetos de pesquisa.

Para Donnangelo e Pereira (1976) a compreensão da articulação da medicina com as demais práticas sociais é estratégica para apreensão de seu caráter histórico e indissociável da reprodução das sociedades capitalistas. Apesar da medicina ser geralmente entendida como prática exclusivamente técnica, dentro de uma aura de autonomia profissional e neutralidade, enquanto tal ela responde a exigências que se definem à margem da própria técnica, na totalidade organizada de práticas sociais econômicas, políticas e ideológicas, entre as quais ela se inclui. Isso se confirma na própria trajetória da medicina em diferentes tempos históricos e mais especificamente a partir dos séculos XVIII e XIX, quando há um claro movimento de redefinição, expansão e institucionalização da prática médica e medicalização da sociedade, permeando o processo político e econômico.

Ao discutir a medicina nas sociedades de classes, identifica-se uma série de articulações desta com as estruturas sociais: (1) extensão da prática médica para o conjunto da sociedade – seja pela ampliação quantitativa dos serviços, pela incorporação institucionalizada de diferentes setores da população ou pela extensão dos campos normativos da medicina sobre concepções e representações sobre a saúde; (2) diferenciação da prática médica de acordo com a inserção dos indivíduos na estrutura social e produtiva (3) participação da medicina na manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho; (4) participação da medicina nas relações de produção, já que o consumo de mercadorias associadas à saúde, apesar de produzidas externamente à medicina, só permite a realização do valor através da prática médica; isto coloca os médicos em posição central na distribuição e no consumo e também implica na subordinação da prática à dinâmica capitalista setorial; (5) a constituição da hegemonia política-ideológica das classes sociais, através da possiblidade de aumento do consumo de serviços médicos, de sorte a atenuar os antagonismos de classe, legitimando o Estado e as relações sociais.

Para Arouca (2003), o trabalho médico (ou em saúde), enquanto processo de trabalho, se faz sob a forma de cuidado e tem uma dimensão simultaneamente técnica (conhecimentos, instrumentos e condutas) e social (como relação social), que busca satisfazer as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos frente aos modos de vida e definidas biologicamente e/ou socialmente. O *cuidado médico* (ou em saúde), por sua vez, é compreendido como um processo de trabalho que tem como objetivo intervir sobre valores vitais (biológicos e psicológicos) e atender às necessidades humanas como unidade de troca sobres a qual é atribuído, socialmente e historicamente, um valor. Deste raciocínio derivam quatro características fundamentais desse objeto:

> (1) O cuidado médico é simultaneamente unidade de produção e consumo;
> (2) Ele implica em três tipos de valores – como unidade de troca, nos valores vitais que toma como objeto, e nos valores (de uso e troca) socialmente atribuído aos valores vitais;
> (3) Envolve, como processo de trabalho um conjunto de relações entre os elementos que o compõe (conhecimentos, técnicas e relações sociais e necessidades a serem satisfeitas) que caracterizam as formas históricas que assumem os cuidados;
> (4) É determinado pelas necessidades vitais criadas nos modos de andar a vida e determina necessidades ao definir socialmente seu espaço de cobertura.

Braga e Paula (2018), trabalhando tanto com o marxismo e suas categorias fundamentais quanto com o estruturalismo latino-americano para apreender as especificidades do desenvolvimento capitalista no Brasil na condição de país periférico, desdobram mesmas questões a partir da articulação entre *capitalismo e saúde.* Para eles, as relações entre ambos, sob o olhar da economia política crítica, podem ser analisadas em duas dimensões complementares.

A primeira seria relativa as influências das relações de produção e da estrutura produtiva sobre o setor de atenção à saúde, na medida em que esta é associada à recuperação, manutenção e reprodução da força de trabalho e ao mesmo tempo integra o consumo individual e coletivo, sendo assim um dos elementos das condições gerais de produção e sujeita à influência de fatores econômicos e políticos (BRAGA; PAULA, 2018).

A segunda diz respeito à relevância do setor saúde enquanto atividade produtiva em si, que possui inúmeras especificidades, mas tem em comum a outras atividades econômicas em sociedades de mercado uma tendência geral: a acumulação e valorização do capital (BRAGA; PAULA, 2018). Portanto, o movimento do capital no interior do próprio setor, apreendido por exemplo, no processo de capitalização da medicina apoiada nas políticas previdenciárias (BRAGA; PAULA, 2018) e na constituição e evolução do Complexo Médico Industrial (CMI) (CORDEIRO, 1980, 1984).

Seguindo por esta segunda dimensão, três grandes eixos analíticos para avaliar o comportamento do sistema de saúde são adotados: seu desempenho enquanto lócus de (1) *acumulação e valorização do capital;* (2) transformação técnica e social do processo de trabalho e de atenção; (3) regulação político-ideológica pelo Estado de uma dimensão importante da vida social (BRAGA; PAULA, 2018, p. 83).

Vistas de forma ampliada, a *questão social* e a *questão da saúde* emergem, se desenvolvem e se transformam historicamente como manifestações concretas da reprodução das relações sociais de produção e reprodução e se expressam em práticas políticas e

ideológicas que se constituem como objeto das políticas de Estado. Assim, *desenvolvimento capitalista* e *Estado* tem na *regulação* um importante de vetor de articulação entre o político e o econômico:

> O desenvolvimento capitalista constitui em questão social, entre outros, aqueles processos relacionados com a formação e a reprodução da força de trabalho para o Capital. Num mesmo movimento, constitui o Estado como organismo por excelência a regular e responder tais questões; e, ao fazê-lo, o Estado capitalista e nacional amplia-as, atribuindo-lhe um caráter geral e universal. (BRAGA; PAULA, 2018, p. 84).

Seguindo esse caminho, seria possível apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação (ou regulação política) da questão social, como regulação do mercado e do processo de trabalho, normatização da atividade política, composição do consumo individual e coletivo (no qual se insere o setor saúde), composição das rendas do trabalho. Mais do que isso permite uma abordagem integrada entre o econômico, político e ideológico, indo além da aparente separação e entre economia e política.

Na medida em que a saúde se configura como objeto de ação e intervenção do Estado, a compreensão sobre seu caráter é fundamental. Uma abordagem relevante sobre a análise do Estado na evolução da Previdência Social está no trabalho de Oliveira e Fleury (1985). A partir de Poulantzas (2015, 2019) compreende-se o Estado capitalista como campo relacional de poder, enquanto condensação da correlação de forças, enquanto espaço de busca de hegemonia e consenso, e não exclusivamente dominação pela coerção – o que ressalta a indissociabilidade da política e de sua derivação da luta de classes.

A atuação estatal deve, então, integrar e articular, de forma tensa, dinâmica e mutável, interesses gerais e específicos de setores dominantes e subalternos, condicionados pelos distintos contextos e conjunturas políticas, econômicas e sociais, e pelos seus limites enquanto aparato burocrático e institucional, na medida em que sua autonomia é apenas relativa e é permeado de forte seletividade estrutural, especialmente aos grupos e interesses subalternos. Dessa forma evita-se, simultaneamente, tanto as abordagens instrumentais do Estado, que o tratam com instituição autônoma, tecnocrática e alheia aos conflitos sociais, quanto as abordagens que reduzem o Estado a mero executor das vontades das classes dominantes, sem, contudo, negar seu caráter de classe (OLIVEIRA; FLEURY, 1985, p. 11-14).

A partir daí compreende-se o caráter contraditório da intervenção estatal através das políticas sociais. De um lado a possibilidade e necessidade das políticas sociais como decorrência da condição de cidadania na ordem capitalista liberal, que oculta a natureza de classe desse Estado e ajuda a reproduzir o consenso e dos pactos sociais como forma de

legitimação do próprio Estado e da ordem econômica e social burguesa. De outro, a reprodução social passa também pela necessidade crescente de reprodução do capital e do trabalho, inclusive no interior do setor saúde (FLEURY, 1985, p. 92).

O trabalho de Cordeiro (1984), por sua vez, trata a questão teórica do *consumo* enquanto prática social de reprodução das relações sociais, o que produz um outro ângulo igualmente produtivo. Destaca-se que o sistema de necessidades nasce na produção social das condições de existência, na medida em que o consumo não é apenas resultado de satisfação de uma vontade, mas a própria finalidade da produção e o momento que reinicia o circuito de valorização do capital. Assim produção e consumo seriam unidades contraditórias e inseparáveis.

Essa relação dialética passa por três pontos essenciais: 1) a produção implica, quando se realiza, no consumo de meios de produção (força e meios de trabalho); 2) a produção cria o consumo enquanto objeto exterior, o consumo cria para a produção a necessidade, de modo que são indivisíveis; 3) assim, ao se realizarem, produção e consumo criam um ao outro (CORDEIRO, 1980, p. 101-102).

Portanto, as formas do consumo são determinadas pela produção ao criar os padrões de consumo. O momento da produção criaria também símbolos e ideologias associadas aos produtos, na medida em que fornece mais que uma mercadoria para uma necessidade, mas também uma necessidade relacionada à mercadoria. Dessa forma:

> As necessidades, portanto, não são necessidades em abstrato ou necessidades de indivíduos isolados. Representam uma determinada etapa ou momento do desenvolvimento das contradições entre as relações de produção e as forças produtivas. [...] As necessidades estão determinadas, em uma dada conjuntura, pelas relações de força entre as classes sociais e frações de classe que refletem as condições de reprodução da força de trabalho. [...] São necessidades de sua reprodução [trabalhador] sob o ponto de vista do capital e do modo de produção capitalista. O consumo individual é, pois, um fator de produção e reprodução do capital. (CORDEIRO, 1980, p. 102-103).

Por outro lado, o autor faz importantes ressalvas. A primeira é a de que a reprodução do modo de produção não se dá sem contradições. Portanto, a ênfase excessiva nesse aspecto pode levar a relações circulares (causa e efeito), uma vez que todas as práticas sociais são reprodutoras de suas condições de produção. As lutas sociais nascem das contradições e condições objetivas de exploração e impulsionam novas necessidades que garantam condições de vida e padrões de reprodução melhores. Portanto, a política está presente:

> A extensão da cobertura dos serviços de saúde e ampliação do mercado consumidor de medicamentos se, por um lado, atendem às exigências da acumulação de capital na indústria farmacêutica, podem representar, ao mesmo tempo, conquistas sociais, elevação dos níveis de aspirações e reivindicações, melhoria das condições de saúde dentro de certos limites e criação de condições de possibilidade de emergência na consciência social e política de novas necessidades. (CORDEIRO, 1980, p. 103).

A segunda ressalva é a de que as visões mais economicistas podem induzir à equivocada compreensão de que a necessidade e o consumo são apenas exigência técnica do processo de produção. A acumulação não é um processo técnico por essência, exterior e determinante unidirecional do desenvolvimento da sociedade, das classes, das necessidades e do consumo. O processo de acumulação, enquanto reprodução ampliada das relações de exploração, é que a própria luta de classe (CORDEIRO, 1980). Ou seja, as relações de classe e a luta de classes determinam e são determinadas pela acumulação de forma dialética. Dessa forma, não basta apenas analisar as etapas e formas do desenvolvimento capitalista, mas como isso influencia e é influenciado pelo conflito distributivo e pelas práticas de classe, do ponto de vista político, econômico e ideológico.

Do ponto de vista ideológico, o consumo tratado como vontade individual dentro dos limites do poder aquisitivo assume a existência de indivíduos livres e iguais. Isso contribuiria para que as diferenças concretas determinadas pelas relações de produção sejam ocultadas, reduzindo-as a diferenças na forma de acesso e apropriação de bens de consumo e fazendo da reprodução da força de trabalho assunto privado (CORDEIRO, 1980), mesmo quando socializadas em instituições como os hospitais. Assim, as práticas de consumo hegemônicas refletem a ideologia dominante que legitima práticas de consumo desejáveis e acessíveis às classes e frações de classe.

Nessa direção, as relações entre o Estado e as classes sociais passa a ter grande importância, na medida em que as políticas de saúde organizam as formas coletivas de consumo *(consumo coletivo)* como a assistência médica e farmacêutica, afetando o acesso e distribuição dos recursos assistenciais, e conformando diferentes padrões de estrutura e oferta de serviços em distintos territórios e regiões (CORDEIRO, 1980). Elas influenciam, além das formas de acessibilidade aos serviços, na "produção e difusão de ideologias de consumo e formas de consciência social das necessidades" (idem). Assim as políticas de saúde:

> [...] refletem em seu discurso ideológico as intenções de coordenação entre os aparelhos institucionais estatais e privados para atender às necessidades

> de saúde da população, homogeneizando ideologicamente necessidades e interesses conflitantes (CORDEIRO, 1980, p. 107).

A constituição e transformação das políticas de saúde, portanto, não são meras determinações diretas dos sistemas de acumulação, mas estão a eles ligados. O processo histórico que constitui diferentes fases do capitalismo em formações sociais específicas engloba a mudança nas próprias relações de produção e divisão social do trabalho. Isso implica modificações na constituição e na reprodução das classes sociais, e por conseguinte da luta de classes e do padrão de dominação política. Assim, as relações de classe permeiam tanto as mudanças na produção, na reprodução como também no próprio caráter da intervenção do Estado, que não pode ser compreendido fora da política, fora da conjuntura mais ampla.

Ainda que o marxismo tenha sido praticamente abandonado como referencial a partir da década de 90, em uma grande virada política e epistemológica, é de fato impossível dissociar a produção acadêmica dos anos 70 e 80 da corrente crítica das ciências sociais.

A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE COMO CAMPO DE ABORDAGENS ALTERNATIVAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E SOCIEDADE

A Economia da Saúde como disciplina acadêmica tem se desenvolvido largamente ao longo dos últimos 50 anos e hegemoniza não apenas a produção acadêmica internacional (WAGSTAFF; CULYER, 2012), mas também teve grande expansão no Brasil a partir dos anos 90 (MENDES; MARQUES, 2006; CAMPINO, 2017). As técnicas, métodos e propostas do pensamento econômico neoclássico penetraram profundamente nas produções científicas, no ensino da economia da saúde em programas de pós-graduação e na Saúde Coletiva (ALVES; CARNUT; MENDES, 2020), bem como na formulação e avaliação de políticas e programas de saúde.

Seus pressupostos teóricos e políticos tem embasado diagnósticos, proposições e a implementação de reformas dos sistemas de saúde em todo o mundo, além de penetrar profundamente nos processos burocráticos, gerenciais e assistenciais relacionados ao planejamento e aos cuidados em saúde. Conceitos como o *pluralismo estruturado* nos anos 90, e mais recentemente, *cobertura universal em saúde (CUS)*, aliado a diretrizes e prescrições de instituições como a OMS, Banco Mundial, FMI, agentes financeiros, setor

privado, formam um mosaico de propostas, políticas e práticas que tem prevalecido em âmbito global durante a fase neoliberal do capitalismo.

No campo do planejamento e gestão, ganham espaço as propostas relacionadas à nova gestão púbica (*new public management*), que disseminaram discursos e parâmetros de gestão empresarial aplicadas aos dos sistemas de saúde, e justificaram a criação e ampliação de mercados de asseguramento, gestão e provisão em nome de uma suposta busca por eficiência. E na interface entre estes e outros conhecimentos, proliferam-se investigações sobre serviços de saúde com fortes influências de conceitos microeconômicos para a mensuração e avaliação de desempenho, qualidade, efetividade, incorporação de tecnologia, acesso etc. A chamada *medicina baseada em evidências*, por sua vez, uniu epidemiológica clínica, à estatística e à economia neoclássica e foi transformada em "padrão ouro" da boa prática médica e instrumento técnico último para a avaliação de incorporação de tecnologias.

Em linhas gerais, a Economia da Saúde trata do uso ótimo de recursos limitados para o cuidado em saúde buscando maximizar a eficiência. Todavia, o setor saúde possui especificidades que o afastam das características que definem um mercado perfeito, no qual as forças da oferta e da demanda seriam capazes de produzir um equilíbrio que maximiza a eficiência e a utilidade, como a presença de riscos e incertezas, informação assimétrica, risco moral, barreiras de entrada e grandes externalidades. Nesse contexto a ação e intervenção do Estado se justificaria, seja para corrigir falhas de mercado, seja para proteger indivíduos e famílias e diluir os riscos ao longo do ciclo de vida, além de garantir algum grau de justiça social, a depender dos valores priorizados por cada sociedade (BARR, 2012).

Para Braga e Paula (2018), a abordagem da Economia da Saúde acaba por restringir o *problema da saúde* em *problema da atenção à saúde* e da *análise da indústria do cuidado à saúde*. Por consequência coloca a saúde como *determinada* pelos serviços de saúde, e não pelas relações sociais, ocultando assim o movimento do capital e os conflitos entre as classes sociais. A economia do bem-estar (*welfare economics*), por sua vez, entenderia o Estado como neutro visando objetivos de justiça, a sociedade como um consenso entre os homens e de que a igualdade deve se fazer para alguns bens primários (FALEIROS, 2006).

Viana, Silva e Elias (2007) também apontam que nestas abordagens Estado e mercado são tratados como instituições dissociadas, onde a ação de cada um tem vantagens e desvantagens, que deveriam ser equilibradas racionalmente partir de diferentes combinações de financiamento e provisão público e privado. A intervenção estatal poderia reduzir custos de transação, garantir de acesso equitativo, limitar a discriminação, além de possibilitar ações de maior continuidade e estabilidade. O mercado, por sua vez, poderia promover a eficiência

produtiva, economia de escala, maior capacidade de resposta às demandas de clientes e pacientes, liberdade de escolha, flexibilidade no uso de insumos. Assim, oculta-se o processo histórico de formação dos sistemas de saúde e do capitalismo e o próprio papel do Estado e do mercado enquanto parte de um sistema de relações sociais e econômicas.

Alguns autores da medicina social latino-americana e da Saúde Coletiva têm buscado sintetizar no campo *Economia Política da Saúde* as abordagens (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007; LEVCOVITZ *et al.,* 2015; MENDES *et al.,* 2017, FEO, 2020; ALVES; CARNUT; MENDES, 2020). A visão conjunta e integrada entre economia e política, Estado e mercado, público e privado seria capaz de sustentar uma análise mais abrangente e historicizada de fenômenos que a visão formalista da economia da saúde (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007). Nessa categorização, as abordagens da economia política da saúde não se restringem à economia, mas também engloba contribuições das ciências sociais e do pensamento crítico em saúde, para a análise de um grupo de problemas comuns, complexos e interligados.

As duas principais diferenças para a abordagem baseada na economia neoclássica seriam a consideração e discussão das especificidades da saúde enquanto mercadoria e enquanto bem econômico e o imperativo de uma análise histórica, capazes de abarcar as profundas mudanças nos sistemas de saúde ao longo do último século em um momento de ampliação da mercantilização, constituição de um grande campo de acumulação de capital, e a configuração da saúde como campo da luta por direitos (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

Para estes autores, os problemas comuns e processos centrais para a Economia Política da Saúde são resumidas em três dimensões de questões, que convivem de forma complexa e contraditória nos sistemas de saúde: 1) saúde como direito, desmercantilização do acesso, sistemas de proteção social; 2) saúde como bem econômico, mercantilização da oferta, assalariamento de profissionais da saúde, empresas de intermediação e prestação; 3) saúde como esfera de acumulação, complexo médico-industrial, globalização e financeirização (idem).

Atualizar este tipo de abordagem em novos estudos requer esforços de rearticulação de categorias teóricas mais gerais da economia política crítica (e das ciências sociais em saúde) com categorias intermediárias capazes de estabelecer nexos entre as determinações gerais do modelo de desenvolvimento e as formas e práticas políticas, ideológicas, sociais e institucionais associadas à assistência à saúde. Esta não é uma proposta simples, tampouco individual. A recolocação da questão da saúde sob essas lentes se desdobra em múltiplos e complementares objetos de investigação que exigem esforços teóricos muito mais amplos e consistentes do que nos propomos aqui, e que são, necessariamente, coletivos. Dessa forma,

os estudos apresentados nesta tese não pretendem esgotar todos estes temas e possuem uma série de limitações abordadas nas Considerações Finais.

Consideramos que o resgate da perspectiva histórico-estrutural é um ponto de partida fundamental para expandir a capacidade de explicação sobre o setor saúde no Brasil hoje, abarcando contribuições específicas de diferentes correntes dentro de um quadro teórico mais amplo, e avançando para uma interpretação da economia política da saúde no Brasil contemporâneo. Para tanto, é necessário recuperar, renovar e atualizar as ferramentas teóricas e analíticas oriundas do marxismo e buscar intermediações que estabeleçam conexões com realidade concreta.

SOBRE ESTA TESE

Esta tese está dividida em duas grandes partes que compõe um mesmo mosaico de inquietações, investigações, reflexões individuais e coletivas acumuladas ao longo dos últimos anos. Elas tem como eixo comum a busca de uma compreensão contemporânea sobre a Economia Política do setor saúde no Brasil. Diante das contradições da experiência histórica da reforma sanitária brasileira e da sobreposição de crises (econômicas, políticas, sociais, sanitárias) que assolam o país desde a década de 2010, consideramos que um esforço de retomada de categorias e abordagens críticas para análise das políticas de saúde pode ser um passo importante para, simultaneamente, aprimorar e ampliar a as ferramentas teóricas e conceituais para a compreensão dos imensos desafios contemporâneos para garantia direito à saúde, bem como subsidiar o diagnóstico e ação política estratégica no campo da saúde dos setores da sociedade alinhados à defesa do direito à vida e da saúde como bem-comum.

A **Parte I** é constituída de cinco capítulos. O **Capítulo 1** trata-se de uma revisão narrativa de conceitos, temas e processos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho. A financeirização ou dominância financeira é compreendida enquanto padrão de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo (BRAGA, 1997; BRAGA, 2018) e a principal característica distintiva da fase neoliberal do capitalismo (SAAD-FILHO; FINE, 2017; SAAD-FILHO, 2019), que sucede a era fordista ou *keynesiana* a nível global e a Industrialização por Substituição de Importações (ISI) na América Latina. A partir de então, são revisadas interpretações críticas sobre as relações das políticas de saúde com a globalização, o neoliberalismo, as privatizações e, mais especificamente, a financeirização. Cada vez mais esta se fortalece como determinante histórico-estrutural extremamente

relevante para compreensão dos sistemas de saúde contemporâneos, com importantes reflexos no caso brasileiro.

Nos Capítulo de 2 a 5, concentra-se no eixo principal da pesquisa empírica do trabalho. Se refere a um recorte específico sobre mudanças recentes no padrão setorial de acumulação, através de uma análise das expressões da financeirização na dimensão patrimonial de 58 empresas e grupos econômicos de 5 subsetores do setor saúde no Brasil, no período de 2008 a 2017. São apresentados o desenvolvimento metodológico e os resultados de um dos eixos transversais do projeto "*Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do sistema universal no Brasil*", que analisa mudanças na dimensão patrimonial das corporações. O delineamento teórico e metodológico geral da pesquisa é descrito por Bahia *et al.* (2021), Mattos *et al.* (2021), Andrietta *et al*. (2021).

O **Capítulo 2** faz uma breve revisão sobre a dinâmica capitalista das corporações no contexto da financeirização (Braga 1997, 2015, 2018) e apresenta algumas categorias da Economia Industrial (Kupfer e Hasenclever, 2013, entre outros) para análise de empresas que orientaram a análise dos resultados (financiamento, diversificação, estrutura organizacional, etc.). Em seguida, apresentamos a construção da metodologia da Dimensão Patrimonial do projeto, incluindo a seleção das empresas, fontes de informação, coleta de dados e construção do banco de dados BDES-A).

Os **Capítulos 3 e 4** tratam-se de artigos científicos aprovados para o número temático especial dedicado aos resultados da pesquisa, com previsão de publicação no segundo semestre de 2022 na revista Cadernos de Saúde Pública. O primeiro, intitulado "*Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil"*, faz uma síntese dos achados da Dimensão Patrimonial, sem caracterizações mais detalhadas de cada subsetor. O trabalho avança na compreensão da financeirização do padrão de acumulação no setor saúde brasileiro, destacando mudanças na estratégia, estrutura organizacional, governança, propriedade, estrutura do capital, financiamento de suas principais empresas. Constata-se uma crescente integração das corporações do setor saúde aos circuitos financeiros nacionais e internacionais. Ainda que isso se dê de forma subordinada e periférica a um processo ampliado de valorização, a entrada de investimentos externos tem levado à capitalização das empresas e aceleração do processo de acumulação e mercantilização. Este artigo já foi revisado por pares e aprovado para publicação.

O segundo, intitulado *"Das farmácias comunitárias às grandes redes: expansão e financeirização de empresas do varejo farmacêutico no Brasil"* analisa informações dos três bancos de dados produzidos para a pesquisa, referente a cada uma de suas três dimensões (Patrimonial, Contábil-Financeira e Política) para caracterizar a dinâmica de crescimento e acumulação das maiores redes de farmácias do país, bem como o padrão de atuação política das empresas e suas principais entidades de classe e a correlação destes processos com a dominância financeira.

O **Capítulo 5** apresenta de forma descritiva os principais resultados obtidos na Dimensão Patrimonial da pesquisa por subsetor, onde é possível apreender de forma mais específica os desdobramentos da financeirização em diferentes mercados e cadeias produtivas, as nuances de suas interrelações econômicas e assistenciais, e a trajetória singular de cada empresa. Também apresenta, sem esgotar, elementos para discussão sobre as relações entre os subsetores. Por fim, apresentamos considerações finais, incluindo as diversas limitações desta tese, breves conclusões e apontamentos.

Na **Parte II**, o objetivo é analisar o processo de formação, crise, transição e reconfiguração do modelo assistencial hegemônico durante os anos 80, cujos resultados mais conhecidos (longe de serem os únicos) foram a inserção da saúde como direito universal na Constituição de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo resultou não apenas nas bases legais e institucionais de um consenso político que sustentou o sistema de saúde no período democrático e neoliberal. Resultou, sobretudo, na delimitação de uma nova economia política do setor saúde. **O Capítulo 6** delimita a discussão proposta, faz alguns apontamentos teóricos e conceituais que subsidiaram a análise. Nos **Capítulos 7 e 8** desenvolvemos o argumento a partir de duas direções.

Em primeiro lugar, através da caracterização das transições tumultuadas do Brasil de uma ditadura militar para o regime político democrático, e da ISI para o sistema de acumulação neoliberal, que chega em definitivo no Brasil nos anos 90 após a redemocratização e se estende até o presente. O desenvolvimento destes processos condiciona fortemente as mudanças nas políticas sociais e de saúde, na medida em que nas sociedades capitalistas as esferas da produção e da reprodução social são inseparáveis e os sistemas de acumulação historicamente guardam relações intrínsecas às políticas sociais. Em segundo lugar, recuperamos evidências e argumentos do campo da Saúde Coletiva os anos 80, 90, 2000 e 2010 sobre o processo de crise da medicina previdenciária, reforma sanitária e implementação do SUS.

Buscamos apreender as principais características estruturais do modelo assistencial hegemônico estabelecido no neoliberalismo no Brasil, bem como a formação e desenvolvimento de suas principais contradições em diferentes períodos entre 1988 e 2016, os mecanismos políticos e institucionais de aprofundamento/estabilização do conflito distributivo e a dinâmica das disputas de hegemonia dentro de uma nova estrutura de poder setorial. Observa-se uma série de mudanças estruturais nas relações entre Estado, mercado e sociedade que atualiza a questão da saúde enquanto questão social dentro de um novo contexto, assim como dá sentido à inserção do setor saúde dentro da dinâmica de produção e reprodução social no contexto democrático e neoliberal, o que caracterizamos como uma nova *economia política do setor saúde* típica deste período, base do que chamamos provisoriamente de *modelo assistencial neoliberal*. Por fim, o **Capítulo 9** apresenta as principais sínteses e conclusões.

PARTE I –

Financeirização e Saúde: bases teóricas, evidências e reflexões sobre o setor saúde brasileiro (2008-2017)

CAPÍTULO 1 – FINANCEIRIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E SAÚDE: FUNDAMENTOS, EVIDÊNCIAS E HIPÓTESES NO BRASIL, NA AMÉRICA LATINA E NO MUNDO

A compreensão da dinâmica do capitalismo contemporâneo é fundamental para a análise crítica das transformações na provisão e consumo de bens e serviços de saúde. Este capítulo busca, então, recuperar as principais evidências e hipóteses produzidas, a partir do século XX, sobre as relações entre financeirização, neoliberalismo e saúde, traçando um panorama geral do tema com foco no contexto brasileiro.

De acordo com Fine e Saad Filho (2016) e Saad Filho (2019), o neoliberalismo pode ser caracterizado como uma fase, modo de existência, configuração do capitalismo contemporâneo, que tem na financeirização, seu aspecto mais relevante. Esta, por sua vez, é definida por Braga (1997) como padrão sistêmico de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo. No contexto neoliberal, as políticas sociais – um dos elementos-chave da reprodução social (FINE, 2014) – são reformuladas em seus princípios, funções, e formas institucionais para constituir novos padrões de articulação com o sistema de acumulação neoliberal, os Estados, os regimes políticos e as classes sociais.

As relações entre neoliberalismo e saúde começaram a ser abordadas academicamente em meados dos anos 1990, a partir da identificação de novos fenômenos nos mercados do setor e em meio à implementação de reformas em sistemas de saúde nas décadas de 1980 e 1990. Em seguida, na década de 2000, as evidências e formulações teóricas sobre o papel da financeirização na dinâmica capitalista do setor da saúde cresceram, especialmente, na América Latina e no Brasil. No entanto, foi após a crise global de 2008, e, paralelamente, a mais uma rodada de reformas neoliberais que a maior parte das publicações nacionais e internacionais sobre o assunto ocorreram, trazendo evidências mais consistentes.

Assim sendo, apresentaremos, no presente capítulo, um balanço crítico da literatura, destacando a financeirização enquanto determinante histórico-estrutural da organização da atenção à saúde no mundo contemporâneo.

1.1 NEOLIBERALISMO, FINANCEIRIZAÇÃO E A DINÂMICA DO CAPITALISMO CONTEMPORÊNEO

Partindo de uma perspectiva marxista, os sistemas de acumulação podem ser compreendidos como um modo de existência do capitalismo em um momento histórico que é

determinado tanto pelas relações de classe estabelecidas, pelo modelo de extração, acumulação e distribuição do valor excedente quanto pelas estruturas institucionais, processos, formas políticas de representação de interesses e padrões sociais que reproduzem tais relações. Por refletirem, concretamente, a forma do capital enquanto relação social em um determinado tempo e espaço, os sistemas de acumulação são construídos historicamente e são essencialmente variados (SAAD-FILHO, 2019a, p.6).

Nesse sentido torna-se fundamental para a caracterização histórica de cada sistema de acumulação identificar as formas distintivas pelas quais a *reprodução econômica* é organizada e reorganizada (acumulação, distribuição e extração de valor), e de como este processo influencia e se articula com a *reprodução social* (relações, processos e estruturas), observando a relação entre acumulação de capital, estrutura social e luta de classes.

De acordo com Saad-Filho (2019), os sistemas de acumulação podem atravessar conjunturas distintas com diferentes *estratégias de acumulação*, que se relacionam ao manejo das políticas econômicas e sociais para gerir, deslocar ou transformar suas restrições intrínsecas, moldando a reestruturação e expansão do capital em um contexto específico e assegurando sua reprodução.

São relevantes para a caracterização dos sistemas de acumulação aspectos como as formas do Estado, da exploração, da propriedade, do direito e da lei, de representação política, da legitimação ideológica, da estabilização de interesses antagônicos, dos mercados, da distribuição, dos padrões tecnológicos, do crédito e do dinheiro etc. (FINE; SAAD-FILHO, 2017, SAAD-FILHO, 2019). Outras questões como o movimento da taxa de lucro, as formas da concorrência, as configurações da estrutura de classes, a hierarquia, os acordos e conflitos entre as classes e frações, os modos e mecanismos de dominação também são importantes para compreensão da constituição, desenvolvimento e crise estrutural de cada período (FILGUEIRAS, 2018; DUMÉNIL; LEVY, 2020).

Outro aspecto fundamental diz respeito aos sistemas de acumulação possuírem limitações intrínsecas que expressam as próprias contradições do capital no processo constante de definição e redefinição da produção e da reprodução social, tendo, geralmente, como alvos as políticas públicas. Ou seja, esses limites devem ser identificados, empiricamente, na medida em que são contingentes e historicamente específicos e não permanentes ou logicamente necessários (SAAD-FILHO, 2019).

Segundo Fine e Saad-Filho (2016) e Duménil e Levy, (2020), o neoliberalismo pode ser caracterizado como o atual estágio do desenvolvimento capitalista, que emergiu durante a década de 1970, paralelamente à crise do ciclo expansivo do pós-guerra associado às

estruturas materiais da reprodução social, econômica e política que têm na financeirização sua característica mais notável.

Torna-se importante destacar que o neoliberalismo inclui, ainda, estratégias de acumulação, formas de regulação da reprodução econômica e social, modos de exploração e dominação social e, portanto, não se resume à dimensão ideológica, a um grupo de políticas econômicas, sociais, ou às instituições e institucionalidades nem ao balanço de forças entre as classes sociais, ainda que estes sejam elementos relevantes (FINE; SAAD-FILHO, 2017; SAAD-FILHO, 2019).

O sistema de acumulação neoliberal possui cinco características principais: (1) a financeirização da produção, circulação e reprodução social, com uma penetração crescente do capital financeiro em distintas dimensões da vida econômica e social; (2) a integração internacional da produção no nível das empresas e dos circuitos de acumulação – a chamada globalização; (3) acumulação de capital e a estabilidade da balança de pagamentos fortemente atreladas à transnacionalização e à financeirização, o que facilitou mudanças tecnológicas, nos padrões produtivos e de especialização internacional, com taxas de exploração mais elevadas; (4) generalização das privatizações e de padrões regulatórios favoráveis aos mercados, à lucratividade e a concentração de riqueza; (5) a exigência de políticas fiscais e monetárias contracionistas, independência dos bancos centrais, metas de inflação, liberalização comercial e financeira e de políticas sociais social neoliberais fortalecidos pelos discursos hegemônicos de fortalecimento dos imperativos da competição, eficiência, aumento da produtividade e controle inflacionário (SAAD-FILHO, 2019)

A financeirização ou dominância financeira, por sua vez, pode ser compreendida como padrão sistêmico de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo (BRAGA, 1997; 2000; BRAGA *et al*., 2017), com origem em meados de de 1970 em um contexto de mudanças na regulação econômica de Bretton Woods e de reafirmação da hegemonia política e econômica estadunidense sob as demais nações do capitalismo global, através do fortalecimento do dólar como moeda internacional e do mercado financeiro americano como principal *lócus* de circulação de capital fictício (TAVARES; FIORI, 1997).

Esse padrão emergiu, portanto, em um momento de reorganização do capitalismo mundial marcado pela globalização, reestruturação produtiva, liberalização do fluxo internacional de capitais e desregulamentação dos mercados, especialmente os financeiros, constituindo-se de modo sistêmico por componentes fundamentais da organização capitalista que estabelecem uma dinâmica estrutural orientada pelos princípios da lógica financeira geral (BRAGA, 1997; BRAGA *et al.*, 2017).

Trata-se de um padrão sistêmico porque é construído por componentes fundamentais da organização capitalista, atuando para estabelecer uma dinâmica estrutural orientada pelos princípios de uma lógica financeira geral. A característica distintiva deste novo padrão em relação aos estágios anteriores do capitalismo é o crescimento substantivo em escala e escopo da participação de ativos financeiros na riqueza, colocando, progressivamente, como foco dos principais agentes econômicos (não apenas bancos e investidores) os retornos na esfera financeira – seja através do pagamento de juros e dividendos ou da valorização de ativos (BRAGA *et al*., 1997).

Consequentemente, a flexibilização da riqueza na esfera financeira estimulou a concorrência intercapitalista, a centralização e a concentração de capital,criando novas oportunidades de transformar dinheiro em mais dinheiro Na medida em que afeta as decisões de empréstimo, crédito e investimento de bancos, empresas e Estados (BRAGA *et al*., 2017).

Dessa forma, a financeirização alterou a dinâmica macroeconômica, condicionando o crescimento econômico, a produção e distribuição da riqueza, além de influenciar as finanças públicas, os gastos governamentais, o emprego e a renda, bem como de impactar as condições de vida e a regulação social. Trata-se, portanto, de uma força motriz das economias modernas que tende a expandir a flexibilidade da riqueza e seu processo de valorização sob a lógica financeira, influenciando direta e indiretamente a reprodução econômica e social, incluindo as políticas sociais (FINE, 2014; FINE; SAAD-FILHO, 2017).

De modo geral, enquanto *sistema de ideias,* o neoliberalismo, sustenta, a despeito de suas variações e contradições inerentes, que a forma desejável de alocação de recursos sociais deve ser a compra e venda de mercadorias, serviços e informações por indivíduos proprietários em mercados minimamente regulados, prevalecendo sobre o intervencionismo do Estado e, em última análise, sobre o próprio processo democrático (FINE; SAAD-FILHO, 2017).

Tais argumentos e visões de mundo buscam legitimar versões extremas do capitalismo de livre mercado e as reformas políticas, sociais e institucionais relacionadas. Com grande suporte institucional e financeiro, as ideias neoliberais expandiram sua hegemonia para além de seu núcleo duro no campo da economia, englobando também outros campos das ciências sociais. Em síntese, a ideologia neoliberal oferece uma compreensão individualista, formalmente igualitária e universalista sobre si e sobre a sociedade e não uma representação coerente destas (SAAD-FILHO, 2019).

Do ponto de vista das *transformações políticas e institucionais* no neoliberalismo, a análise das reformas implementadas, em diferentes fases, permite destacar alguns princípios

ideológicos centrais que orientaram tais mudanças (FINE; SAAD-FILHO, 2017; SAAD-FILHO, 2019):

> (1) o estabelecimento da dicotomia entre Estado e mercado, considerados instituições rivais e mutuamente exclusivas;
> (2) o pressuposto de que os mercados são eficientes e efetivos, e de que a intervenção do Estado distorce preços e aloca mal os recursos;
> (3) a ideia de que o progresso tecnológico, a liberalização das finanças e a busca pela valorização acionária formaram uma economia global caracterizada pela rápida mobilidade de capitais no interior e entre países – e o que países que se integram a essa ordem teriam maiores possibilidades de rápido crescimento, fortalecimento das empresas locais e atração de capitais externos, ao contrário dos que resistem à mudança;
> (4) o princípio de que a estabilidade macroeconômica e o crescimento são essenciais para controlar a inflação e que seriam melhor atingidos através de políticas monetárias, e não por políticas fiscais, cambiais ou industriais;
> (5) a ideia de que a implementação de políticas macroeconômicas neoliberais (liberalização financeira, comercial e do mercado de trabalho; independência dos bancos centrais; metas de inflação; taxas de câmbio flutuantes e rígidas regras fiscais) dependem de garantias estatais quase ilimitadas ao sistema financeiro.

Assim, progressivamente se estabeleceu consenso em torno do equilíbrio macroeconômico: o paradigma fordista é substituído pelas flexibilização e segmentação dos processos produtivos (toyotismo); houve o crescimento do desemprego e alteração da composição do trabalho, apolarização entre mercados primários ou globalizados e secundários de trabalho fragmentados, com enfraquecimento dos sindicatos, além do crescimento desacelerado em função de políticas deflacionistas, bem como o fim da Guerra Fria e a ascensão dos blocos regionais organizados em torno dos imperativos econômicos-monetários, gerando a diminuição da possibilidade de divergência no plano das políticas econômicas (FIORI, 1997).

A despeito da retórica, o objetivo das reformas neoliberais não são o crescimento econômico e o controle da inflação, mas sim a subordinação dos padrões nacionais de acumulação aos imperativos globais, promovendo a integração entre capitais através das finanças e da ampliação do escopo de atuação do sistema financeiro na intermediação do financiamento do Estado, causando impactos dessas mudanças na performance das economias, no bem-estar social, na democracia política, além de desdobramentos secundários (SAAD-FILHO, 2019).

Ao contrário da ideia de "não intervenção", a implementação do neoliberalismo se baseia na sistemática utilização do poder e das instituições do Estado para intervir de formas específicas sobre o mercado e outras instituições de modo a estender e a reproduzir o próprio

neoliberalismo enquanto projeto hegemônico de recomposição das leis do capital nas diversas áreas da vida social (SAAD-FILHO, 2019, p.6).

Dessa forma, a oposição dicotômica de "Estado" e "mercado" é insuficiente para compreender a reestruturação produtiva e social nem os padrões de acumulação, as relações de interação, contestação e cooperação entre instituições específicas que são influenciadas pelos interesses e políticas de classe, mas não reduzíveis a elas. Ou seja, no neoliberalismo, os padrões de intervenção do Estado foram transformados, não se configurando como uma "retirada" do Estado (FINE; SAAD-FILHO, 2017).

As mudanças no padrão de atuação estatal devem ser apreendidas em suas articulações com os demais aspectos políticos, econômicos e ideológicos da produção e reprodução da vida social, na medida em que a forma *Estado*, em cada formação social e tempo histórico, se constitui e é determinada pelas relações e conflitos políticos e sociais estabelecidos em cada sociedade nacional e dentro da divisão internacional da produção e do trabalho.

Ainda que seja um esforço necessário, não nos aprofundaremos aqui nos conceitos e abordagens marxistas da teoria do Estado e nas leituras sobre o Estado no neoliberalismo, trabalhadas por autores como Poulantzas (2015, 2019); Jessop (2015); Hirsch (2010) e Mascaro (2013). Todavia, nos parece pertinente a observação de Mascaro (2013) sobre o Estado no pós-fordismo:

> A dinâmica internacional do capital, da mercadoria e das finanças faz com que o papel da regulação insular da política e dos direitos nacionais seja abandonado em favor de uma regulação constrangida por padrões internacionais, fragilizando alguns potenciais políticos divergentes daqueles pautados pelo capital global. No entanto, a ampla circulação mundial do capital e o enfraquecimento relativo da regulação insular dos Estados não representa a derrocada entre forma-mercadoria, forma política e forma jurídica, cujos vínculos são necessários a todas as dinâmicas capitalistas, tampouco logra apagar as marcas e os impactos da contradição social ou da luta de classes. O Pós-fordismo não é a reprodução econômica capitalista pelas costas dos Estados nacionais, mas, sim, um específico arranjo do capital permeado necessariamente pela forma política estatal. (MASCARO, 2013, p. 125).

O neoliberalismo também impactou na correlação e no balanço de forças entre classes sociais, seja através das reformas econômicas e sociais, seja pelos desdobramentos da financeirização e da globalização. Isso abarca, por exemplo, a flexibilização e a intensificação do trabalho, a limitação dos ganhos salariais, a perda de poder de barganha coletivo, as reformulações regressivas dos regimes de proteção social, a apropriação de bens comuns e, por fim, a financeirização da reprodução social. Como consequência, houve o

enfraquecimento dos trabalhadores e a expansão do poder do capital – especialmente o financeiro – que estabeleceu uma dinâmica de acumulação concentradora de renda que não pôde ser revertida com intervenções políticas pontuais. Além disso, a própria instabilidade inerente ao neoliberalismo e à financeirização produzem crises que afetam, proporcionalmente, mais as classes subalternas (FINE; SAAD-FILHO, 2017).

Assim, as limitações do neoliberalismo enquanto sistema de acumulação estão relacionadas às suas próprias contradições. Ou seja, o processo de reestruturação produtiva introduz políticas que desarticulam os sistemas de provisão anteriores e reduzem o grau de coordenação da atividade econômica, criando padrões precários de trabalho que estimulam a concentração de renda e poder. Ao enfraquecer as possibilidades de orientação da política industrial para prioridades sociais, esse sistema torna as economias estruturalmente dependentes dos fluxos internacionais de capitais. Como consequências, o neoliberalismo alimenta padrões insustentáveis de produção, emprego, distribuição, consumo, financiamento do Estado e integração global, alimentando, assim, a incerteza econômica, a volatilidade e a vulnerabilidade, além de gerar crises financeiras que impõe limites claros à democracia política (FINE; SAAD-FILHO, 2017; SAAD-FILHO, 2019).

A transição de diversos sistemas de acumulação da Era de Ouro do capitalismo – como o fordismo/keynesianismo nos países centrais, ou a Industrialização por Substituição de Importações na América Latina entre 1930 e 1980 – para o neoliberalismo global é um dos marcos mais importantes da economia política internacional contemporânea.

Historicamente, o neoliberalismo apresenta três fases com formas, durações e intensidades distintas entre nações e regiões. A primeira fase de transição se inicia nos anos 1970, a partir de experiências como as que ocorreram no Chile, que passou pelo programa de reformas presentes nos governos Reagan e Thatcher, bem como pelos ajustes estruturais implementados no Sul Global, em 1980 e 1990, que condicionaram resgates financeiros a países em crise, levando à adoção de políticas na linha do consenso de Washington e à transformação capitalista das sociedades do antigo Bloco Soviético (SAAD-FILHO, 2019).

Assim sendo, o neoliberalismo emerge em oposição aos sistemas de acumulação anteriores e envolve forte intervenção estatal para promover a integração entre capitais domésticos e às finanças, ao impor um novo quadro institucional que reestrutura a organização do trabalho sem maiores preocupações com as consequências sociais.

Do ponto de vista político, a passagem para o neoliberalismo se deu de formas variadas, incluindo tanto experiências autoritárias – como a chilena – quanto de transição democráticas – como no Brasil, África do Sul, Coréia do Sul, no Leste Europeu, dentre

outros. Já na década de 1990, há o estabelecimento das formas políticas "democráticas" do neoliberalismo, que se tornaram notadamente limitadas na medida em que seus desenhos institucionais separaram *economia* de *política*, blindando a primeira das possibilidades de controle social democrático com o objetivo de assegurar a nova hegemonia financeira (SAAD-FILHO, 2019).

Após a crise de 1997, tem início a fase madura do neoliberalismo. Nela há, além da ampliação do papel do setor financeiro na reprodução econômica e social, a institucionalização de novas formas de integração internacional geridas pelas finanças e legitimação do sistema de acumulação e das democracias neoliberais através da imposição de uma subjetividade neoliberal e também da introdução de novas alternativas e escopos de políticas sociais neoliberais para gerir as consequências sociais adversas do processo de transição. Tais mudanças reduziram o espaço de oposição política ao neoliberalismo, exercido pela esquerda, e as capacidades políticas dos Estados para trilhar caminhos alternativos e autônomos o que se refletiu mesmo em lugares que, em maior ou menor grau, buscaram outras rotas na América Latina. A crise financeira global de 2008 encerra a chamada fase madura com uma crise que reduz a legitimidade da financeirização e das políticas econômicas e sociais neoliberais (SAAD-FILHO, 2020).

Na atual fase – a autoritária – tem-se como mote central o gerenciamento das vastas consequências da crise global, diante dos elevados custos de resgate do sistema financeiro, dos impactos desiguais entre as classes sociais e da alta concentração de riquezas que criou padrões precários de trabalho e não constituiu um sistema de acumulação sustentável. Como resposta à crise, o período foi marcado pela disseminação, de políticas monetárias ainda mais flexíveis e “austeridade” fiscal. Tendo em vista as contradições entre os impactos da crise e as respostas do neoliberalismo, presenciamos uma década de profunda crise das democracias neoliberais, com protestos em todo o mundo, intimamente ligada ao fortalecimento e à ascensão ao poder de forças políticas autoritárias de extrema-direita (SAAD-FILHO, 2021; JESSOP, 2019; RUGITSKY, 2020).

Todavia, vale destacar que tanto a periodização das fases do neoliberalismo como os seus desdobramentos, além de suas características gerais, são intrinsecamente variados entre países e regiões. Apesar de possuírem bases materiais e ideológicas comuns, e das políticas neoliberais compartilharem diversos princípios, os resultados concretos são heterogêneos e específicos. Isto porque a extensão e a influência da financeirização sobre vários elementos da reprodução econômica e social são altamente contingentes, por ocorrerem em formações sociais concretas, com características políticas, econômicas, sociais e institucionais anteriores.

Ademais, nem todas as esferas da vida são mercantilizadas e financeirizadas diretamente, sendo, muitas vezes, o próprio neoliberalismo a exigir a intervenção estatal para a correção de falhas criadas pelo seu processo de implantação (FINE, 2014; SAAD-FILHO, 2019).

1.2 POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO E DA FINANCEIRIZAÇÃO

As transformações no modo de ser do capitalismo, nas últimas quatro décadas, alteraram drasticamente o papel, as funções e o escopo das políticas sociais. Estas devem ser compreendidas enquanto forma de intervenção do Estado em diferentes dimensões da esfera da reprodução da força de trabalho e das classes sociais, por possuírem articulações prioritárias intrínsecas aos sistemas de acumulação vigentes.

Assim, um pressuposto fundamental é o de que as relações entre política social, regulação social e sistemas de acumulação são uma importante chave de análise para a compreensão e caracterização de padrões de desenvolvimento econômico e social entre distintas nações, regiões e tempos históricos (FIORI, 1997; JESSOP, 1999; 2013; KWON; MKANDAWIRE; PALME, 2009; FINE, 2014; LAVINAS, 2017a; SESTELO *et al.*, 2017, dentre outros).

O mesmo vale para a América Latina e para o Brasil, já que, em ritmos e em tempos históricos distintos entre os países da região, a emergência e a evolução das políticas sociais vêm ocorrendo de forma intrínseca às mudanças na estrutura produtiva local e na inserção regional no sistema capitalista internacional, ainda que isso seja altamente condicionado pela dinâmica da política interna.

Os pactos sociais institucionalizados entre capital e trabalho nos países centrais do capitalismo permitiram, no período do pós-guerra, a construção dos Estados de Bem-Estar Social e, portanto, guardam fortes relações com o regime de acumulação fordista ou *keynesiano*. Nestes, as políticas sociais foram utilizadas de maneira complementar à política econômica como ferramenta de homogeneização, criação de empregos, aumento de produtividade do trabalho, instrumento de políticas contracíclicas e distribuição de renda. Neste padrão de regulação, a proteção social estruturou-se pelas transferências de renda (contributivas ou não) e pela oferta de serviços públicos desmercantilizados. Assim, os cidadãos eram tratados de maneira igualitária, os benefícios deixaram de ser limitados e restritos aos mais pobres e foram ampliados para cobrir todo o ciclo de vida (LAVINAS; SIMÕES, 2015).

Assim sendo, essa conformação específica descrita anteriormente, em formações sociais e contexto histórico específicos, se apoiou política e economicamente na generalização do paradigma fordista; no consenso em torno das políticas *keynesianas*, como o pleno emprego; na manutenção de um ritmo crescimento econômico constante e sem precedentes que permitiu que os ganhos fiscais fossem alocados por coalizões políticas socialmente orientadas; no ambiente econômico global criado pelos acordos de *Bretton-Woods* e no avanço das democracias partidárias de massa, o que possibilitou um aumento do peso das reivindicações dos trabalhadores; além da polarização geopolítica presente na Guerra Fria, a qual mantinha vivo o fantasma do socialismo (FIORI, 1997).

Na América Latina dependente e periférica, a articulação entre sistema de acumulação e políticas sociais ocorreu em padrões muito mais regressivos, ainda que os regimes políticos e os Estados desenvolvimentistas do período da ISI tenham impulsionado a construção e expansão de sistemas de proteção social meritocráticos (*bismarckianos*), até então residuais na região. Estes foram constituídos dentro limites estruturais claros: em geral são sistemas incompletos, estratificados, fragmentados, heterogêneos, permeados por fortes interesses privados e corporativos, em que se privilegia a transferências em detrimento dos serviços. Além disso, é distante da ideia de universalidade, contribuindo em maior ou menor grau para a manutenção de sociedades extremamente desiguais e de cidadania restrita, com setores sociais marginalizados ou com serviços de baixa qualidade (MESA-LAGO, 1985; SANTOS, 1987; BRAGA; PAULA, 2018; OLIVEIRA; FLEURY, 1985; FLEURY, 1994; FILGUEIRA, 2005; FAGNANI 2005; DRAIBE; RIESCO 2009; LEVCOVITZ; COUTO, 2018; FRITZ; LAVINAS, 2015; VIANA; FONSECA; SILVA, 2017).

Acrescenta-se a isso, o fato de que as mudanças impulsionadas pela globalização financeira e pelo neoliberalismo afetaram drasticamente a viabilidade dos pactos sociais anteriores e alteraram os paradigmas de articulação de políticas sociais aos sistemas de acumulação. Todavia, a despeito da retórica fiscalista de controle e restrição dos gastos sociais, a ampliação dos destes pelos Estados ocorreu em praticamente todos as regiões do mundo, tanto em termos *per capita* quanto como proporção do produto interno, ainda que tenham sido mantidas as enormes disparidades entre países centrais e periféricos.

Entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por exemplo, o gasto social médio passou de 14,5% do PIB em 1980 para 20% em 2020 (OCDE, 2021). Já entre os países latino-americanos, passou de 8,5% para 11,5% do PIB entre 2000 e 2018 (CEPAL, 2021). Embora possa haver conjunturas de contração do gasto social, especialmente nos momentos de crise e ajuste estrutural, a tendência de longo prazo foi

de aumento. Isso evidencia que as políticas sociais não são fragilizadas ou retiradas no neoliberalismo e possuem papel fundamental e crescente na intervenção estatal e na transformação e reprodução do próprio sistema.

Assim, na medida em que o neoliberalismo se desenvolve – e como parte constitutiva dessa evolução – há uma progressiva mudança das funções e objetivos das políticas sociais e de suas articulações com as esferas da produção e da reprodução em diferentes contextos. A forma como os sistemas de proteção social integram e respondem a essas mudanças têm sido estudada por diversos autores aqui citados, seja através da identificação dos paradigmas políticos e ideológicos que sustentam as transformações ou através da análise histórica de casos concretos em formações sociais e regiões específicas.

No que concerne à importância destas contribuições, muitas delas tem negligenciado ou considerado apenas de forma periférica a financeirização enquanto determinante geral do capitalismo contemporâneo, sendo que há notável relevância dessa questão para a compreensão e estudo das políticas sociais (FINE, 2014).

Portanto, é válido salientar que, primeiramente, a financeirização altera as condições materiais e subjetivas de vida às quais a política social deve responder. Depois, a política social intervém nessa realidade articulando as necessidades na esfera da produção (associada aos imperativos do neoliberalismo e da globalização) com novas formas de operar e delimitar o escopo da reprodução das famílias e das sociedades. Por fim, ela também impacta no conteúdo, na forma e no processo de elaboração das políticas sociais, além de ser, em diversos casos, *lócus* direto de acumulação ou meio para ampliar e reproduzir o processo de acumulação sob a lógica financeira (FINE, 2014; SESTELO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o neoliberalismo, a privatização e a financeirização são forças que levam à tendência de diversificação e hibridização dos sistemas de proteção social, os quais encontram-se cada vez mais complexos, multideterminados e segmentados. Assim, o desafio de investigação encontra-se antes em compreender como esses determinantes gerais se relacionam com a heterogeneidade de formatos e resultados, além da multiplicidade de fatores que influenciam as políticas sociais entre diferentes áreas e contextos, que na busca pela homogeneização ou enquadramento dos sistemas de proteção social dentro de tipologias ideais. Similarmente, as políticas sociais devem ser situadas dentro de movimentos multidimensionais e contraditórios, com tendências conflitantes, ao invés de oposições lineares, considerando-se como as tensões sociais são resolvidas e acomodadas em cada contexto (FINE, 2014; SESTELO *et al.*, 2017).

1.3 GLOBALIZAÇÃO, PRIVATIZAÇÃO E REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO NEOLIBERALISMO

As reverberações do ajuste estrutural sobre as políticas de saúde começaram a ser estudados principalmente entre os anos 1990 e 2000, a partir de uma série de objetos de investigação. O primeiro deles foi a dinâmica de reformas neoliberais dos sistemas de saúde das décadas de 1980 e 1990, tanto nos sistemas de saúde de países centrais como os Estados Unidos e o Reino Unido quanto em países periféricos (BANCO MUNDIAL, 1993; LAURELL, 1995; EIBENSCHUTZ, 1996; ALMEIDA, 1999, 2002; POLLOCK; PRICE, 2000, 2003; IRIART, MERHY; WAITZKIN, 2001; ARMADA, MUNTANER; NAVARRO, 2001; WAITZKIN *et al.*, 2005; SEKHRI; SAVEDOFF, 2005; MAARSE, 2006; CUETO, 2015; CUETO; PALMER, 2016; FLEURY, 2017; LEVCOVITZ; COUTO, 2018; VIANA; FONSECA; SILVA, 2017).

Nos países periféricos em especial, destacou-se o *modus operandi* de organizações internacionais como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), fundações privadas, agências multilaterais e da enfraquecida Organização Mundial de Saúde (OMS) na formulação e implementação de políticas baseadas em novos objetivos, princípios, escopo e abrangência. Em geral, foram orientadas por diretrizes como a privatização de serviços públicos de saúde, a descentralização e restrição das funções do Estado a atividades essenciais, reguladoras e gerenciais, focalização, eficiência microeconômica, seletividade, segmentação da cobertura, promoção do asseguramento, da provisão privada e da competição.

Em muitos países, as reformas nos sistemas de saúde foram apresentadas como condições e contrapartidas para resgates financeiros aos Estados no bojo da crise da dívida externa e da hiperinflação. Nesse sentido, traduziram os princípios do Consenso de Washington em prescrições uniformes para países e sistemas de saúde diversos, independente da trajetória histórica e configuração institucional pré-existente. Na América Latina, países como Chile, Colômbia e México se alinharam a essas diretrizes e foram divulgados mundialmente como paradigmas de sucesso, apesar dos resultados questionáveis. Assim, os documentos *Investir em Saúde*, do Banco Mundial e as formulações como o *pluralismo estruturado* são emblemáticos nesse momento.

Os impactos do neoliberalismo nas políticas de saúde foram sentidos em todos os países da região, mesmo naqueles que seguiram trajetórias distintas de reforma, como o Brasil. Ademais, houve o aprofundamento da segmentação/segregação/exclusão e da

fragmentação institucional, a ampliação das desigualdades de cobertura e acesso, o enfraquecimento das capacidades de intervenção política dos Estados e das limitações ao gasto social. Desse modo, o Quadro 1, abaixo, sumariza as principais diretrizes e problemas gerados pelas reformas na região.

Quadro 1 – Diretrizes e impactos das reformas neoliberais nos sistemas de saúde na América Latina

Diretrizes e Propostas	**Problemas**
Novas fontes de financiamento e criação de fundos separados para usuários com maior capacidade contributiva	Tarifas, taxas de utilização e mecanismos de cobrança aos usuários se tornaram barreira de acesso; aumento do gasto familiar por desembolso direto; perda de solidariedade do sistema e fortalecimento da lógica meritocrática, acentuando a segregação e as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços
Desregulação/informalização do mercado de trabalho	Redução da sustentabilidade financeira dos seguros sociais; dificuldades de contratação e fixação de pessoal no setor público
"Pacotes básicos" focalizados para pobres e excluídos	Oferta de serviços diferenciada em qualidade e quantidade para distintos estratos da população; serviços insuficientes e incipientes para os mais vulneráveis.
"Pluralismo", atribuindo ao setor privado maior relevância no asseguramento e na provisão de serviços	Multiplicação de agentes de asseguramento e provisão em competição, acentuando a segmentação e a fragmentação dos sistemas; seleção de segurados/risco com capacidade de pagamento e exclusão das populações pobres.
Descentralização de responsabilidades para níveis subnacionais de governo	Debilidade da função de governança, coordenação e gestão do sistema pelo Estado; Perda de economias de escala no setor público
Introdução de quase-mercados e critérios de eficiência na organização da prestação de serviços	Competição entre prestadores aprofunda a fragmentação da oferta; ações de saúde pública deterioradas e priorização dos cuidados individuais e do modelo hospitalocêntrico
Introdução de métodos e instrumentos empresariais na gestão pública	Descrédito da função de planejamento, substituída por gerencialismo microeconômico

Fonte: Adaptado de Levcovitz e Couto (2018).

O segundo objeto de pesquisa foram os impactos dos acordos comerciais internacionais de liberalização comercial e do fluxo de capitais capitaneados pela a Organização Mundial do Comércio (OMC) como, por exemplo, o GATS *(General Agreement on Trade Services)* de 1994. Ele inclui a liberdade atuação de empresas multinacionais em atividades de assistência à saúde em outros países (comércio transfronteira tradicional), maiores flexibilidades na mobilidade de pacientes (turismo médico) e profissionais de saúde (fuga de cerébros) e, principalmente, a liberação de investimento estrangeiro diretamente em serviços de saúde (mobilidade do capital). Há ainda, o TRIPS (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)*, o qual amplia os direitos de propriedade intelectual e

exploração de patentes, marcas e direitos autorais, fortalecendo os oligopólios farmacêuticos transnacionais, dificultando a competição de medicamentos genéricos e reduzindo a autonomia e capacidade dos governos e dos países periféricos em ofertar medicamentos pelos programas públicos (SHAFFER *et al.*, 2005; WAITZKIN *et al.*, 2005; SMITH, CHANDA, e TANGCHAROENSATHIEN, 2009).

O terceiro objeto foi o surgimento de empresas multinacionais prestadoras de serviços com especializações diversificadas na Europa, mesmo em países com sistemas de saúde públicos universais e abrangentes como Dinamarca, Suécia, Reino Unido (LETHBRIDGE, 2005a) ou em países periféricos da Ásia e África, como Singapura, Índia, Malásia, África do Sul, Kenya (LETHBRIDGE, 2007). A expansão dessas empresas passou pela construção de hospitais, envolvimento com seguro saúde, aquisições e formação de *joint ventures* locais, além de serviços de tecnologia da informação para suporte financeiro a empresas do setor de turismo médico. Na América Latina, por outro lado, observou-se principalmente a entrada de multinacionais estadunidenses nos reformados sistemas de saúde, especialmente atreladas às seguradoras e empresas de pré-pagamento (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2001; JASSO-AGUILAR; WAITZKIN; LANDWEHR, 2004; IRIART, 2005).

Também foram alvo de preocupações os processos de transformação da concorrência entre as empresas do setor saúde estadunidense, marcados pelo forte processo de consolidação através de fusões e aquisições, associado à ascensão do *managed care* e sua integração com as seguradoras, mudanças de propriedade entre os hospitais, proliferação de *stakeholders* e intermediários, diversificação horizontal e integração vertical, com empresas atuando em diferentes pontos das cadeias de valor, além da ampliação das barreiras de entrada (GAYNOR; HAAS-WILSON, 1999; ROBINSON, 2004; TOWN *et al.*, 2007; GAYNOR, 2011).

Tais processos levantaram preocupações quanto à capacidade regulatória do Estado, qualidade dos serviços, produção de iniquidades, aumento de preços, prêmios e custos, entre outros. Ademais, se estenderam para outros países, como os europeus e o Brasil (Ocké-Reis 2007; Angeli e Maarse 2012) e vieram acompanhados de análises sobre o aumento do investimento estrangeiro direto (IED) e da atuação de fundos de investimentos e investidores institucionais no setor (SMITH, 2004; ROBBINS, RUDSENSKE; VAUGHAN, 2008; LETHBRIDGE, 2005b).

Em estudo que buscou sintetizar tais tendências (Mackintosh e Koisuvalo, 2005) observou-se, principalmente, a ampliação da escala de comercialização de serviços de saúde ao redor do mundo, com crescente uso de mecanismos de mercado relacionados a mudanças e

reformas nos setores público e privado, abarcando países extremamente heterogêneos quanto aos padrões de desenvolvimento e proteção social. Nesse sentido, segundo os autores, a comercialização englobaria não apenas a venda de serviços e produtos, mas também a provisão de serviços através de relações de mercado para os setores de maior renda, além do investimento e produção destes serviços e insumos relacionados com atividades de fins lucrativos ou comerciais - incluindo a contratação e oferta privada para a provisão financiada por sistemas públicos de saúde - e da ampliação do financiamento privado de assistência à saúde através de pagamentos individuais ou seguro privado (MACKINTOSH; KOIVUSALO 2005a).

Ainda que haja um debate em torno das diferenças entre, comercialização, mercantilização, liberalização, privatização e outros termos, há também uma convergência no sentido de que esses processos impulsionariam a transformação de um campo da reprodução social, antes majoritariamente associado à provisão pública desmercantilizada, em novas mercadorias e mercados (CORDILHA, 2020). Assim, as pressões na direção da comercialização derivam de uma combinação entre políticas públicas e ações privadas em resposta a um novo contexto político, econômico e social. No nível global, isso inclui, por exemplo, a reestruturação de corporações para obtenção de vantagens competitivas da integração internacional dos mercados. Da mesma forma, reformas e mudanças regulatórias a nível global e local, incluindo reformas nos sistemas de saúde, ampliaram as possibilidades de investimento em novos mercados (MACKINTOSH; KOIVUSALO, 2005a).

Todavia, tais estudos ainda careciam de uma interpretação que possibilitasse articular de maneira mais eficaz o empírico (reformas neoliberais nos sistemas de saúde, ascensão de organizações financeiras internacionais, empresas multinacionais e investimentos financeiros) e o teórico (como essas transformações influenciam a dinâmica dos sistemas de saúde e suas relações com a reprodução do capitalismo contemporâneo). E, ademais, como isso se relaciona e se desenvolve em cada contexto específico, dado que cada uma dessas tendências se expressa de forma absolutamente diversa, a partir de fortes determinantes políticos e institucionais internos.

1.4 QUE LUGAR PARA A FINANCEIRIZAÇÃO NO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL?

Alguns trabalhos da década de 2000 buscaram considerar o crescente papel das finanças na dinâmica de acumulação e concorrência no Complexo Médico Industrial (CMI)

especialmente no setor de serviços, a partir de matrizes teóricas distintas. Dentre eles, destacam-se os autores latinoamericanos.

O primeiro grupo de trabalhos parte da premissa de que, entre os anos 80 e 2000, houve a formação de um complexo médico-financeiro ou uma crescente hegemonia de grupos financeiros no setor saúde, fazendo emergir uma disputa entre capitais industriais e financeiros sobre o controle sobre a produção de cuidados, sobre seu modo de organização e sobre as próprias definições do processo saúde-doença.

Para Vianna (2002), o CMI é o produto histórico da evolução do sistema de saúde, a partir do qual a necessidade de reprodução dos capitais investidos e as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema. Dessa forma, no presente, haveria dois determinantes contemporâneos fundamentais dos sistemas de saúde que moldam o comportamento de seus agentes: a tecnologia e o aspecto financeiro da valorização do capital.

O primeiro, associado ao complexo médico-industrial, estaria vinculado principalmente à emergência da indústria farmacêutica e de um setor capitalista de produção de materiais e equipamentos na segunda metade do século XX, impulsionando grandes mudanças nas práticas médicas e nas estruturas ligadas à prestação de serviços. Neste contexto, a acumulação estaria condicionada pelos avanços tecnológicos, na medida em que as taxas de retorno dependiam de um uso extensivo de tecnologias, levando a um aumento generalizado dos custos tanto no setor público quanto no privado.

O segundo, associado ao complexo médico-financeiro (CMF), estaria ligado a criação de um novo mercado de valorização de capital ligado ao sistema financeiro, a partir da securitização do risco, das práticas de *managed care* e do crescente financiamento da oferta e da demanda desde os anos 1970, ganhando força nas décadas seguintes. Esse tipo de mercado, intensivo em tecnologia, teria crescido especialmente nos sistemas de saúde que se assemelhavam ao modelo estadunidense, não como resultado da evolução do CMI, mas pela expansão de grupos financeiros associados.

Assim, ainda que corretamente aponte-se para a historicidade do desenvolvimento capitalista no setor saúde e para a crescente influência das seguradoras nas relações entre prestadores, médicos, usuários e indústria farmacêutica, as conclusões são equivocadas. Para Vianna (2002), o crescimento desse segmento configura um cenário de embate pela disputa de hegemonia sobre a organização do sistema de saúde entre CMF e o CMI, sendo que o primeiro tenderia a gastos crescentes e, o segundo, a gastos decrescentes.

Ademais, é válido salientar que a tese do conflito entre capital financeiro e industrial no setor saúde também teve outros adeptos. Iriart (2008) aponta que haveria no mundo contemporâneo o reposicionamento do complexo médico-industrial em decorrência da disputa pelos recursos econômicos com o capital financeiro. Tal tese assemelha-se à defendida por Vianna (2002), a qual, posteriormente, é reafirmada em outros trabalhos (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011; IRIART; MERHY, 2017).

Assim, a hegemonia do capital financeiro na mundialização do capitalismo teria colocado o capital produtivo em uma situação de expansão limitada. Isto é, o crescimento desta fração do capital teria demandado, no nível político, um processo de desregulação / privatização / (re)regulação, ampliando o campo de atuação do capital financeiro internacional para o setor saúde, em países onde isso antes era total ou parcialmente vetado. No nível ideológico, o neoliberalismo recolocaria a questão da saúde a partir da defesa e implementação de reformas que consideravam a assistência à saúde como bem de mercado.

As organizações típicas desse período, criadas diretamente pelas frações financeiras do capital, seriam as *managed care organizations* (MCO), empresas lucrativas subsidiárias das seguradoras e das administradoras de fundos mutuais que passaram a administrar também fundos de saúde públicos e privados para cobertura médica e compra de serviços. Esse processo ocorreu inicialmente nos Estados Unidos, especialmente a partir da desregulação do Medicaid e do Medicare nos anos 1990, sob o argumento de que as MCOs poderiam reduzir custos através de práticas de prevenção e uso racional de tecnologias. Contudo, progressivamente, elas se mostraram como instrumento de restrição de acesso e cobertura (IRIART MERHY; WAITZKIN, 2000; IRIART, 2008).

Posteriormente, com a desregulação e a chegada das seguradoras internacionais e o capital financeiro transnacional, tal modelo teria sido exportado para a América Latina, ingressando nos sistemas de saúde a partir da aquisição de empresas de pré-pagamento e seguradoras locais detentoras de contratos coletivos, também atingi alguns serviços como hospitais privados. No Brasil, destacou-se a compra de 49% da Sulamérica pela Aetna, a *joint venture* formada por um banco brasileiro e a estadunidense Cigna para gerir a Golden Cross e a Amico (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2001). No fim dos anos 1990 e início dos anos 2000, as seguradoras estadunidenses os países latinoamericanos. Não são apresentadas justificativas para tal, mas afirma-se que o capital financeiro teria cumprido seu objetivo de instituir a reforma neoliberal e introjetar os pressupostos de mercado (IRIART, 2008).

Para estes autores, as práticas de investidores financeiros relacionadas à maximização dos retornos teriam levado à restrição de acesso e maior controle de gastos, chocando-se com

os interesses dos produtores de medicamentos e tecnologias e criando um conflito intercapitalista. O complexo médico-industrial, por sua vez, em resposta a estas pressões, teria desenvolvido novas estratégias de negociação com prestadores e seguradoras, desregulamentação de normas, marketing direto aos usuários, paralelamente à disseminação de protocolos e da medicina baseada em evidências e novas estratégias de medicalização.

As teses de Iriart e Vianna trazem algumas contribuições importantes, como a relação do processo de financeirização com mudanças nas práticas assistenciais, como o *managed care,* e o simultâneo processo de mudanças nas estratégias de comerciais e de medicalização da indústria farmacêutica. Todavia, as articulações e relações de determinação estabelecidas são permeadas por alguns pressupostos teórica e empiricamente frágeis.

O mais notável é uma suposta dicotomia entre capital financeiro e capital produtivo no setor de saúde. Por consequência, isso implicaria em uma disputa de hegemonia entre projetos incompatíveis de reorganização dos serviços e das práticas assistenciais. Como se as mudanças nas estratégias da indústria farmacêutica fossem uma reação mecânica à financeirização das seguradoras ou, ainda, que produzissem uma contradição entre as necessidades de acumulação dependente de inovações tecnológicas e o modelo de contenção de custos e reorganização assistencial do *managed care*.

O próprio caso estadunidense dissolve essa suposta contradição: a grande expansão e consolidação das seguradoras e a crescente centralidade de agentes financeiros no setor saúde não impôs de fato um controle dos custos e da inflação médica ou a desaceleração da ampliação dos gastos privados. Apesar dos autores reconhecerem isso, oculta-se que a consequência desse processo, dentro da lógica proposta, seria a de que o setor farmacêutico estaria vencendo tal disputa ou resistindo às pressões do complexo médico-financeiro. No caso do Brasil, não se sustenta a tese de que o *managed care* foi importado e se generalizou nos anos 1990 ou de embates evidentes entre seguradoras e indústria farmacêutica.

Distanciando-se desta perspectiva, o trabalho de Andreazzi e Kornis (2008) avança na compreensão teórica da financeirização do setor saúde, na medida em que considera o crescimento da órbita financeira como reflexo de um modo de estruturação da própria economia capitalista contemporânea, no qual o capital fictício ganha centralidade nas relações econômicas e sociais.

A financeirização teria produzido um novo ambiente competitivo com impactos significativos para as empresas. Por consequência da mundialização, o capital concentra-se nos países centrais e, cada vez mais, forma-se a grande empresa multinacional, integrada verticalmente e departamentalizada. O predomínio dos aspectos financeiros da acumulação

favorece a concentração e amplia a escala da própria acumulação. Paralelamente, há a adoção de novas formas de gerenciamento e controle possibilitadas pela automação e informática, com centralização decisória e descentralização das operações. Além do protagonismo dos grupos industriais multinacionais, também se tornam relevantes as instituições financeiras bancárias e não bancárias, como os fundos de investimento, os quais buscam valorização sem sair da esfera financeira. Para estes, as empresas investidas se tornam ativos com imperativo de rápida valorização. Dentro dessa nova dinâmica, haveria maior interpenetração de capitais e, assim, seria mais difícil estabelecer fronteiras nítidas entre indústria, serviços em geral e serviços financeiros.

Outro traço relevante do capitalismo contemporâneo é a tendência de crescimento da importância do setor terciário, gerador de produtos e mobilizador de força de trabalho, tanto nos países industrializados como nos demais. Todavia, isso não significa uma dicotomia em relação à indústria, pois pode haver complementaridade entre consumo e produção nesses setores. Nesse sentido, a ascensão dos serviços estaria, inclusive, ligada à descentralização produtiva e centralização decisória, o que não seria exclusividade da indústria (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

No setor saúde, as expressões dessas mudanças seriam: o surgimento de financiadores privados, a pressão inflacionária, a ascensão do *managed care* nos Estados Unidos (EUA) e das medicinas de pré-pagamento no Brasil. Paralelamente, reformas nos programas públicos, o acirramento na concorrência no setor farmacêutico decorrente de um novo ciclo de fusões, a integração entre seguradoras e MCO com prestadores e o surgimento de multinacionais ligadas à prestação de serviços. Assim, todos esses processos teriam levado a uma diferenciação social dos produtores e produtos que se somam às anteriores, acentuando e modificando os padrões de competição entre capitais no setor saúde. Por conseguinte, isso teria ampliado a heterogeneidade do processo de acumulação, reflexo de alterações nas relações de produção e do crescente grau de influência do capital financeiro (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

Portanto, o complexo produtivo da saúde envolve processos industriais, financeiros e de prestação de serviços, o que inclui grande variedade de atividades específicas de mercado e trajetória. A formação destes complexos seria também uma forma de diversificação da própria indústria, nas qual os serviços seriam parte das estratégias de competição, inclusive no escoamento da produção industrial, eliminando intermediários ou contribuindo para a criação de necessidades. Assim, as relações entre indústria, serviços e serviços financeiros poderiam conter não apenas competição entre os componentes médico-industrial e médico-financeiro

pelas parcelas da mais-valia que circulam no setor saúde, mas também complementariedade entre as atividades e padrões de acumulação (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

Desse modo, a financeirização não é entendida apenas como a predominância dos interesses das seguradoras na dinâmica de acumulação do setor saúde, pois mantém-se a importância do segmento industrial e a dos serviços é aumentada, além de haver uma integração a oligopólios financeiros internacionais. Para o grande capital, ela permitiria a constituição de grupos com sinergias na acumulação no lado industrial, financeiro e de prestação de serviços. Nesse contexto, o seguro teria a função principal de crédito para o consumo industrial e de serviços. A manutenção de uma inflação médica, entendida como processo de criação e recriação de necessidades sociais em produtos e serviços, não seria um fator contraditório à valorização financeira das empresas deste ramo, especialmente quando a expansão da massa de prêmios também se mantém acelerada e, em última análise, composta por crescentes fatias da renda do trabalho e dos gastos das famílias na esfera da reprodução social (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

Esta abordagem desfaz, então, parte da confusão sobre a suposta disputa entre capital industrial e financeiro no setor saúde, na medida em que trata a financeirização como um determinante estrutural do capitalismo e da dinâmica de concorrência, com reverberações nas estruturas econômicas e assistenciais de todo o setor. Ou seja, não apenas seguradoras, mas também passando por profundas transformações associadas ao papel crescente dos serviços e as finanças. Além disso, desfaz o suposto conflito entre as estratégias de controle de custos de prestadores associadas ao *managed care* e a demanda do setor industrial, supostamente restringida pelo modelo liderado pelas MCO. Contudo, é importante mencionar que, a despeito da relevante contribuição teórica, o estudo carece de análises empíricas mais consistentes da dinâmica de acumulação de empresas do setor saúde.

1.5 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA FINANCEIRIZAÇÃO: QUE ARTICULAÇÃO POSSÍVEL?

Outra linha de pesquisa também buscou atualizar o conceito e as bases teóricas do CMI, incorporando influências marxistas, mas, sobretudo *schumpeterianas*, *keynesianas* e *cepalinas* (GADELHA, 2003; ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002; VIANA; ELIAS, 2007; GADELHA, 2012; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; COSTA *et al.*, 2017). Trata-se de uma vertente que traz contribuições importantes para compreensão da dinâmica capitalista contemporânea do setor saúde no Brasil e busca atualizar a articulação entre *saúde* e

desenvolvimento, resultando em vasta produção empírica e impulsionando uma série de políticas governamentais. Apesar disso, ela não considera em seus pressupostos a problemática da financeirização, o que também explica parte de suas limitações.

A noção de Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) busca evidenciar o avanço do déficit na balança comercial de produtos e insumos que aprofundam a dependência econômica e tecnológica estrutural do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, A principal proposição é a de que a lógica econômica condicionada pela acumulação, pela inovação e pela dependência externa, e a lógica sanitária, expressa nas necessidades de saúde e acesso universal, devem ser conciliadas através da ação do Estado, visando conjugar saúde, desenvolvimento econômico e social.

Em termos de políticas públicas, a promoção e sustentação de uma articulação virtuosa entre política industrial e de saúde deveria usar o poder de compra, regulação e financiamento para estimular e induzir a incorporação de tecnologias de interesse sanitário, fortalecendo do complexo produtivo nacional da saúde de forma articulada com os sistemas de inovação. Isso promoveria, simultaneamente, o desenvolvimento econômico (associado à criação de valor, emprego, investimento, renda, conhecimento, entre outros) e contribuiria para a redução da dependência e para ao aumentar a sustentabilidade do SUS.

O modelo lógico dessa linha de pesquisa propõe a organização do complexo produtivo da saúde em três subsistemas: dois relacionados à indústria e um aos serviços. O primeiro seria o subsistema de base química e biotecnológica, o qual que englobaria a indústrias de medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados, soros e reagentes de diagnóstico. Apesar da existência de especificidades nos padrões tecnológicos, competitivos e de especialização, a dinâmica deste subsistema é claramente liderada pela indústria farmacêutica, com dominância das empresas multinacionais, especialmente dentro do paradigma da biotecnológico (GADELHA *et al*., 2012).

Já o segundo seria o subsistema de base mecânica, eletrônicas e de materiais, o qual envolve as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses, próteses e materiais de consumo em geral, cujo padrão de incorporação está fortemente associado às práticas médicas. Ele abrange, ainda, segmentos diversificados que vão desde a produção de bens de capital quanto até materiais ambulatoriais e hospitalares de uso rotineiro, mas cujo pólo dinâmico e inovador está centrado nas indústrias de equipamentos (GADELHA *et al.*, 2012).

Por fim, o terceiro subsistema é o, dos serviços de saúde. Ele possui, tem o maior peso econômico e é força motriz da demanda da base produtiva. Além disso, possuem capacidade

intrínseca tanto de gerar renda e emprego como de constituir o mercado final de outros segmentos do complexo produtivo da saúde, além de participar da dinâmica sistêmica de inovação. Por isso, tal subsistema estaria configurado nacionalmente sob a forma de sistemas de saúde, que organizando uma rede estruturada de serviços e atividades orientadas por princípios diversos, englobando múltiplas organizações públicas e privadas, com variadas funções assistenciais e distintas complexidades tecnológicas, como por exemplo, hospitais, consultórios, centros de saúde, suporte diagnóstico e terapêutico. No caso desse subsistema, o maior dinamismo econômico e tecnológico estaria nos hospitais e centros de diagnóstico de maior complexidade, demandantes e indutores de novas e diferenciadas tecnologias (GADELHA *et al.*, 2012).

As contribuições dessa abordagem são diversas: a afirmação da necessidade de uma perspectiva sistêmica sobre o conjunto interligado de atividades de produção de bens e serviços do setor saúde; o correto pressuposto de que há uma articulação endógena entre as dimensões econômicas e sociais do desenvolvimento e, que portanto, os aspectos sócio-sanitários e institucionais dos sistemas de saúde não podem ser considerados de forma descolada da dinâmica capitalista setorial, e vice-versa; a consideração da dependência externa e da posição periférica do Brasil no capitalismo mundial como problema central para análises do complexo produtivo da saúde e do sistema de saúde; a produção empírica detalhada de aspectos da econômica e tecnológica de setores produtores e prestadores de serviço no cenário nacional e internacional.

Já do ponto de vista teórico, existem duas grandes ausências e insuficiências nas ideias propostas pelo conceito de CEIS. Em primeiro lugar, a compreensão sobre o Estado é estreita, na medida em que esse é entendido como instrumento de promoção de uma articulação virtuosa abstrata entre necessidades coletivas no âmbito da saúde e acumulação de capital. Ainda que o Estado não seja considerado neutro, assume-se o pressuposto de que o Estado é um Estado desenvolvimentista, ou ao menos um Estado instrumento dirigido por coalizões políticas progressistas e desenvolvimentistas, que teria por finalidade e missão ética arbitrar os conflitos entre acumulação e necessidades coletivas através de políticas governamentais elaboradas pela tecnoburocracia, visando atingir o desenvolvimento econômico e social com soberania nacional.

Nesse sentido, a questão do Estado aparece de forma dissociada da política, da hegemonia e do exercício do poder, na medida em que os antagonismos de classe, as contradições do processo de acumulação setorial, os projetos político-ideológicos contrastantes no setor saúde, e a reprodução de estruturas econômicas, assistenciais e sociais

que perpetuam padrões sanitários e assistenciais regressivos se tornam elementos pasteurizados e submetidos a ação do estado desenvolvimentista. Assim, esvazia-se o caráter conflitivo das políticas de saúde e das relações capitalistas no setor, o papel das classes e frações de classe na conformação da organização social da atenção à saúde, o lugar contraditório do Estado capitalista na reprodução e generalização dos modelos assistenciais hegemônicos.

Entretanto, mais do que uma ausência de conflitos, toma-se como pressuposto a superação destes conflitos a partir de um pacto entre o Estado e setores da burguesia industrial nacional que, por um lado, se beneficiaria da demanda interna das políticas públicas de saúde que visam ampliação do acesso e demanda novas tecnologias e, por outro, fortaleceria sua posição frente ao poder econômico e tecnológico das multinacionais, especialmente as farmacêuticas. Como resultado, haveria a ampliação da soberania nacional.

Não se trata de negar a necessidade de maior autonomia interna para produção de insumos essenciais para a sustentabilidade do sistema de saúde, ou da importância de políticas públicas que apontem para esta direção. Trata-se, na verdade, de questionar os limites dessa estratégia para transformar as bases regressivas do sistema de saúde e a própria viabilidade política e histórica da pretendida articulação virtuosa entre interesses antagônicos liderada pelo Estado desenvolvimentista, na periferia do capitalismo e em um contexto de financeirização.

A segunda grande insuficiência do conceito de CEIS é justamente a ausência de considerações mais sistêmicas sobre o neoliberalismo e a financeirização, determinantes estruturais que atuam pressionando na direção de: uma maior segmentação e regressividade nos sistemas de saúde; restrições ao aumento do gasto público e ampliação dos gastos privado com planos de saúde e medicamentos; conformação de empresas e grupos econômicos com interesses bastantes divergentes dos objetivos embutidos na “articulação virtuosa”, que se beneficiam diretamente da segmentação; integração destes grupos aos circuitos e à lógica financeira, com crescente poder político; um setor público fraco, especializado e capturado, sem força regulatória frente aos setores empresariais, com pouco poder de comando e organização sob o conjunto do sistema de saúde frente à fragmentação institucional, privatização da provisão e a influência dos planos de saúde na oferta e demanda.

Os estudos sobre o CEIS em geral reconhecem o baixo financiamento público, os altos gastos privados, e a contradição entre o papel dos planos e seguros e a universalidade constitucional. Além disso, também reconhecem que a dinâmica competitiva no setor de serviços e industrial tem sido crescentemente marcada pela concentração, pela

internacionalização e pelas fusões e aquisições. Reconhece-se, ainda, que as assimetrias tecnológicas entre países centrais e periféricos e a importância interna superior (em volume de recursos mobilizados) dos serviços dentro da geração de valor no setor saúde. Todavia, não há uma valorização das implicações teóricas e práticas destes elementos, o que compromete o intuito anunciado de se estabelecer uma aliança entre Estado e mercado em torno do desenvolvimento, da sustentabilidade do SUS, do acesso universal, da garantia do direito à saúde. Principalmente, quando estas alianças envolvem fundamentalmente os setores industriais e desconsideram os profundos impactos da financeirização.

Em resumo, a preocupação central de inserir a saúde na construção de um novo padrão de desenvolvimento acaba por deixar de lado considerações sobre a saúde no padrão de desenvolvimento de fato existente. Nesse sentido, a pretensão de "captar, no campo da saúde, a relação dialética entre o desenvolvimento das forças produtivas e sua contradição com as relações sociais de produção" (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1983) acaba, na verdade, propondo por propor uma rota de superação destas contradições, sem discutir suas bases políticas e sem de fato captá-las em sua historicidade e complexidade no presente.

1.6 A FINANCEIRIZAÇÃO E OS LIMITES ESTRUTURAIS AO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Outra importante contribuição sobre as relações entre financeirização e saúde partiu da análise dos conflitos e tensões em torno da expansão do financiamento público em saúde no contexto das pressões pela universalização e constrangimentos gerados pelas políticas macroeconômicas neoliberais estabelecidas nos anos 1990. Considera-se que esse processo é condicionado, em última análise, pela predominância do capital fictício no capitalismo contemporâneo, sendo a dinâmica de valorização financeira a principal beneficiada pelas das políticas monetária, fiscal e cambial e por mecanismos de apropriação do fundo público, incluindo parcelas destinadas aos gastos sociais (MENDES; MARQUES, 2009; MENDES, 2012; 2014).

Nesse sentido, os autores analisam a ascensão do capital portador de juros e suas manifestações no Brasil, bem como os impactos desta mudança na configuração do Estado e das políticas sociais. Nesse novo contexto histórico, questiona-se os limites para que o fundo público exerça sua função como *antivalor* (OLIVEIRA, 1988; 1998), ou seja, simultaneamente participar do processo de valorização do capital e garantir parte da

reprodução social através da provisão desmercantilizada nos moldes dos *Estados de Bem-Estar* ou do modelo de seguridade social pretendido no Brasil.

Para Behring (2009), o fundo público envolve a capacidade de mobilização de recursos pelo Estado para intervir na economia, abrangendo empresas públicas, orçamento público, políticas monetária, cambial e fiscal, com captação de recursos através de impostos, contribuições e taxas, ou seja, parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juros ou renda. Assim, o fundo público é tensionado pela contradição entre a socialização da produção e apropriação privada do excedente e atua absorvendo uma parcela da mais-valia socialmente produzida para sustentar a reprodução da força de trabalho e do capital, socializando os custos da produção e facilitando a realização do valor.

No contexto do capitalismo sob dominância financeira, Salvador (2010a,b) aponta que o fundo público exerce função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo essencial tanto na esfera da acumulação quanto na das políticas sociais. Ele se relaciona à reprodução do capital (1) como fonte importante para realização do investimento capitalista (subsídios, desonerações tributárias, incentivos fiscais, redução da base tributária sobre a renda do capital no financiamento da reprodução); (2) como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho por meio de salários indiretos e reduz os custos capitalistas; (3) como transferência de valor para o capital financeiro e as classes rentistas na forma de juros e amortização das dívidas; (4) através das funções indiretas do estado (infraestrutura, pesquisa, entre outros).

No Brasil em específico, a hegemonia do capital fictício é tensionada pela apropriação e transferência de valor do fundo público para a esfera financeira a partir de alguns caminhos. Em primeiro lugar, os serviços da dívida pública transformaram o Brasil em plataforma de valorização financeira, sendo que a política de superávit primário instituiu a desvinculação dos recursos da seguridade social como um dos mecanismos de garantia. Assim, a pressão sobre o orçamento do SUS, suas bases tributárias e financeiras são uma constante ao longo de sua trajetória. Além disso, também seriam formas de drenagem de recursos do fundo público os subsídios, incentivos fiscais e desonerações tributárias (para planos de saúde, produtores de medicamentos, equipamentos e insumos e instituições hospitalares filantrópicas), além das privatizações no interior do setor público, como no caso das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e na enorme dependência da contratação de serviços de saúde privados (MENDES, 2012).

Assim, essa contribuição é bastante relevante na medida em que coloca a financeirização como elemento central da dinâmica econômica interna e externa, demonstrando como a restrição do fundo público para o financiamento do direito universal à

saúde se expressa claramente nas restrições estabelecidas pela dinâmica macroeconômica que, em última análise, estão relacionadas com a própria dominância do capital fictício no padrão de acumulação do capitalismo brasileiro.

Todavia, uma limitação decorrente do próprio recorte do objeto, restrito à dinâmica do fundo público e do orçamento da saúde, acaba por associar as políticas públicas de privatização à financeirização sem maiores intermediações com o processo de acumulação setorial, que é influenciado pelas políticas públicas, mas não determinadas exclusivamente por elas. A extração e transferência de valor para os circuitos financeiros através da própria assistência à saúde privada também tem grande relevância política e econômica. Em suma, os apontamentos sobre as relações entre financeirização e o financiamento público não excluem outras abordagens complementares do problema.

1.7 POLÍTICAS DE SAÚDE E FINANCEIRIZAÇÃO A PARTIR DA CRISE GLOBAL DE 2008

A partir da segunda década do século XXI, a produção científica sobre as relações entre financeirização e saúde evoluiu. Isso se deu a partir de estudos de caso, contribuições teóricas e revisões sobre transformações qualitativas e quantitativas na dinâmica dos sistemas de saúde e das corporações que o integram, colocando de forma mais evidente as relações entre privatizações e reformas com a dominância financeira. Tal processo se intensifica e ganha novos contornos a partir do início do século XXI e, notadamente, após a crise financeira global de 2008, evento central para compreensão do que ocorre nos anos seguintes.

A crise econômica de 2008, até então comparável em escala e magnitude apenas com a crise de 1929[1], teve como gatilho o colapso de ativos ligados ao mercado imobiliário estadunidense entre 2007 e 2008. Seus efeitos propagaram-se através do sistema financeiro internacional, o que provocou consequências em escala global. Inicialmente, o congelamento dos mercados financeiros levou à recessão mundial em 2009, apesar das reações governamentais coordenadas para salvar o sistema financeiro a partir de grandes resgates fiscais e nacionalização de instituições financeiras nos países centrais, socializando os prejuízos da crise (RUGITSKY, 2020, SAAD-FILHO, 2013, BARROSO; SOUZA, 2013).

Entre os anos de 2010 e 2011, as reverberações se manifestaram fortemente na crise europeia, atingindo principalmente a periferia da Zona do Euro, na medida em que a

[1] E, mais recentemente, à crise econômica desencadeada pela pandemia de COVID-19 em 2020.

combinação entre a elevação de gastos públicos e a continuidade da queda na renda, da arrecadação e do emprego levou à ampliação dos déficits governamentais e à rápida deterioração da dívida pública, além do alto endividamento. Além disso, os títulos públicos desses países também sofreram ataques especulativos que contribuíram para minar a recuperação econômica da região, que permaneceu em recessão entre os anos de 2012 e 2013 (RUGITSKY, 2020).

Na Ásia, os impactos econômicos levaram a uma desaceleração do crescimento chinês e ao encerramento do ciclo de alta nos preços das *commodities* em 2012, o que reverberou em países dependentes da exportação de bens primários, incluindo os latino-americanos. Tal fato minou uma das principais condições econômicas internacionais favoráveis ao sucesso de governos progressistas da *maré rosa*, os quais conseguiram conciliar crescimento e algum grau de redistribuição e inclusão. Assim, a crise desarticulou o padrão de sustentação da economia global na década anterior, apoiado no tripé de países geradores de demanda (EUA, Reino Unido, por exemplo), países exportadores de bens manufaturados (como a Alemanha, a China e outros da Ásia) e exportadores de matéria-prima (como os latino-americanos e a Rússia) (RUGITSKY, 2020).

Dessa forma, imediatamente após a contenção parcial do primeiro choque e com o aumento do endividamento público, o sistema financeiro e muitos Estados retomaram o argumento da necessidade de estabilização fiscal a partir de cortes de gastos públicos, sobretudo os sociais, além de novas rodadas de reformas para aprofundar o neoliberalismo com ajustes marginais no modelo, transferindo os custos da crise para as classes populares (SAAD-FILHO, 2013, 2019). Tais medidas se mostraram não apenas insuficientes para balancear a economia global, como também exacerbaram as consequências sociais da crise e contribuíram para o forte abalo na legitimidade e na hegemonia do neoliberalismo ao longo da década. Assim, ele perdeu sua capacidade de convencimento, ainda que tenha mantido sua capacidade e força de dominação para manter a sua implementação (RUGSTKY, 2020).

Isso se refletiu de forma heterogênea entre os países e pode ser percebido, por exemplo, na intensificação e generalização em escala global de protestos de massa a partir de 2011. Outros aspectos resultantes desse processo foram o enfraquecimento das instituições democráticas e dos partidos de centro nos Estados Unidos e na Europa, a crescente percepção da concentração de renda/poder e da impermeabilidade do sistema político capturado às demandas populares e a ampliação do espaço para alternativas mais radicais à esquerda e à direita, ainda que os últimos tenham ido mais longe em eleições nos Estados Unidos e Reino Unido. Na América Latina, a crise impulsionou a tentativa de recomposição das forças

conservadoras e neoliberais em resposta aos governos progressistas (RUGITSKY, 2020). Além de sucessos eleitorais como no caso de Macri (Argentina), Pinera (Chile), Lacalle Pau (Uruguai) e, mais notadamente, Bolsonaro (Brasil). Também foram emblemáticas a crescente instabilidade política e econômica e a proliferação de golpes jurídicos, parlamentares, judiciais (Brasil, Paraguai, Honduras) e até mesmo militares (Bolívia).

Assim, configurou-se durante a década de 2010 o que tem sido chamado de *neoliberalismo autoritário* (SAAD-FILHO, 2019; JESSOP, 2019). Trata-se de um produto de sua crise de hegemonia e legitimidade, do aprofundamento de suas contradições, da crescente incompatibilidade entre financeirização e democratização das relações políticas e sociais, o que tem levado a uma erosão dos próprios sistemas políticos democráticos. Em última análise, os crescentes impasses entre democracia e neoliberalismo remetem aos paradoxos fundamentais entre capitalismo e democracia, fundada na separação dos aspectos políticos e econômicos das relações de exploração (WOOD, 2011; SAAD-FILHO, 2019).

Nesse sentido, as políticas sociais e de saúde também se relacionam aos movimentos gerais descritos anteriormente. Entre as primeiras, amplia-se a participação do setor financeiro como provedor de bens e serviços sociais e o papel da política social na garantia de pisos de proteção social. Sendo que isso pode ocorrer através da expansão de programas de renda mínima ou como instrumento de ampliação do acesso ao crédito, seguros, produtos e inovações financeiras. Esses devem apoiar o consumo e proteção segmentada de acordo com a renda dentro de uma crescente individualização do risco e fortalecimento das alternativas de mercado para a provisão de serviços, por sua vez crescentemente integradas aos circuitos financeiros de acumulação (FINE, 2014; LAVINAS, 2017a).

Com relação às políticas de saúde, as principais tendências podem ser sintetizadas em três níveis. O primeiro relaciona-se com a atualização do discurso hegemônico neoliberal e da ‘Saúde Global’ sobre os sistemas de saúde no contexto pós-crise. Na Europa, na esteira das pressões de instituições financeiras e da União Europeia para adoção de políticas de austeridade fiscal, acentuou-se a discussão sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde europeus e, assim, a crise tornou-se oportunidade para impulsionar reformas já especuladas e discutidas anteriormente para tentar conter o aumento de custos (THOMSON *et al.*, 2014). Especialmente os países da periferia europeia enfrentaram anos de redução do gasto público combinando reformas orientadas para restringir coberturas, abrangência e ampliar copagamentos, visando promover a “eficiência” e “racionalização” da utilização.

A partir de 2010, a Organização Mundial de Saúde, por sua vez, passou a promover a Cobertura Universal de Saúde (CUS) como principal diretriz estratégica para os sistemas de

saúde do mundo, o que já vinha sendo amadurecido na década anterior. Assim, a adesão a CUS foi pactuada por diversos países dentro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização Nações Unidas (ONU), além de contar com o entusiasmo de instituições como o Banco Mundial, FMI, Unicef, Fundação Rockfeller, Fundação Bill e Melinda Gates, entre outros. Ainda, é válido mencionar que uma série de estudos tem se dedicado a desvelar os pressupostos e objetivos da CUS para além de sua retórica (HEREDIA *et al*., 2015; BIRN; NERVI; SIQUEIRA, 2016; QADEER; BARU, 2016; GIOVANELLA *et al*., 2018; HUNTER; MURRAY, 2019).

Do ponto de vista político e ideológico, a CUS se tornou uma das principais ferramentas de redefinição das funções e objetivos dos sistemas de saúde, especialmente em países de renda média e baixa, *vis a vis* a promoção da provisão e do asseguramento privado através de arranjos de financiamento que combinam fundos públicos e privados, com crescente importância do capital privado e financeiro em iniciativas, programas e ações em saúde, na medida em que os recursos públicos seriam insuficientes para atender os objetivos subjacentes à CUS. A partir da apropriação e reformulação da ideia de acesso universal como direito de cidadania garantido por sistemas universais de saúde, a preocupação passa a ser com a ampliação do acesso através de sistemas de saúde que estendam a proteção financeira a todos, com pacotes de serviços segmentados e diferenciados entre grupos socioeconômicos, taxas de utilização, seletividade e focalização.

Assim, é importante salientar que a ideia de proteção ao risco financeiro se baseia, fundamentalmente, na criação de mecanismos que evitem gastos catastróficos e o empobrecimento em razão de despesas com saúde pelas famílias e indivíduos. Nesse sentido, alega-se que os sistemas de saúde deveriam ser organizados de modo a permitir a utilização dos serviços eventualmente necessários e ao mesmo tempo evitar as consequências adversas de se pagar por atenção à saúde (SAKSENA, HSU, e EVANS, 2014). Mas, por trás da justificativa de apoio à expansão do acesso, a CUS tornou-se pretexto para a ampliação da participação das finanças na dinâmica dos sistemas de saúde.

Em um segundo nível, a crise de 2008 também representou, para a dinâmica capitalista do setor de saúde, a intensificação de uma série de processos relacionados à financeirização. Sabe-se que, nos anos 2000, já havia um grande crescimento das fusões e aquisições a nível global. Nesse sentido, foram registradas 39 operações em 1999 e 415, em 2008. Após uma ligeira queda em 2008, em 2012 já foram observadas 432 operações. Com relação ao valor das operações há uma oscilação maior, na medida em que grandes operações tornam o volume mais volátil. Todavia, houve uma significativa mudança de patamar: enquanto até 1999 o

valor da soma das operações não passava de US$ 3 bilhões, a partir de 2004 eles oscilaram entre US$ 10 e 35 bilhões. Também se observou a ampliação na quantidade e valores nas fusões e aquisições internacionais, ou seja, quando envolve empresas de países diferentes (HIRATUKA; ROCHA; SARTI, 2016).

Outro fato notável é o descolamento da valorização das ações do setor saúde em relação ao restante da economia a partir da recuperação econômica da crise de 2008, especialmente em países emergentes. Em uma amostra de 23 países desenvolvidos, as ações de empresas do setor saúde se valorizaram mais de 200% entre 2009 e 2017, sendo que houve cerca de 150% de valorização média das ações de todos os setores da economia. Em países periféricos "emergentes", enquanto as ações como um todo se valorizaram apenas cerca de 20% entre 2009 e 2016, as do setor saúde chegaram a cerca de 175%, o que se justificaria pela tendência de ampliação mais acelerada dos gastos em saúde (KRECH *et al*., 2018).

Em um terceiro nível, na década de 2010, nota-se que a integração estrutural da dinâmica capitalista do setor saúde à financeirização atinge nova escala e patamar, na medida em que os altos retornos oferecidos pelas empresas do setor saúde as posicionaram internacionalmente como alvo estratégico de investidores em um contexto de crescente instabilidade sistêmica. O relatório da companhia global de investimentos Bain Capital expõe a ascensão do setor saúde como uma classe de ativos dinâmica no mercado internacional, bem como sua crescente relação com os ciclos econômicos globais e as bolhas financeiras. A mensagem inicial assinada por executivos é transparente quando eles afirmam que: *In the face of growing economic and sociopolitical instability across the globe, healthcare assets attracted investors at record levels*. Em outro trecho, eles ainda declaram: *as the economic expansion extended further beyond historical norms, investors flocked to recession-resistant healthcare investments ahead of an inevitable downturn* (BAIN & COMPANY, 2019).

O mesmo documento mostra que as fusões e aquisições no setor saúde, promovidas tanto por fundos de *private equity* quanto por corporações, cresceram consistentemente em quantidade e valores envolvidos ao longo da década. Para as corporações, as aquisições são consideradas o caminho mais importante na manutenção do aumento de receitas e retornos aos acionistas. Os Estados Unidos continuam como a região mais ativa, seguido pela Europa e Ásia, sendo que a provisão de serviços e atividades relacionadas continuam como o setor mais destacado. Além disso, destaca-se o pequeno espaço ocupado pela América Latina e África no mercado mundial. A intensificação da competição por ativos do setor saúde, além de aumentar os preços das operações, estimula investidores corporativos e financeiros a desenvolver novas táticas e transações, através de parcerias com outros investidores,

diversificação, atenção aos mercados públicos e adoção de novas estratégias de criação de valor (BAIN & COMPANY, 2019).

Diversos estudos avançam na compreensão de aspectos da financeirização em diferentes países e campos do setor saúde. Nos Estados Unidos, os efeitos da consolidação dos mercados de seguros e hospitais e de uma atuação mais ativa dos fundos de investimentos, especialmente a partir do *Affordble Care Act* de 2010, se mostraram positivos para o desempenho e para os retornos de provedores e seguradores (ROBINSON 2004; ROBBINS; RUDSENSKE; VAUGHAN, 2008; ZUCKERMAN, 2011; DONG, 2014; SCHOEN; COLLINS, 2017; LEE; ZHANG, 2017; APPELBAUM; BATT, 2020). Além disso, também aumentaram a pressão pelo aumento dos prêmios pagos pelos segurados e dos preços praticados no setor hospitalar (DAFNY; DUGGAN; RAMANARAYANAN, 2012; DAFNY, 2015; DAFNY; HO; LEE, 2019).

Tais processos pavimentaram o caminho para grandes movimentos protagonizados pelas cinco maiores seguradoras, assim como a aquisição da seguradora Aetna pela CVS em 2018, reunindo no mesmo grupo seguradora, gestora de benefício farmacêutico (PBM), clínicas privadas e farmácias. Além da entrada empresas como Amazon, Apple e Samsumg no mercado da saúde (DAFNY, 2017; 2018; BAIN & COMPANY, 2018). Isso evidencia como a hiper conglomeração derruba barreiras entre distintas atividades econômicas e assistenciais do setor saúde e aponta para a construção de modelos de negócios integrando diferentes níveis das cadeias de valor do setor saúde, além de levar a uma concentração de poder e recursos assistenciais em poucas empresas. Além disso, a entrada de gigantes tecnológicas também demonstra que eles possuem interesses estratégicos no setor em questão e, por isso, possuem papel crescente na introdução de novos paradigmas tecnológicos aplicados aos serviços e cuidados em saúde e na transformação dos modelos assistenciais.

Os impactos da financeirização também foram sentidos nas principais empresas transnacionais farmacêuticas sediadas nos Estados Unidos e na Europa, líderes do processo de acumulação e inovação a nível global. Observa-se que a estrutura patrimonial é altamente dispersa e, além disso, há um crescimento da distribuição de retornos aos acionistas, executivos e investidores institucionais, enquanto o mercado de ações é utilizado para viabilizar grandes aquisições e maior controle de mercado. Assim, a adoção do modelo *blockbuster* como estratégia de competição e inovação é influenciada por esse processo, na medida que a valorização financeira está diretamente atrelada às vendas desses produtos (MONTALBAN; SAKINÇ, 2013). Outros autores ainda argumentam que os modelos de negócios financeirizado das empresas estadunidenses são responsáveis pela diminuição na

produtividade e redução dos gastos com inovação, a despeito do ambiente favorável à pesquisa e desenvolvimento (TULUM; LAZONICK, 2018).

Em estudo de revisão sobre o assunto, destaca-se que a dominância financeira se manifesta na indústria farmacêutica por vários caminhos: pelo fortalecimento da concepção da empresa farmacêuticas como ativos, pela crescente participação dos fundos de alto risco no capital, pelo protagonismo dos ativos intangíveis, pela maximização do valor dos acionistas, pela desintegração vertical das atividades e também pela intensificação de fusões e aquisições e encurtamento do horizonte de planejamento (SOARES *et al.*, 2020). Portanto, esses estudos evidenciam que a lógica da financeirização se expande para todos os elos do complexo produtivo da saúde, inclusive nos setores tipicamente industriais, e não apenas nos seguros e serviços.

Ademais, estudos de caso aprofundados também fornecem evidências consistentes sobre a interrelação da financeirização como reformas incrementais no contexto neoliberal. Na França, por exemplo, o crescimento da aquisição compulsória de seguros complementares caminha lado a lado com a expansão dos mercados, a concentração e centralização do capital (CORDILHA; LAVINAS, 2018). Também houve aumento da participação do setor financeiro no próprio financiamento e na provisão pública, penetrando nas instituições, burocracias administrativas e prestadores (CORDILHA, 2020).

No financiamento de longo prazo, houve mudanças na gestão das dívidas ligadas à Seguridade Social, ainda nos anos 1990, as quais deixam de ser roladas por bancos públicos e passam para seguros de dívidas comprados por investidores, cujos retornos foram assegurados por mudanças tributárias e regulatórias. Já nos anos 2000, mecanismos de financiamento de curto prazo para o financiamento de despesas correntes também foram introduzidos. A expansão e qualificação da infraestrutura hospitalar deixaram de ser uma atribuição do governo ao longo dos anos e os recursos passaram a ser levantados através de créditos bancários pelas instituições sanitárias. Isso levou à interdependência entre o sistema de saúde e os agentes financeiros e à incorporação de processos, técnicas, objetivos e culturas associadas às finanças no interior das instituições de saúde (CORDILHA, 2020)

Na Inglaterra, observou-se que as reformas no National Health System (NHS) permitiram que a lógica financeira penetrasse em estruturas, processos, objetivos e investimentos ligados ao sistema de saúde britânico. Assim, as reformas nos anos 1990 mudaram os processos de financiamento e transferência de recursos a partir da criação de quase-mercados no interior da provisão pública que mimetizam estruturas financeiras e estimulam a competição interna. Processos financeiros foram incorporados na gestão pública

para a contratação e remuneração de provedores públicos e privados. Além disso, foram introduzidos mecanismos de parceria público privada nos quais o setor privado financia investimentos em infraestrutura hospitalar (construção, gestão e operação dos hospitais), a qual, posteriormente, é alugada para o próprio NHS por décadas com alta lucratividade para os financiadores (geralmente investidores financeiros institucionais). Em 2012, uma nova rodada de reformas ampliou a captação de receitas de pacientes privados pelo sistema público de 2% para 49%, além de aumentar a proporção de contratação de provedores privados. Assim, a provisão de serviços de saúde se transforma cada vez mais em ativo financeiro (BAYLISS, 2016).

Entre os países periféricos, como a Turquia, a busca de investidores por portfólios mais rentáveis e novos mercados após a crise econômica de 2008 levou a um aumento da procura de ativos hospitalares por *private equities* e fundos multimercado (*hedge*), com estadia de curto e médio prazo. Investidores apontam que, entres os fatores que os atraíram, estão a inelasticidade da demanda, o crescimento significativo do gasto *per capita* em saúde e do PIB, a estabilidade política, o envelhecimento populacional e a compra de serviços privados pelo setor público estimulada por reformas neoliberais realizadas nos anos 2000. Nesse contexto, o Estado teve papel decisivo em reformas e regulações que geraram novas oportunidades de mercado. Os investimentos impulsionaram a formação de grandes redes hospitalares, diversificação, disseminação de imperativos financeiros na gestão, integração do capital da burguesia local aos circuitos financeiros e crescimento da proporção de leitos privados (VURAL, 2017).

Na Índia, observa-se um influxo exponencial de capitais externos e empresas multinacionais no setor hospitalar a partir da liberalização do investimento estrangeiro direto, o qual é direcionado principalmente para serviços superespecializados e terciários, principalmente nas regiões metropolitanas, superando inclusive os investimentos governamentais (HOODA, 2015). Além disso, a privatização é promovida e estimulada, apontando para uma mudança nas próprias bases de financiamento do sistema de saúde: muda-se gradualmente da provisão de serviços baseadas em impostos visando acesso universal para o financiamento de seguros através de impostos visando cobertura universal (HOODA, 2016).

No caso brasileiro, estudos recentes demonstram como a financeirização foi elemento central da articulação entre a dinâmica de acumulação e da proteção social, sendo ainda componente estruturante das políticas sociais nas mais diversas áreas: previdência, habitação, educação, saúde, programas de transferência de renda, benefícios de prestação continuada,

acesso ao crédito, entre outros (LAVINAS, 2017a, 2017b; SESTELO *et al.*¸ 2017, LAVINAS; GENTIL, 2018). Na saúde particularmente uma série de estudos aprofundaram significativamente a compreensão das transformações associadas à dominância financeira entre as décadas de 2000 e 2010, as quais serão abordadas nos próximos capítulos.

Murray e Hunter (2019) consideram que a financeirização da saúde representa uma nova fase do desenvolvimento capitalista no setor que se constrói após 40 anos de rodadas de privatização e reformas neoliberais. O momento atual se diferenciaria pela ênfase no processo de criação e ampliação zonas de investimentos e classes de ativos financeiros rentáveis que podem ser comercializados entre os capitais domésticos e transnacionais. Eren Vural (2017) destaca que a financeirização pode afetar a estabilidade financeira e organizacional, o custo dos serviços, as iniquidades no acesso e as políticas de saúde como um todo.

Por fim, ambos convergem no entendimento de que esse processo não é um movimento determinado apenas externamente, mas também é intermediado e promovido por alianças políticas entre governos e órgãos públicos domésticos, frações capitalistas do setor saúde e agentes financeiros, como bancos, fundos de investimento e agências multilaterais. Destacam, ainda, que a financeirização viabiliza uma crescente transferência do fundo público e dos rendimentos do trabalho para o setor financeiro.

1.8 O PAPEL ATIVO DAS CORPORAÇÕES DO SETOR SAÚDE NA FINANCEIRIZAÇÃO NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DA HEGEMONIA

O desempenho notório, a rápida transformação e a mudança no padrão de atuação política de diversas empresas do setor saúde durante governos progressistas no Brasil trouxe indagações a respeito da natureza desse processo. Nesse sentido, Bahia (2012, 2013) identifica relações entre a consolidação, a capitalização via fundos de investimentos, a reconfiguração do mercado de planos e seguros de saúde e a atuação política de seus representantes junto ao legislativo, aos Ministérios da Economia e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta última foi influenciada por agentes do mercado desde sua fundação em 1998 e, durante os governos progressistas, passou a ser a instância que contribui para maximizar e legitimar a financeirização.

Durante a primeira década do século XXI, o processo de reorganização e expansão do mercado de planos assistiu a uma impressionante revitalização das medicinas de grupo e do mercado como um todo. Empresas antes contrárias à internacionalização e demandantes de

recursos públicos cresceram, dispensando grandes investimentos de expansão assistencial interna ou adoção de práticas gerenciais como o *managed care*. As instituições privadas passaram por um processo decomplexificação, algumas adentraram o mercado de ações, apoiaram sua expansão em aportes de fundos de investimentos, tornaram-se protagonistas das fusões e aquisições (incluindo laboratórios e hospitais). Da mesma forma, a concentração econômica e de poder também buscou representantes aos postos administrativos e políticos estratégicos, paralelamente à aproximação de empresários de políticos de esquerda e centro-esquerda, agora no governo, e à crescente influência na agenda pública (BAHIA, 2013).

Ao analisar o caso da operadora Amil, nota-se que as mudanças na escala de operação de empresas de planos de saúde entre os anos 1980 e 1990 credenciaram-nas para intermediar as relações entre demanda e os prestadores de serviços de saúde em novas condições. A partir dos anos 2000, se configurou um padrão de acumulação financeirizado, marcado pelas estratégias de crescimento, por fusões e aquisições, pela diversificação de atividades e pela abertura de capital e valorização financeira bastante superior à ampliação da clientela (BAHIA, 2016a).

Nessa perspectiva, Sestelo (2018a; 2018b) desenvolveu com maior rigor teórico e empírico, um estudo a acerca de como as principais empresas de planos de saúde, incluindo seguradoras, medicinas de grupo, administradoras de benefícios, se transformam de empresas pequenas e incipientes em grupos econômicos complexos, multifuncionais e multissetoriais, capazes de impor sua agenda política, construir aparatos de disputa ideológica e, principalmente, integrar-se deliberadamente ao padrão de acumulação dominado pelas finanças, porém não como vítimas de um processo exógeno. Assim, essa integração explica a intensificação do processo de mudança qualitativa e quantitativa, estrutural, a partir dos anos 2000. Além disso, o trabalho também destaca a centralidade do mercado de planos e seguros de saúde para a dinâmica capitalista do setor saúde no Brasil, já que permite múltiplas interfaces de relacionamento comercial e detém o poder de gestão financeira sobre os valores de contraprestação pagos pelos trabalhadores/clientes e empregadores. Isto é, parte da massa de salários destinada à reprodução social e parte da mais-valia apropriada nas atividades produtivas.

Mais recentemente, uma série de trabalhos, aos quais inclui-se esta tese, avançam na compreensão das relações entre a financeirização e a acumulação de capital no setor saúde. Isso ocorre a partir da análise concreta de cerca de 70 empresas do setor saúde de seis diferentes segmentos (planos de saúde, serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia, hospitais privados, organizações sociais, varejo farmacêutico e indústria farmacêutica). Todos eles são

desdobramentos (totais ou parciais) do projeto *"Complexo Econômico Industrial da Saúde, inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do sistema universal no Brasil"*, cuja metodologia geral é descrita por Bahia *et al*. (2021).

Os trabalhos de Andrietta e Monte Cardoso (2021) e Mattos *et al.* (2021a) constatam a crescente integração do setor saúde à lógica sistêmica da financeirização, a partir da análise de informações contábeis-financeiras e patrimoniais. Observa-se o desempenho econômico notório e o aumento de porte em relação às maiores empresas brasileiras e às de capital aberto no país, a valorização patrimonial e centralização de capital, mudanças nos padrões jurídico-organizacionais, de governança, financiamento, propriedade e controle. Nessa perspectiva, a tese de Andrietta (2019) contribui com uma análise sobre os impactos desse processo para a concorrência entre Planos e Seguros de Saúde (PSS), Hospitais Privados (HP) e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT). Ainda, outros estudos de caso analisam a dinâmica específica dos diferentes segmentos incluídos (MATTOS *et al.*, 2021b; SANTOS *et al.*, 2021; SODRÉ *et al.*, 2018, TURINO *et al.*, 2021a e 2021b; MONTE CARDOSO; ANDRIETTA, 2021; SESTELO *et al.*, 2021).

Assim sendo, a financeirização parece ter entrado de maneira definitiva nas análises da Saúde Coletiva e de economistas no Brasil. Nota-se que o tema vem sendo mais abordado por autores de distintas vertentes teóricas, em análises dos impasses e limites do processo de implantação do SUS e reforma sanitária, em estudos sobre a dinâmica política, da hegemonia e do poder no setor saúde ou em contribuições sobre os impasses e possibilidades do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) (MONTEIRO, 2018; SANTOS, 2018; PAIM, 2018a, b; SARTI; HIRATUKA; FONSECA, 2021; GADELHA, 2021; CASSIOLATO; FALCÓN; SZAPIRO, 2021; ROCHA, 2021; MARTINS; OCKÉ-REIS; DRACH, 2021).

Se, por um lado, tal processo permite a ampliação da discussão do problema, por outro, corre-se o risco de incorrer em generalizações e abstrações distantes da materialidade política, econômica, ideológica, institucional e social que a dominância financeira imprime na estrutura de poder e na organização social da assistência à saúde, mantendo-a como 'fator externo' e sem levar às últimas consequências seus desdobramentos para as aspirações de políticas de saúde universais e abrangentes. Por isso, além do aprofundamento das formulações teóricas e da necessidade de certo rigor conceitual na aplicação do termo, são necessários estudos de casos concretos que subsidiem a compreensão de processos intrinsecamente complexos, além de historicamente e socialmente determinados.

1.9 FINANCEIRIZAÇÃO COMO DETERMINANTE HISTÓRICO-ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

Em consonância com as análises realizadas pelos autores aqui citados, é possível afirmar que a financeirização é um determinante histórico e estrutural central da organização social da atenção à saúde nas sociedades capitalistas contemporâneas. Assim, para finalizar esta reflexão, destacamos dez considerações críticas sobre tais evidências.

Primeiramente, há uma grande diversidade de formas e mecanismos pelos quais a financeirização pode impactar os sistemas de saúde, com grandes variações de escopo, velocidade e intensidade entre países. Isso se deve em partes à própria heterogeneidade da configurações política-institucional dos sistemas de saúde em termos de princípios, organização, financiamento, provisão, correlação de forças sociais etc. Dessa forma, ainda que tendências gerais possam ser identificadas, o desafio de investigação passa muito mais pela compreensão da especificidade dos processos históricos e políticos de cada país e de sua interação com os determinantes sistêmicos do capitalismo contemporâneo

Uma segunda observação é de que os efeitos da financeirização e do neoliberalismo nos sistemas e das práticas de saúde não podem ser compreendidos sem uma consideração simultânea das transformações nos setores público e privado. Trata-se de compreender como Estado, mercado, classes sociais, instituições e relações de poder atravessa o campo da assistência à saúde transformando a dinâmica e os meios da reprodução social.

Em terceiro, é evidente que em geral a financeirização não aparece como um efeito previsto e enunciado de reformas incrementais ou radicais associadas à modernização neoliberal dos sistemas de saúde, tradicionalmente justificadas como medidas gerenciais para controlar custos, ampliar acesso e aumentar eficiência. Mas, avança na medida em que penetra em novas e antigas estruturas assistenciais e institucionais públicas e privadas, em mecanismos e processos associados à organização e gestão dos sistemas de saúde, conectando fluxos de capitais, recursos econômicos e ativos públicos e privados aos mercados financeiros nacionais e internacionais, de forma direta e indireta.

Em quarto lugar, as mudanças podem ser lentas e cumulativas, levando décadas. Todavia, a partir dos anos 2000 e 2010 cada vez mais as reformas apontam diretamente para um maior protagonismo de investidores e mecanismos financeiros como solução para as limitações dos Estados em financiar e prover serviços de saúde públicos e universais e para impulsionar transformações tecnológicas.

Isso fica evidente não apenas na ampliação os espaços mercantilizados e de valorização de capital no interior dos sistemas de saúde, mas no próprio discurso ideológico e nas políticas estabelecidas internacionalmente por instituições multilaterais, financeiras e filantrocapitalistas (como a Organização Mundial de Saúde, União Europeia, OCDE, OMC, FMI e Banco Mundial, Fundação Bill e Melinda Gates, Fundação Rockfeller etc.) como diretrizes para os sistemas de saúde. Na década de 2010, o conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS) veio como forma de conciliar a ampliação dos gastos públicos e da cobertura de serviços com a ampliação dos mercados e do papel do setor privado nos sistemas nacionais de saúde especialmente em países do Sul Global.

Uma quinta observação é de que estes movimentos não acontecem de forma dissociada do movimento mais amplo do capital a nível global. Na medida em que, como tendência estrutural, a financeirização se expande em direção a diferentes setores da economia e da vida, o setor saúde é progressivamente incorporado a esta espiral, especialmente após a crise global de 2008. Evidências apontam aquecimento das atividades de fusões e aquisições, ascensão de empresas transnacionais do setor saúde, maior atuação de fundos de investimentos e outros agentes financeiros, especialmente nos serviços de saúde. Os influxos de capitais não dependem apenas da criação de novos mercados e ativos por reformas pró-mercado, mas do próprio movimento especulativo e conjuntural dos capitais financeiros nacionais e transnacionais, sujeitos a oscilações, incertezas e estratégias de curto prazo. Ao final da década, o setor saúde se consolidou como refúgio de investidores para diversificação de risco e garantia de rentabilidade frente às crescentes instabilidades sistêmicas. Isso se intensifica ainda mais a partir da pandemia de Covid-19, na medida em que a indústria da saúde foi das menos impactadas pela recessão global e tem oferta ganhos superiores aos de outros setores da economia.

Em sexto, as corporações do setor saúde tem papel ativo na no processo financeirização dos sistemas de saúde. Como padrão sistêmico, a financeirização impacta na estrutura e estratégia de acumulação das empresas financeiras e não-financeiras, que passam por mudanças na organização interna, estrutura do capital, financiamento e escopo de atividades. No setor saúde, as empresas com melhores resultados e potencial de valorização buscam ativamente a capitalização a partir de investimentos externos, compra e venda de ativos e ações, visando acelerar o próprio processo de expansão e acumulação. Também passam a depender e explorar cada vez mais os mercados de títulos e dívidas, derivativos, se apoiar em mecanismos de securitização e repasses de risco e até gerando receitas a partir em investimentos financeiros. A entrada de investidores financeiros, nacionais e estrangeiros,

amplia influxo de capitais externos e a crescente integração das estruturas econômicas e assistenciais do setor saúde aos circuitos financeiros.

Na medida em que estas ligações se consolidam, desenvolve-se um processo endógeno de transformação, que também pode se dar pela entrada de agentes financeiros externos explorando serviços públicos e privados. Naturalmente, existem enormes diferenças sobre como a lógica financeira prevalece entre empresas produtoras de insumos e de serviços, entre empresas de países centrais ou periféricos, de tamanhos e escopos distintos, etc. Estas considerações merecem atenção futura.

Como consequência, e em sétimo lugar, este processo pode ter desdobramentos na disputa de hegemonia e até mesmo na soberania sanitária dos Estados nacionais sobre as políticas de saúde. No plano interno, na medida em que as empresas do setor saúde crescem e se integram à financeirização, as frações proprietárias e executivas também se fortalecem politicamente ao convergir interesses com elites financeiras e ao ampliar o acesso e influência política sobre grupos, núcleos e esferas de poder do Estado. Tais agentes também mais comprometidos com a disputa ideológica sobre as práticas, modelos e sistemas assistenciais, podendo assumir o papel de formuladores de políticas e modernizadores dos sistemas de saúde. Assim crescem as barreiras para o controle democrático, para ação do Estado baseada no interesse coletivo, e a implementação para políticas de saúde que apontem para maior justiça social ou confrontem as bases do padrão de acumulação estabelecido, o que seria, em última análise uma afronta às "regras do jogo", aos investidores, à "segurança" e "previsibilidade" do mercado de capitais.

Uma oitava consideração é de que a longa tendência histórica de aumento dos custos médicos, pretérita ao neoliberalismo e sem indícios de reversão, está diretamente ligada à incorporação de tecnologias que impactam nos custos dos produtos industriais e dos serviços e se reflete no valor da assistência. No contexto da financeirização, os custos crescentes e o potencial comercial das inovações, protegidas por propriedade intelectual e disseminadas sob estratégias de mercado, se tornam pilares de uma base sólida que justifica a expansão da oferta e da demanda e permitem a valorização constante dos ativos do setor saúde na esfera financeira diante da expectativa de ganhos futuros, seja no setor de serviços seja na indústria. Ou seja, há uma retroalimentação entre a lógica financeira e a lógica da incorporação de tecnologias, com consequências diretas para as assimetrias tecnológicas globais e a profunda dependência financeira e tecnológicas dos países periféricos.

Além disso e em nono lugar, no caso dos serviços, a concentração e formação de grandes grupos integrados a lógica financeira ou acesso à grandes investidores torna-se uma

condição fundamental para incorporar novas tecnologias, seja para propiciar a ampliação de escala, integrar operações, implantar novos modelos assistenciais e gerenciais, diversificar o escopo de atuação. Estas empresas em especial, parecem estar mais bem posicionadas para introjetar e disseminar as inovações relacionadas à quarta revolução industrial (telemedicina, internet das coisas, big data, inteligência artificial, aprendizado de máquinas etc.) dentro de pressupostos coerentes com suas necessidades e padrões de acumulação financeirizados. Isso pode indicar o fortalecimento um padrão de incorporação via setor privado que atua para aprofundar a segmentação e a extração de valor das atividades relacionadas à saúde.

Por fim, a décima e última reflexão é que na medida em que privatização dos sistemas de saúde e financeirização se combinaram nas últimas décadas, também se intensificou a expropriação de recursos coletivos dos trabalhadores e do Estado pelo Complexo Médico Industrial Financeiro. Se por um lado a ampliação de gastos públicos e privados não dá sinais de regressão, por outro lado o fracasso dos objetivos e promessas dos sistemas de saúde alimentam um quadro maior de insatisfação social e aumento das desigualdades, assim como o clamor pelo fortalecimento dos serviços públicos, que ganharam novo peso simbólico à partir da pandemia de COVID-19. Assim, a dinâmica da financeirização na saúde também aprofunda contradições relacionadas ao contexto da crise das democracias liberais ocidentais e do neoliberalismo. Em um cenário de instabilidade política econômica global e, em muitos casos, convulsão social, também se abrem novas brechas para a politização da questão da saúde e do direito à saúde de forma articulada a propostas alternativas de justiça social e democracia substantiva.

CAPÍTULO 2 – EXPRESSÕES DA FINANCEIRIZAÇÃO EM EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL: ELEMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA

O projeto "*Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do sistema universal no Brasil*" teve como objetivo analisar as expressões da financeirização, enquanto determinante estrutural do capitalismo contemporâneo, em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. A metodologia geral da pesquisa é descrita por (BAHIA *et al.*, 2022).

Foram consideradas três dimensões transversais de exploração empírica, aplicadas a todos as empresas e subsetores selecionados. A primeira delas, Contábil-financeira, teve como objetivo analisar, a partir de indicadores contábeis, a magnitude da expansão, desempenho econômico-financeiro e incorporação da lógica financeira nas empresas (ANDRIETTA; MONTE-CARDOSO, 2021). A dimensão Política, por sua vez, buscou caracterizar mudanças nas formas de representação e ação política empresas do setor saúde no contexto da financeirização. A dimensão Patrimonial (MATTOS *et al*., 2017) busca captar expressões de mudanças quantitativas e qualitativas na organização, estrutura e estratégia de empresas do setor saúde que refletem padrões de acumulação com maior ou menor grau de correlação com a financeirização.

Nessa direção, a evolução das empresas, bem como aspectos da concorrência e acumulação podem ser apreendidos através de categorias analíticas da Economia Industrial (KUPFER; HASENCLEVER, 2013; DANTAS *et al.*, 2013. A análise de aspectos como a estrutura organizacional (DANTAS *et al.*, 2013) estrutura de capital, financiamento (PINTO Jr., 2013) e diversificação (BRITTO, 2013) contribuem para a sistematização de evidências. Ademais, permitem relacionar observações empíricas aos efeitos da financeirização nas formas de operação e organização das corporações do setor saúde.

Nesta direção, este capítulo e os demais da Parte II se voltam para a análise de expressões e desdobramentos da financeirização no padrão de acumulação e nas estratégias de empresas e grupos econômicos do setor saúde brasileiro, a partir de sua dimensão patrimonial. Como objetivos específicos, destacamos: (1) analisar a estrutura organizacional, as formas institucionais e as atividades econômicas e assistenciais exercidas pelas empresas em 2017; (2) analisar a composição do capital, identificando o perfil e participação de investidores, controladores, sócios; acionistas e administradores das empresas em 2017 (3); quantificar e sistematizar as operações patrimoniais realizadas pelas empresas entre 2008 e 2016; (4)

reconstituir a trajetória das empresas entre 2008 e 2016, analisando as dinâmicas de concorrência e expansão.

O conceito de financeirização e suas consequências para as corporações (BRAGA, 1997, 2015; BRAGA *et al.*, 2017) orientam de maneira transversal todo delineamento da pesquisa empírica e a formulação de hipóteses e interpretação dos resultados encontrados. Assim, o desenvolvimento da metodologia exige um esforço permanente de aprimorar o tratamento das informações obtidas e completar o quadro interpretativo segundo as descobertas em cada um dos setores estudados.

Nas sessões seguintes, são apresentadas considerações teóricas sobre a dinâmica capitalista das corporações no contexto da financeirização. Em seguida, apresentamos o desenvolvimento metodológico da pesquisa, desde a seleção das empresas e subsetores, passando pelas escolhas de fontes e coleta de dados, até a sistematização de informações e construção do banco de dados BDES-A, que se refere à dimensão Patrimonial do projeto.

2.1 A dinâmica capitalista de empresas e grupos econômicos no contexto financeirização

Enquanto lógica geral e sistêmica, a financeirização tende a se desdobrar em diversos aspectos da vida econômica e social que estiveram relativamente à parte das atividades financeiras, no sentido estrito. Certamente um dos aspectos mais polêmicos é como as empresas não-financeiras (ENFs) se posicionam neste processo. A ideia de *Maximizing Shareholder Value* (LAZONICK; O'SULLIVAN, 2000) acabou despertando a interpretação de que a financeirização teria sido imposta de fora para dentro, "submetendo" e "fragilizando" as empresas (PLIHON, 2005), o que levaria ao enfraquecimento do lado *real* do investimento e do crescimento (STOCKHAMMER, 2004; ORHANGAZI, 2008; CROTTY, 2017). É necessário, contudo, enfatizar a participação ativa das ENFs neste processo (SERFATI 1998), o que pode ser visto na incorporação das atividades financeiras ao rol de atividades da corporação (BRAGA, 1997).

Igualmente, podemos entender as empresas transnacionais como categorias em si, típicas do período atual, que as torna grupos financeiros com atividades produtivas, comerciais e de serviços (SERFATI, 2011), fato materializado na forma *holding* e no uso de diversas estratégias de enxugamento, valorização e crescimento por meio de fusões e aquisições (F&A), terceirização e deslocalização, operações em paraísos fiscais para evitar impostos etc. Em especial, a ênfase no uso do *outsourcing* e *offshoring* conduziu ao desenvolvimento de cadeias globais de valor, que também possuem um componente de geração e uso de recursos financeiros (MILBERG, 2008).

No padrão sistêmico da financeirização, as corporações são submetidas – através de suas empresas financeiras e não financeiras, originalmente nas grandes corporações transnacionais do capitalismo central, mas com tendência à expansão a diferentes setores e países – a uma tendência de generalização e homogeneização nas formas de operação, organização, estrutura e estratégia, tendo em vista a concorrência financeira que está superposta e conectada ao acirramento da concorrência industrial. Assim, as ENFs devem ser compreendidas como partes ativas crescentemente integradas à uma dinâmica financeira geral e não vítimas de um processo exógeno (BRAGA, 1997; BRAGA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, os objetivos de grandes empresas e grupos econômicos – considerando-se as corporações empresariais que tenham origem em qualquer setor (indústria, comércio, sistema bancário - logo, capitais industrial, comercial e bancário) – podem ser definidos pela seguinte função objetivo (Fo) (BRAGA, 2015).

$$Fo = f\{Fg, Ipt, Ip, X, Cgv\}$$

Onde (Fg) representa função finanças em geral; (Ipt) investimento com progresso técnico/inovação; (Ip) investimento padrão feito dentro de um dado padrão de tecnologia; (X) exportações; (Cgv) – cadeias globais de valor (produção/comercialização) de empresas ou grupos internacionalizados, ou seja, alocação espacial do investimento direto produtivo ou comercial.

Considerando que nas empresas, um dos principais "sintomas" da financeirização é uma exacerbação da importância do componente das finanças em geral, isso pode representar segundo Braga (2015): (1) busca pela posse de liquidez estratégica – deter sempre liquidez através de dinheiro e de ativos financeiros de tipo quase-dinheiro; (2) ganhos de capital no mercado acionário, nas negociações de ações de empresas em seus *portfólios*; (3) aplicações em títulos financeiros como os das dívidas públicas e outros dotados de liquidez e rentabilidade; (4) práticas de arbitragem nos mercados de crédito, de câmbio e de capitais mundialmente integrados; (5) financiamento a empresas vinculadas a suas redes técnico-produtivos, fornecedores, cooperadores no desenvolvimento de tecnologia; (6) especulação com moedas, especialmente as conversíveis internacionalmente; (7) o *funding* dos investimentos considerando as oportunidades internacionais no crédito bancário, no mercado de capitais, e nas condições fiscais; (8) estratégias de depreciação de capital fixo que envolvem componente financeiro nos preços para a constituição de um fundo financeiro para fazer face à reposição do capital depreciado; (9) adequada estrutura de dívida para imobilizar

capital nos investimentos e, ao mesmo tempo, o uso da liquidez para a montagem de posições financeiras credoras segundo as oportunidades das condições internacionais nos sistemas financeiros mundialmente integrados.

As corporações líderes globais no processo de financeirização podem também ser descritas por suas características estruturais, de maneira consoante com as estratégias decorrentes da função objetivo. Elas seriam *multinacionais* pois seu espaço de realização de lucros encampa vários territórios nacionais, mas esta mesma capacidade global está ancorada em países onde a consistência macroeconômica e os fundamentos industriais e tecnológicos são mais sólidos. Ou seja, em países onde exista moeda nacional conversível internacionalmente, sistemas de financiamento do investimento de longo prazo, sistemas de desenvolvimento tecnológico, e dinâmica produtiva virtuosa com setores relevantes de bens de capital e de bens de consumo. Países nestas condições são os "formadores" de multinacionais em volume expressivo, empresas do tipo *global players* (na produção, no comércio e nas finanças), formadoras das cadeias globais de valor, o que implica realocação espacial dos investimentos produtivos (BRAGA, 2015).

Multissetoriais, uma vez que se configuram como várias empresas operando em distintos ramos da produção industrial, confeccionando desde o bem de consumo descartável até o bem de capital mais sofisticado, ou agrupando atividades produtivas diversas com certos produtos industriais e de serviços. Deste modo, a busca de rentabilidade se faz através de um amplo espectro de oportunidades que permitem a realização de taxas semelhantes de lucro para magnitudes análogas de capitais envolvidos na própria "órbita real" (produção, comércio, serviços) (BRAGA, 2015).

E, por fim, *multifuncionais*, porque ocupam-se, ao mesmo tempo, das funções produtivas, comerciais e financeiras. Estas últimas têm sido empreendidas ao ponto de estabelecerem uma lógica financeira geral na gestão da riqueza por parte destas mesmas corporações industriais. Ou seja, os "núcleos organizacionais financeiros" passam a ser o centro destas corporações, estabelecendo suas estratégias multissetoriais e multinacionais de operação. A atividade rentista de "novo tipo", estratégica e plena de inovações financeiras, incorpora-se, nestas grandes empresas, conforme destacamos anteriormente, através das aplicações financeiras de lucros retidos ou de caixa, e de utilização do crédito *lato sensu* como instrumento de alavancagem para ganhos de todo tipo. Portanto, o "novo" rentismo não está mais restrito a detentores de fortunas pessoais ou do capital bancário, ou, ainda, às empresas do sistema financeiro. Essa preponderância do componente financeiro nas corporações

industriais torna-se um elemento determinante do rentismo institucional e corporativo contemporâneo, isto é, das grandes empresas e grupos econômicos (BRAGA, 2015).

Há, portanto, nestas corporações, um entrelaçamento crucial entre a dimensão financeira, a tecnológica, a produtiva e a comercial. Há também uma interligação com o setor financeiro, ou seja, o poderio monetário-financeiro de que desfrutam tais corporações fazem-nas participantes do próprio sistema financeiro, partilhando funções e organizações que antes pertenciam exclusivamente a este. Assim, a dominância financeira se manifesta na própria forma contemporânea de operação das corporações industriais, compostas por diferentes tipos de empresa patrimonialmente interligadas.

2.2 EXPRESSÕES DA FINANCEIRIZAÇÃO EM EMPRESAS BRASILEIRAS DO SETOR SAÚDE

As atividades econômicas e assistenciais do setor saúde são social e historicamente determinadas, politicamente instituídas, e os mercados constituídos em suas dimensões (produção de insumos e equipamentos, prestação de serviços e seguros) – bem como seus padrões de expansão e acumulação em um determinado contexto e momento histórico – são fatores decisivos para compreensão crítica das políticas de saúde.

O setor saúde é complexo e possui especificidades, mas também manifesta a tendência geral de acumulação do capital. Considerando que a financeirização é um padrão sistêmico e que conta com a participação ativa das empresas, presume-se que as empresas brasileiras do setor saúde estejam crescentemente integradas à lógica financeira, como já indicado por uma série de estudos sobre o tema (BAHIA, 2012, 2013; BAHIA *et al.*, 2016a; HIRATUKA; ROCHA; SARTI, 2016; SESTELO, 2017, 2018; LAVINAS 2017b, 2019; ANDRIETTA, 2019; BAHIA *et al*., 2021; ANDRIETTA; MONTE-CARDOSO, 2021)

Observa-se em diversos subsetores a formação de grandes grupos econômicos associados à abertura de capital de muitas empresas; à venda de participação acionária para empresas e investidores nacionais e internacionais; à uma maior concentração de mercado por movimentos de fusões e aquisições; à corrida ao financiamento público e privado através de empréstimos, créditos e operações financeiras; à entrada de empresas de outros setores na saúde e diversificação dos negócios das empresas originais da saúde; ao crescimento da importância das atividades financeiras para garantir ampliação de escala, vantagens competitivas e resultados econômicos; mudanças nos padrões de representação de interesses e atuação política.

Certamente as corporações mais rentáveis do setor saúde no Brasil não são empresas líderes mundiais no processo de inovação tecnológica e acumulação (GADELHA *et al.*, 2012; ANDRIETTA; MONTE-CARDOSO, 2021), ainda que possam ocupar posições relevantes entre as maiores do país e que seus principais empresários figurem nas listas dos mais ricos brasileiros. Portanto, grande parte das tendências sobre as ENFs em um contexto de financeirização podem não se manifestar de maneira tão clara ou nítida em um setor específico da economia de um país periférico quanto se expressariam em empresas líderes mundiais de países centrais do capitalismo.

Sem entrar profundamente nos sentidos e consequências da posição do Brasil no sistema mundo, marcada entre outros aspectos pela dependência econômica e tecnológica externa, é possível considerar que, ainda que tais empresas possam estar cada vez mais integradas ao sistema financeiro em uma associação orgânica e estrutural, sua posição é periférica e subordinada a um processo ampliado de produção e reprodução do capital sob dominância financeira, mas que é construída a partir de articulações políticas, econômicas e ideológicas internas.

É também presumível que a financeirização se manifeste de forma distinta e singular nas atividades econômicas e assistenciais relacionadas à saúde, em função das especificidades do processo de acumulação setorial (BRAGA, 2015; GADELHA, 2012; ANDREAZZI; KORNIS, 2008; ANDRIETTA, 2019; SESTELO, 2018a). Ainda que os componentes do complexo produtivo da saúde sejam integrados e interdependentes de forma sistêmica (GADELHA, 2003), não se deve perder de vista suas singularidades. Há uma grande heterogeneidade de empresas, subsetores, atividades, padrões tecnológicos, formas institucionais, mercados e padrões de concorrência com diferentes características a nível local, nacional e internacional. A complexidade é enorme e também deve passar pela compreensão da existência de diferentes níveis hierárquicos, relações de complementariedade e competição, que se dão não apenas no nível econômico, mas também no político.

Da mesma forma, também são variados os padrões de relação entre Estado e mercado no sistema de saúde, condicionados por disputas políticas e ideológicas entre classes sociais e segmentos da sociedade, pela correlação de forças sociais em cada conjuntura, pelo regime político, pela configuração institucional, pelos interesses estabelecidos. É dentro dessa complexidade socialmente, politicamente e historicamente determinada, em que ocorre o processo de acumulação. Estas considerações exigem cautela na generalização de análises sobre a dominância financeira em empresas brasileiras do setor saúde. De modo que se evite criar caricaturas e estereótipos a partir de fatos estilizados, buscando enquadrar casos

específicos em características gerais que talvez não sejam centrais para todas as corporações e mercados.

Empiricamente, é um desafio combinar fontes e sistematizar informações que subsidiem a investigação sobre a trajetória de empresas em diferentes subsetores, dada a grande heterogeneidade de empresas e das atividades por elas exercidas. Analiticamente, o uso de categorias que possibilitem um estudo sistemático da transformação das empresas pode auxiliar na compreensão teórica e crítica sobre os sentidos da financeirização no setor saúde brasileiro.

2.3 TRAJETÓRIA E PROCESSO DE MUDANÇAS EM EMPRESAS CONTEMPORÂNEAS: CONTRIBUIÇÕES DA ECONOMIA INDUSTRIAL

Analisar as expressões da financeirização em empresas e grupos econômicos requer a utilização de categorias analíticas intermediárias que permitam a análise de suas trajetórias e processo de mudança *vis a vis* os fenômenos que podem indicar uma exacerbação ou penetração da lógica financeiras nas estratégias empresariais e na dinâmica da concorrência capitalista.

Nesse sentido, a Economia Industrial, tem dado contribuições relevantes para a compreensão da grande empresa moderna, entendida enquanto instituição econômica, social e histórica, que tem como objetivos o contínuo crescimento e acumulação de capital. Estes objetivos estão associados à sua capacidade interna de gerar lucro e aos condicionantes estruturais da indústria e dos mercados em que atuam, que definem os limites para a realização do potencial de acumulação por meio de investimento em um dado momento histórico. Dessa forma, tais empresas buscam continuamente formas de escoar a produção atual e futura, utilizando recursos gerados pela acumulação interna e/ou fontes externas de financiamento (DANTAS *et al*., 2013).

A diversificação se refere à expansão da corporação para mercados distintos de sua área original, e pode ser considerada não apenas um dos principais processos/estratégias relacionadas ao crescimento das empresas contemporâneas, mas também como característica intrínseca de suas estruturas organizacionais, operacionais e gerenciais.

Para o processo de acumulação, a diversificação permite que as empresas extrapolem os limites de seus mercados, ampliando o espaço de concorrência e possibilitando, por meio da gestão de um conjunto diverso de atividades, a ampliação de seus horizontes de crescimento. Entre seus possíveis benefícios a diversificação pode possibilitar a mudança de

direção ou o reposicionamento competitivo da empresa; a exploração de oportunidades mercadológicas e tecnológicas atrativas; o incremento da eficiência técnica-produtiva, alocativa e de sinergias; a redução do risco e a estabilização de ganhos e dinamização das vendas (BRITTO, 2013).

As direções possíveis do processo de diversificação incorporadas pelas estratégias empresariais podem ser sistematizadas a partir de dois critérios principais. O primeiro se refere à proximidade entre as atividades originais e as novas atividades de expansão, considerando a posição destas nos diferentes estágios dos processos de transformação ao longo das cadeias produtivas. A partir daí é possível diferenciar a diversificação horizontal da integração vertical. O segundo critério se refere ao grau de similaridade existente entre as atividades originais e novas, considerando as competências produtivas e gerenciais necessárias para operá-las. Deste último, derivam processos de diversificação concêntrica, quando as similaridades são exploradas como fontes de vantagens competitivas, ou em conglomerado, quando tal proximidade não é relevante para a estratégia de negócios (BRITTO, 2013).

A grande empresa moderna diversificada é intrinsicamente complexa do ponto de vista administrativo e organizacional, com diversos níveis hierárquicos, unidades autônomas de planejamento, separação entre propriedade e gerência e múltiplos objetivos (BRITTO, 2013). Por essa razão, também pode apresentar diferentes formas de organização interna, geralmente estilizadas em dois modelos: o formato unitário ou multidivisional. As empresas que se enquadram no primeiro tipo são mais centralizadas e hierarquizadas, organizadas a partir de uma perspectiva funcional, com divisões e departamentos restritas às suas atividades específicas (marketing, produção, finanças), sendo que cada divisão se envolve com uma gama ampla de produtos e processos (DANTAS *et al.*, 2013).

Já as multidivisionais são organizadas em divisões relacionadas aos produtos ou à região geográfica e que funcionam operacionalmente de forma individualizada e com grande autonomia de decisões locais rotineiras sobre preços, produção e comercialização. Assim, as corporações são divididas em tantas quase-empresas quanto são os mercados em que atuam, cada uma delas, com uma gerência própria, mas com decisões estratégicas a cargo dos gerentes centrais, como a definição das políticas de investimento, financiamento e distribuição de recursos Há, portanto, uma combinação de aspectos positivos relativos à descentralização produtiva e centralização decisória que possibilita uma ampla gama de opções estratégicas para a conformação organizacional da empresa (DANTAS *et al.*, 2013).

Braga (1997) destaca ainda que o próprio formato de *sociedades por ações* separou as funções de gestão e propriedade e deram surgimento ao mercado acionário, que aglutina capitais de diversas fontes e permite a mobilização grandes massas de capital. Com o estabelecimento do mercado de investimentos, títulos de propriedade passam a circular e se valorizar em órbitas financeiras com a possibilidade de convergir ou divergir da valorização produtiva, onde estão localizados os ativos operacionais. Assim, a riqueza mobiliária torna-se indispensável à elasticidade, mobilidade e flexibilidade próprias do capital como forma socialmente determinada de organizar a produção e a distribuição.

O **Quadro 2** resume as principais classificações dos modelos organizacionais de empresas diversificadas e as características das distintas direções dos processos de diversificação.

As duas alternativas para viabilizar os processos de diversificação que são: o crescimento interno e a realização de operações de fusão e aquisição. No primeiro caso, envolve o desenvolvimento de uma capacidade produtiva totalmente nova, através de uma nova unidade de negócios. Portanto, há um incremento da estrutura produtiva global. Já no caso do crescimento externo, há apenas a incorporação de unidades produtivas já existentes através da transferência de propriedade (BRITTO, 2013).

Quadro 2 – Direções possíveis do processo de diversificação e modelos organizacionais simplificados de empresas diversificadas

Direções do Processo de Diversificação	
Horizontal	*Introdução de novos produtos relacionados aos produtos e mercados originais, visando economias de escopo e dos canais de comercialização já estabelecidos. Assim, a expansão se associa à extensão da área de especialização tecnológica e/ou mercadológica, que depende do grau de correlação e sinergia entre as atividades. Amplia flexibilidade operacional, diminui a vulnerabilidade e eleva da capacidade de financiamento.*
Vertical	*Empresa passa a controlar diferentes estágios de uma (ou várias) cadeia produtiva. Pode ser dar através da entrada em níveis anteriores ou posteriores ao seu nicho original no processo de produção. A integração "para trás" não altera a natureza do produto/serviço original e há uma ampliação do valor agregado sem mudanças em preços e receitas. A segunda intensifica o processo de elaboração, aproximando-a da geração do produto final, podendo estar mais vinculadas à etapa de distribuição/comercialização/prestação, com mudanças tanto em preços como em valor agregado.*
Concêntrica	*Empresa desenvolvem capacidades e competências operacionais genéricas que podem ser usadas em diferentes mercados minimante relacionadas do ponto de vista produtivo ou gerencial. Na medida em que explora um núcleo básico de competências como vantagem competitiva, pode se sobrepor e se confundir com a diversificação horizontal e vertical. A principal diferença é que não ampliar barreiras de mobilidade ou entrada.*

Conglomerado	*Passa pela entrada em novos mercados/tecnologias, mas com redução da sinergia entre as atividades desenvolvidas, podendo não estar relacionadas entre si. Geralmente se relacionam à mudanças tecnológicas, desenvolvimento de ferramentas de gestão e planejamento modernas, maior acesso ao mercado de capitais, operações de fusões e aquisições*
Modelos e estruturas organizacionais	
Empresa multiproduto	*Produz vários bens colocados juntos a mercados distintos, mas relacionados em termos de P&D, fabricação e marketing. Expansão concêntrica: induzida por similaridades tecnológicas/ mercadológicas com outras atividades desenvolvidas anteriormente, buscando economias de escopo e dos canais de comercialização já desenvolvidas.*
Empresa verticalmente integrada	*Atua em diversos estágios da cadeia produtiva, permitem economias de escala que se expandem para o conjunto das atividades integradas, com ganhos de eficiência e redução de custos de transação.*
Conglomerado gerencial	*Atua em diferentes mercados, com produtos pouco relacionados entre si. Possui uma capacitação gerencial genérica que pode ser utilizada em diferentes mercados e possibilita explorar oportunidades atrativas.*
Conglomerado financeiro	*Presente em diversos mercados não relacionados, tanto do ponto de vista técnico-produtivo quanto do gerencial, com atividades interligadas por controles financeiros, associada à distribuição de recursos pela gerência central, com acesso privilegiado aos circuitos financeiros*
Companhia de Investimentos	*Também se baseia na distribuição de recursos líquidos entre atividades não relacionadas, mas com grande volatilidade nas áreas de atuação relacionadas à estratégia de diversificação e ênfase na maximização da rentabilidade. Assim, tem grande agilidade para buscar novas oportunidades e descartar ativos pouco rentáveis. Não necessariamente detêm o controle operacional das empresas de seu portfólio.*

Fonte: Elaboração própria a partir de Britto (2013) e Dantas *et al*. (2013).

O processo de fusões e aquisições é um importante indicador da intensidade e direção do processo de diversificação, já que geralmente a maioria das novas linhas de negócios emergentes entre grandes empresas são incorporadas dessa forma, visando suprir a escassez de recursos técnicos e produtivos internos. Entre as vantagens destas operações, destacamos: i) a possibilidade de reduzir ou eliminar riscos tecnológicos e de mercado; ii) o ganho de posições competitivas e poder em mercados decorrentes da concentração; iii) a incorporação de parque produtivo e recursos já adaptados a seus fins (BRITTO, 2013).

Outro aspecto extremamente relevante para análise de empresas e corporações, especialmente em um contexto de financeirização, é relativo às estratégias de financiamento. Considerando a interdependência entre sistema financeiro e produtivo, torna-se relevante compreender em que medida as condições e a estrutura de financiamento se relaciona com as decisões de investimento e as estratégias de acumulação. Assim, as escolhas tecnológicas e mercadológicas das empresas também estão diretamente relacionadas à mobilização de recursos para financiar o crescimento (PINTO JR., 2013).

A estrutura de financiamento refere-se à combinação de diferentes fontes de financiamento escolhidas por cada empresa para viabilizar sua estratégia de negócios e de expansão. A primeira delas é o autofinanciamento através da reinversão de lucros; a segunda é a captação de recursos dos acionistas através da emissão de ações; a terceira é o financiamento direto através emissão de títulos financeiros; e a quarta é o financiamento indireto através de empréstimos bancários. Escolhas entre diferentes fontes e instrumentos implicam em diferentes composições de custos (PINTO JR., 2013).

As decisões de financiamento podem ser relacionadas as escolhas entre diferentes modalidades e a forma de distribuição das receitas, enquanto as de investimento estão mais ligadas aos montantes destinados para programas de investimento e aos projetos específicos e seleção de tecnologias. Todavia, esses grupos de decisões não podem ser tomadas de forma isolada, na medida em que a política financeira das empresas é também indicativa da rentabilidade esperada dos investimentos. Dessa forma, a capacidade de mobilização de recursos depende não apenas da estrutura de financiamento, mas também das condições do mercado financeiro e a organização das instituições bancárias e financeira em determinado contexto (PINTO JR., 2013).

2.4 CONSTRUINDO UMA METODOLOGIA PARA A ANÁLISE DA DIMENSÃO PATRIMONIAL DE EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE

2.4.1 Seleção das empresas e grupos econômicos do setor saúde

A seleção inicial de subsetores do projeto seguiu três critérios: i) magnitude dos mercados; ii) destaque social e político; iii) conhecimento prévio dos pesquisadores. Para cada um, foram selecionadas as empresas de maior relevância econômica a partir de critérios específicos, descritos no **Quadro 3**. Ao todo, a seleção englobou 70 empresas/grupos econômicos de sete subsetores: planos e seguros de saúde (PSS), hospitais privados (HP), serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia (SADT), varejo farmacêutico (VF), indústria farmacêutica (IF), organizações sociais de saúde (OSS) e escolas Médicas (EM) (MATTOS, 2016; BAHIA *et al.* 2020).

Vale destacar que a seleção não buscou ser representativa da totalidade do CEIS, mas teve como objetivo fundamental abarcar os subsetores e empresas mais relevantes do ponto de vista econômico e assistencial e, simultaneamente, abarcar parte da diversidade de organizações e instituições privadas que exercem atividades econômicas no setor saúde. O

critério da magnitude é relevante pois permite observar tendências e características comuns às empresas líderes do processo de acumulação a nível nacional.

De maneira genérica, estas ocupam posições relevantes nos principais mercados e lideram os processos de transformação econômicas, assistenciais e tecnológicas. Além disso, integram as principais entidades e instituições representativas de interesses empresariais, com maior acesso ao poder político, ao aparelho do Estado, e influência nos processos de elaboração e definição de políticas públicas. Todavia, tal critério, se adotado exclusivamente, pode sobre representar segmentos mais rentáveis, como os planos de saúde.

Além disso, as principais publicações, rankings e bancos de dados sobre grandes empresas no Brasil tem limitações para uma análise mais abrangente do setor saúde. Em primeiro lugar, as empresas incluídas podem estar restritas a empresas de capital aberto, como no caso da base Economatica®, o que exclui entidades relevantes, como hospitais filantrópicos e organizações sociais, que são associações privadas sem fins lucrativos.

Quadro 3 – Definição da amostra e critérios de inclusão de subsetores, empresas e grupos econômicos do setor saúde brasileiro no projeto de pesquisa

Subsetor	**Empresas Incluídas (N)**	**Critério**
Planos e Seguros de Saúde	11	Onze grupos econômicos selecionados nas categorias "Maiores seguradoras – ramo saúde" e "Os 50 maiores planos de saúde" da publicação Valor 1000. Considerou-se principalmente o faturamento no ano de 2014 e buscou-se garantir e representatividade das modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde (medicina de grupo; seguradoras; cooperativas; autogestão).
Hospitais Privados	11	Metodologia Intencional ou por Julgamento[a], teve-se como alvo os hospitais privados. Selecionaram-se hospitais que atendessem majoritariamente ao setor privado[b], hospitais de excelência (Proadi-SUS); maiores grupos hospitalares[c]; maiores hospitais em faturamento, segundo Valor Análise Setorial (2015). A partir destas seleções os pesquisadores escolheram os onze hospitais ou grupos hospitalares que integrariam a pesquisa.
Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia	6	Maiores grupos empresariais por receita, segundo informações disponíveis nas seguintes fontes: (a) Demonstrativos Financeiros de empresas e capital aberto ou S.A.s (Comissão de Valores Mobiliários – CVM, e Jornais e Diários Oficiais); (b) Jornais e revistas com cobertura do setor ou de empresas do setor (jornal Valor Econômico, anuário Valor 1000 de 2015 e anuário Melhores e Maiores da Revista Exame).
Organizações Sociais	10	Dez maiores OSs em faturamento, atuantes nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, estimadas a partir da contabilização das receitas oriunda de contratos de gestão e aditivos concedidos às OSs.
Indústria	10	Dez maiores empresas farmacêuticas em vendas no canal

Farmacêutica		varejo no ano de 2014 (IMS Health *apud* Exame, 2014)
Varejo Farmacêutico	10	Dez maiores grupos econômicos do varejo farmacêutico em faturamento no ano de 2015 (IMS Health apud Abrafarma, 2015). Da primeira à décima, maior para o menor faturamento.
Escolas Médicas		(1) Tamanho de cada escola médica, aferido pelo número de vagas anuais oferecidas/autorizadas no curso de medicina, verificados junto ao e-Mec , do Ministério da Educação; (2) Fazer parte de grupo econômico, ou seja, não ser faculdade isolada ou ainda ter participação de fundo de investimento nacional ou estrangeiro, verificados junto ao e-Mec, na Receita Federal e na CVM; (3) Grupo ou Instituição de Ensino Superior (IES) selecionado pelo edital vinculado ao Programa Mais Médicos (PMM); (4) haver se conformado a partir de uma instituição assistencial.
Total	70	

[a)] Metodologia na qual as pessoas ou unidades a serem investigadas são selecionadas mediante avaliação do pesquisador que escolhe os elementos que julga serem os mais representativos do tema em questão.
b) Selecionaram-se os cinquenta maiores hospitais privados por número de leitos, excluindo-se maternidades e especialidades, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o ano de 2015.
c)Selecionaram-se três grupos hospitalares considerados relevantes a partir de julgamento dos pesquisadores: Grupo D'OR, Amil e Ímpar.
Fonte: Elaboração própria, a partir de Mattos (2016). Os critérios de seleção para cada subsetor foram definidos cada um por grupos de pesquisa integrantes do projeto e responsáveis pela análise específica de cada subsetor.

A classificação utilizada entre ramos de atividades e setores de atuação é pouco específica, podendo agregar ou ocultar organizações de forma inadequada. O que, de certa forma, também pode ser uma dificuldade de qualquer tentativa de classificação de todas as atividades econômicas nacionais ou setoriais. Por exemplo, no *Valor 1000* e no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) as redes de farmácias são consideradas empresas do setor comercial varejista, o que é verdade. Mas, do ponto de vista da análise do setor saúde, considerá-las empresas varejistas quaisquer acaba por ocultar que a maior parte da produção farmacêutica no país, em valor e volume, escoa por estes canais de comercialização, muito mais do que aquilo que representam as compras públicas do SUS, por exemplo. E que, portanto, são relevantes para a compreensão de toda a dinâmica da cadeia farmacêutica, incluindo a indústria de medicamentos. Além disso, a partir dos anos 2000, elas passaram a ser parceiras de políticas públicas como o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Outro exemplo se refere o que a publicação *Valor 1000* denomina "serviços médicos", misturando empresas de diagnósticos, hospitais privados e organizações sociais. Ainda que possa haver intersecções entre cada um destes grupos, são atividades e mercados de natureza distintas, que ocupam papéis específicos na dinâmica do sistema de saúde. Portanto, não podem ser compreendidos de forma genérica, sem comparação com empresas de mesmas características, e sem considerações sobre os mercados em que estão inseridos, ou suas relações com as políticas públicas e com os demais componentes públicos e privados do setor saúde.

Os dois primeiros subsetores, por exemplo, são empresas inseridas em estágios produtivos da prestação de serviços, com influência na dinâmica econômica das empresas de planos de saúde e na oferta de serviços pelo SUS. As OSS, por sua vez, são um subsetor econômico produzido diretamente pela reforma da administração pública nos anos 90, com forte avanço nos anos 2000 e 2010, cujo atividade fim é a gestão terceirizada de serviços públicos de saúde, que até então deveriam ser prestados exclusivamente e diretamente pelo Estado.

O problema da agregação também se encontra no modelo lógico-conceitual CEIS que considera três subsistemas: base química e biotecnológica; base mecânica, eletrônica e de materiais e de serviços de saúde (GADELHA, 2003; GADELHA *et al*., 2012). Na medida em que a prioridade analítica e conceitual é nos setores industriais, novamente acontece a ocultação de planos e seguros de saúde, farmácias e drogarias e a homogeneização de atividades bastante distintas na categoria "serviços de saúde".

Em resumo, a escolha de selecionar subsetores e empresas a partir de outros critérios foi pragmática, visando suplantar em parte estas lacunas para obter um panorama mais complexo e ao mesmo tempo abarcar as principais empresas. Todavia, não se configura como uma classificação definitiva ou uma síntese teórico-analítica sobre a conformação do setor saúde e seus mercados. Trata-se, portanto, de escolhas muito mais relacionadas às estratégias de investigação empírica.

Partindo-se do universo de 70 empresas e grupos econômicos de seis subsetores (Tabela 2), um refinamento da seleção fez-se necessário para a operacionalização da pesquisa da Dimensão Patrimonial (MATTOS *et al.*, 2017), por dois motivos. Em primeiro lugar, excluiu-se de início o segmento das Escolas Médicas, pois estas estão submetidas a entidades privadas de ensino que geralmente ofertam outros cursos de graduação – o que torna impossível do ponto de vista analítico e incorreto do ponto de vista lógico analisar suas estruturas patrimoniais separadamente dos grupos educacionais que as administram. Caso a decisão fosse analisar os grupos educacionais que possuem Escolas Médicas, seria extrapolado o recorte do projeto de pesquisa, centrado nas empresas e grupos econômicos do setor saúde.

Em segundo lugar, para elucidar a estrutura hierárquica e organizacional das empresas e grupos econômicos, foi necessário definir um ponto de partida a partir do qual pudesse se explorar o entorno a fim de obter um panorama mais completo da diversidade de atividades do grupo, da estrutura de poder, controle e investimentos, e de suas ligações societárias com outras empresas e setores do mercado. O ponto de partida escolhido foi o número do Cadastro

Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Buscou-se selecionar os CNPJs que representassem os grupos econômicos da seleção inicial do projeto. Nesse sentido, algumas considerações merecem destaque.

A utilização do CNPJ para fins exploratórios requer um esclarecimento conceitual. Isso porque os conceitos de empresa associados à Economia Industrial são utilizados no projeto para fins analíticos e interpretativos, todavia, a compreensão do conceito de empresa enquanto forma jurídica, oriunda do Direito Empresarial, é essencial nesta dimensão da pesquisa para fins exploratórios, uma vez que as fontes de dados disponíveis organizam as informações a partir do CNPJ. Estas questões são melhores esclarecidas na Nota Técnica 4 – "*Estrutura societária de empresas – considerações jurídicas básicas"* do projeto (BARBOSA, 2016).

Do ponto de vista analítico, consideramos no presente trabalho que um grupo econômico representa um grupo de duas ou mais empresas, dotadas de personalidade jurídicas próprias, de atividades econômicas diversas ou não, que se encontram sob direção, controle ou administração de outra empresa. O grupo econômico ou empresa pode ser controlado direta ou indiretamente por empresários – acionistas, sócios e investidores – que podem ser indivíduos, empresas ou fundos. O empresariado, por sua vez, pode atuar exclusivamente no próprio grupo econômico ou manter atividades em outros ramos do setor saúde e da própria economia.

Já sob a perspectiva do direito empresarial, campo do direito que normatiza a atividade negocial do empresário, pessoa física ou jurídica direcionada a atividades econômicas, uma empresa é entendida como uma única pessoa jurídica, mesmo que ela possua relações societárias ou exerça controle sobre outras empresas, e mesmo que um mesmo empresário seja proprietário de várias empresas ligadas a uma mesma atividade econômica. Assim, cada empresa tem personalidade jurídica própria, ou seja, um CNPJ, sendo parte de um grupo econômico ou não.

Assim, a escolha do CNPJ como ponto de partida tem implicações metodológicas na seleção de fontes de informação e na coleta de dados. Isso porque o Direito Comercial entende uma empresa como uma *única* forma jurídica, porém, na prática um mesmo grupo econômico na maioria das vezes é formado por *diversas* empresas que ocupam diferentes posições hierárquicas dentro de uma estrutura organizacional de controle e poder. Logo, um grupo econômico pode ser composto por diversas pessoas jurídicas. Consequentemente, diversos CNPJs podem ser atribuídos a um mesmo grupo.

Portanto, a utilização de um único CNPJ associado a um grupo econômico como ponto de partida, requer também a adoção de critérios: (1) o CNPJ selecionado deve ser, sempre que possível, da empresa controladora do grupo econômico; (2) No caso de grupos multissetoriais o CNPJ selecionado deve ser, sempre que possível, representativo de um grupo ou de uma parte dele que atue exclusivamente no setor saúde ou exerça no setor saúde suas atividades econômicas mais relevantes; (3) o CNPJ selecionado deve ser, sempre que possível, equivalente ao CNPJ informado nas demonstrações financeiras do grupo, que consolida os resultados das atividades de várias empresas do mesmo grupo. Aplicados os critérios, foram selecionados 69 CNPJs de 58 empresas e grupos econômicos do setor saúde (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Ajuste da seleção inicial de empresas/grupos econômicos do projeto para a Dimensão Patrimonial e CNPJs selecionados

Segmento	*Seleção Inicial*	*Seleção Ajustada (Nome Empresarial)*	*CNPJ Selecionado*
Planos e Seguros de Saúde	*Ami*	*Amil Assistência Médica Internacional S.A.*	*29.309.127/0001-79*
	Bradesco	*Bradesco Saúde S.A.*	*92.693.118/0001-60*
		Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A	*57.746.455/0001-78*
		Odontoprev S.A.	*58.119.199/0001-51*
	Cass	*Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil*	*33.719.485/0001-27*
	GEAP	*GEAP Autogestão em Saúde*	*03.658.432/0001-82*
	Hapvida	*Hapvida Assistencia Medica Ltda*	*63.554.067/0001-98*
	Notredame Intermédica	*Notre Dame Intermédica Saúde S.A.*	*44.649.812/0001-38*
	Qualicorp	*Qualicorp S.A.*	*11.992.680/0001-93*
	Sulamérica	*Sulamérica Companhia de Seguro Saúde*	*01.685.053/0001-56*
	Central Nacional Unimed	*Central Nacional Unimed - Cooperativa Central*	*02.812.468/0001-06*
	Unimed Rio	*Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda*	*42.163.881/0001-01*
	Unimed BH	*Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico Ltda*	*16.513.178/0001-76*
Hospitais	*ESHO (Amil)*	*ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A.*	*29.435.005/0001-29*
	Grupo D'Or	*Rede D'Or São Luiz S.A.*	*06.047.087/0001-39*
		Hospital Esperança S.A.	*02.284.062/0001-06*
	Hospital Oswaldo Cruz	*Hospital Alemão Oswaldo Cruz*	*60.726.502/0001-26*
	Einstein	*Sociedade Benef. Israelita Hosp. Albert Einstein*	*60.765.823/0001-30*

	Saúde da Mulher	*Diagnosis Centro de Diagnosticos Ltda*	*63.879.381/0001-40*
	Hospital Mater Dei	*Hospital Mater Dei S.A.*	*16.676.520/0001-59*
	Moinhos de Vento	*Associação Hospitalar Moinhos de Vento*	*92.685.833/0001-51*
	Santa Lucia	*Hospital Santa Lucia S.A.*	*00.025.841/0001-53*
	Sírio Libanês	*Sociedade Beneficiente Hosp. Sirio Libanes*	*61.590.410/0001-24*
	Nove de Julho	*Ímpar Serviços Hospitalares S.A.*	*60.884.855/0001-54*
	Santa Isabel	*Santa Casa de Misericórdia da Bahia*	*15.153.745/0001-68*
	Raia Drogasil	*Raia Drogasil S/A*	*61.585.865/0001-51*
	DPSP	*Drogarias DPSP S/A*	*14.553.607/0001-03*
	Pague Menos	*Empreendimentos Pague Menos S/A*	*06.626.253/0001-51*
	BR Pharma	*Brasil Pharma S/A*	*11.395.624/0001-71*
Farmácias e Drogarias	*PanVel*	*Dimed S/A - Distribuidora de Medicamentos*	*92.665.611/0001-77*
	Araújo	*Drogaria Araújo S.A.*	*17.256.512/0001-16*
	Extrafarma	*Imifarma Prod. Farmacêuticos e Cosméticos SA*	*04.899.316/0001-18*
	Nissei	*Farmácia e Drogaria Nissei S.A.*	*79.430.682/0001-22*
	Venâncio	*Venâncio Produtos Farmacêuticos Ltda*	*00.285.753/0001-90*
	Drogal	*Drogal Farmacêutica Ltda.*	*54.375.647/0001-27*
	DASA	*Diagnosticos Da America S.A.*	*61.486.650/0001-83*
	Fleury	*Fleury S.A.*	*60.840.055/0001-31*
	Alliar	*Centro De Imagens Diagnóstico S.A.*	*42.771.949/0001-35*
Serviço Apoio Diagnóstico e Terapia	*Hermes Pardini*	*Instituto Hermes Pardini S.A.*	*19.378.769/0001-76*
	Sabin	*Laboratório Sabin De Análise Clínicas Ltda.*	*00.718.528/0001-09*
	Salomon Zoppi	*Salomão E Zoppi Serviços Médicos E Participações S/A*	*45.796.554/0001-85*

Segmento	***Seleção Inicial***	***Seleção Ajustada (Nome Empresarial)***	***CNPJ Selecionado***
	SPDM	*Spdm - Associação Paulista Para O Desenvolvimento Da Medicina*	*61.699.567/0001-92*
	Seconci / SP	*Serviço Social da Construção Civil do Estado SP -*	*61.687.356/0001-30*
	Santa Casa de SP	*Irmandade da S. Casa de Misericórdia de SP*	*62.779.145/0001-90*
OrganizaçãoSocial	*Cruzada São Camilo*	*Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social*	*60.598.448/0001-80*
	Lar São Francisco	*Associação Lar São F. de Assis na Providência de Deus - Hospital Regional Porto Primavera*	*53.221.255/0001-40*
	Congregação Santa Catarina	*Associação Congregação Santa Catarina*	*60.922.168/0001-86*

	Fund. Faculdade de Medicina	*Fundação Faculdade de Medicina (FFM)*	*56.577.059/0001-00*
	Fundação ABC	*Fundação Abc (FUABC)*	*57.571.275/0001-00*
	Hosp. Madre T. de Jesus	*Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Terezinha De Jesus*	*21.583.042/0001-72*
	Pro-Saúde	*Pró-Saúde Assoc. Benef. de Assistência Social e Hospitalar*	*24.232.886/0001-67*
	EMS	*NC Participações S.A.*	*05.491.842/0001-07*
	Hypermarcas	*Hypermarcas S.A.*	*02.932.074/0001-91*
	Sanofi	*Sanofi-Aventis Farmaceutica Ltda*	*02.685.377/0001-57*
		Medley Farmaceutica Ltda	*10.588.595/0007-97*
		Genzyme do Brasil Ltda	*68.132.950/0001-03*
	Novartis	*Novartis Biociências S.A.*	*56.994.502/0001-30*
		Sandoz do Brasil Indústria Farmacêutica Ltda.	*61.286.647/0001-16*
	Aché	*Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A.*	*60.659.463/0001-91*
Indústria Farm.	*Eurofarma*	*Eurofarma Laboratórios S.A.*	*61.190.096/0001-92*
	Takeda	*Takeda Pharma Ltda*	*60.397.775/0001-74*
		Multilab Ind. e Com. de Produtos Farm. Ltda	*92.265.552/0001-40*
	Bayer	*Bayer S.A.*	*18.459.628/0001-15*
		Schering do Brasil Quimica e Farm.Ltda.	*56.990.534/0001-67*
	Pfizer	*Laboratórios Pfizer Ltda.*	*46.070.868/0001-69*
		Pfizer Med. Genéricos e Participações Ltda	*11.902.941/0001-37*
		Wyeth Industria Farmaceutica Ltda	*61.072.393/0001-33*
	GSK	*Glaxosmithkline Brasil Ltda*	*33.247.743/0001-10*
		Laboratórios Stiefl Ltda	*63.064.653/0001-54*
TOTAL	***58***	***69***	

Fonte: elaboração própria.

2.4.2 Informações de Interesse

A seleção de um conjunto de fontes de dados para analisar a dimensão patrimonial encontra uma série de desafios, como já apontado anteriormente. Em primeiro lugar, foi necessário delimitar em linhas gerais as informações de interesse para uma pesquisa exploratória. Considerando os aspectos e categorias das grandes empresas modernas discutidos anteriormente, foram definidas o tipo de informação qualitativa e quantitativa que se buscava obter para cada aspecto (**Quadro 4**).

Quadro 4 – Informações de interesse para a pesquisa exploratória

Aspectos relevantes	*Informações de interesse*
Estrutura Organizacional	*Personalidade jurídica e forma institucional (sociedades anônimas de capital aberto e fechado, sociedades limitadas, associações privadas e filantrópicas, cooperativas etc); forma de organização e posição dentro do grupo econômico (multidivisional, multiproduto, multissetorial, integrada verticalmente, conglomerado) em 2017;*
Propriedade e Controle	*Origem do capital, perfil de sócios e investidores e controladores (grupos nacionais e estrangeiros, investidores institucionais nacionais e estrangeiros), participação % de sócios e acionistas no capital; profissionalização da gestão.*
Operações Patrimoniais	*Quantidade e valor de operações patrimoniais realizadas (aquisição, compra de participação, venda integral, venda parcial, oferta de ações, fusões, joint ventures, emissão de debêntures) entre 2008 e 2016*
Diversificação	*Conjunto de atividades econômicas e assistenciais exercidas pelas empresas em 2017; novos mercados, produtos e atividades incorporados pelas empresas por crescimento interno ou fusões e aquisições entre 2008 e 2016.*
Financiamento	*Estratégias de financiamento (autofinanciamento, financiamento direito, indireto; emissão de ações); utilização de mecanismos financeiros e empréstimos de bancos públicos.*
Trajetória	*Aspectos marcantes e fatos relevantes da trajetória de expansão das empresas; reorientação de estratégias; mudanças no perfil tecnológico e no processo produtivo; mercados prioritários e expansão territorial.*

2.4.3 Fontes de Informações

Com relação a seleção de fontes de pesquisa, o primeiro desafio foi a diversidade e heterogeneidade de organizações e instituições que atuam entre as empresas selecionadas, que se reflete na disponibilidade de informações para cada tipo de empresa e subsetor.

As fontes de dados e publicações tradicionais sobre grandes empresas no Brasil tem algumas limitações. Em primeiro lugar, costumam se restringir a empresas de capital aberto, como no caso da base *Economática*® ou das informações disponibilizadas pela Comissão de Valores Mobiliários.

Outras publicações, como a *Maiores e Melhores*, publicação da revista Exame (MME) e *Valor 1000* geralmente focam em indicadores contábeis e econômicos, com pouca informação sobre a estrutura organizacional das empresas, atividades exercidas, estratégia. Algumas publicações setoriais do Valor Econômico têm análises importante de mercados e segmentos específicos e tendências gerais da concorrência, como farmácias e drogarias, planos de saúde, hospitais privados indústria farmacêutica, diagnóstico, entre outros (Valor, 2018; Exame, 2019). Mas apresentam poucas análises aprofundadas das empresas em si.

Diante desse cenário, optou-se pela construção de uma base de dados própria sobre empresas do setor saúde, a partir de coleta de dados quantitativos e qualitativos em múltiplas fontes primárias, caracterizadas no **Quadro 5** e descritas a seguir.

Quadro 5 – Caracterização das fontes de dados

Fonte de Dados	*Caracterização*
Receita Federal	*Fácil acesso, informações cadastrais e societárias, simples, diretas e padronizadas. Disponível para todas as empresas.*
Comissão de Valores Mobiliários (CVM)	*Apenas empresa de capital aberto. Informações quantitativas e qualitativas detalhadas e aprofundadas, devido ao padrão de transparência para atuação na bolsa de valores.*
Juntas comerciais	*Acesso restrito, organização heterogênea, diferentes documentos de consulta (Certidões, Fichas Cadastrais etc.). Não abarca associações privadas. Panorama atual, e alguns casos reconstituição da trajetória.*
Jornais	*Grande mídia - Estadão, Folha, O Globo, Valor, Exame, G1, mídias locais e sites especializados; informações sobre compra, venda, movimentos de mercado, investimentos e crescimento interno, estratégia e trajetória.*
Demonstrações Financeiras e Relatórios Anuais	*Publicados anualmente por parte das empresas. Além dos dados contábeis-financeiros, podem ser explicitados características da empresa, modelo de negócios, estrutura organizacional e patrimonial, fusões e aquisições. Além de dados gerais sobre mercados de atuação, crescimento interno, abrangência geográfica etc.*
Sites oficiais	*Podem conter informações relevante sobre o grupo econômico, dirigentes, estrutura organizacional e patrimonial, mercados de atuação, trajetória de crescimento interno, modelo de negócios etc.*

A principal e mais rica fonte de dados sobre empresas e a primeira selecionada para este estudo é a Comissão de Valores Mobiliários (CVM). Em função das regras de transparência para abertura de capital na bolsa de valores, as empresas são obrigadas a fornecer uma série de informações que possibilitem aos investidores uma visão aprofundada de sua estratégia, fatos relevantes, estrutura organizacional, modelo de negócios, resultados econômico-financeiros, riscos, concorrentes, estrutura do capital, sócios e acionistas etc. Porém, por se tratar de uma instituição reguladora do mercado de ações e capitais, essas exigências de divulgação de informações são feitas apenas para empresas que são juridicamente sociedades anônimas de capita aberto (SAA), o que representa apenas uma pequena parte da amostra selecionada (9/69). Por isso, foi necessário combinar informações oriundas de diferentes fontes de dados para cada tipo de pessoa jurídica nos casos em que não se enquadrem como empresas de capital aberto.

A Receita Federal é a única fonte que abrange todos as empresas selecionadas (69/69), pois é o órgão público que concentra o cadastro de todas as pessoas jurídicas (CNPJ). Estão

disponíveis apenas informações cadastrais e societárias básicas, que são relevantes, mas insuficientes para compreender sua estrutura patrimonial. As Juntas Comerciais Estaduais, por sua vez, disponibilizam registros de todas as principais operações societárias e fatos relevantes das empresas, porém o acesso a esses documentos é restrito e o seu tratamento complexo.

Trata-se de autarquias estaduais responsáveis pelo registro de todos os atos relacionados as sociedades empresariais, como a constituição de uma empresa, alteração de capital, registro de administradores e representantes, atividades de fusões, aquisições etc. No Brasil, para que todas as empresas tenham sua situação comercial regular, precisam estar cadastradas na junta comercial de seu estado (BARBOSA, 2016). Nas juntas comerciais, é possível obter informações de empresas, e não das associações privadas (50 de 69 empresas).

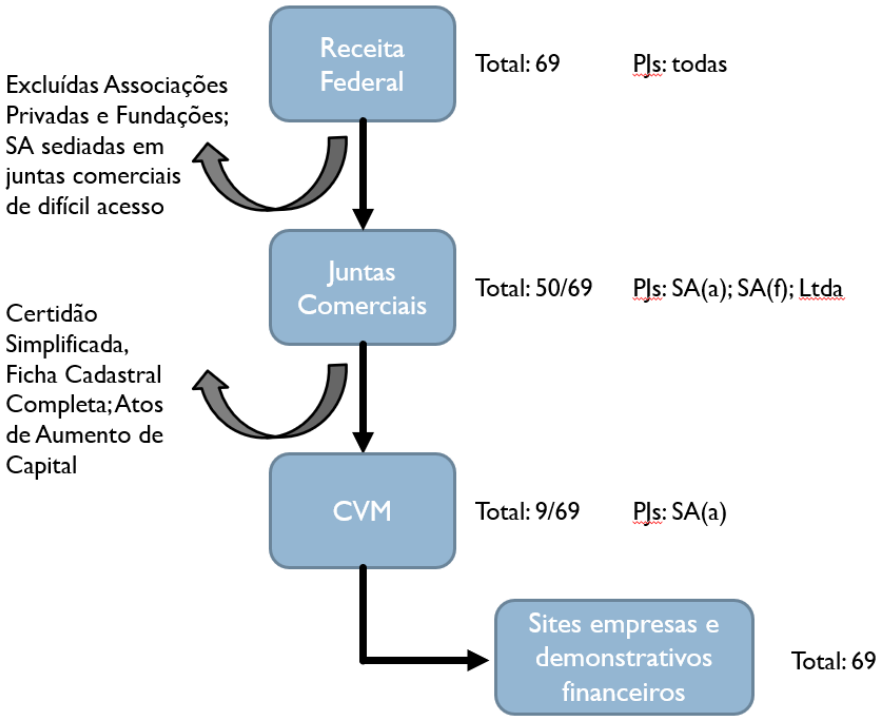
Por fim, mas não menos importante, também se buscou informações em demonstrativos financeiros e relatorias anuais; jornais, revistas e sites especializados; além do site oficial das empresas. Todas estas fontes apresentam disponibilidade de informações variadas de acordo com cada empresa. Em geral, as sociedades empresárias limitadas (Ltda) e sociedades anônimas de capital fechado (SAF) divulgam demonstrativos e relatórios pouco detalhados, ou mesmo não divulgam em veículos de grande circulação. Algumas associações privadas (AP) como hospitais, cooperativas e fundações também divulgam relatórios anuais de atividades. A busca na imprensa pode trazer informações relevantes sobre operações, investidores, estratégias, mas em geral o volume de informações é muito maior nas empresas mais relevantes. Nos sites das empresas também têm informações heterogêneas.

O grau de detalhamento que essas fontes permitem são bastante úteis, sendo valiosas no caso de diversas empresas. Em outros casos, como no das OSS e alguns hospitais filantrópicos, parte empresas de capital fechado e limitadas, há uma grande dificuldade para obter informações relevantes sobre trajetória e estratégia.

2.4.4 Coleta de dados

O processo de coleta de dados em diferentes fontes está sintetizado no organograma da **Figura 1** e apresentados em detalhes nas sessões seguintes.

Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados



2.4.4.1 Receita Federal

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na emissão dos comprovantes de inscrição e situação cadastral através de consulta em site da Receita Federal. O objetivo foi obter os dados do Comprovante de Inscrição de Situação Cadastral (CISC) e do o Quadro de Sócios e Administradores (QSA).

No primeiro são disponibilizadas as seguintes informações: nome empresarial, matriz ou filial, data de abertura, nome fantasia, cidade e estado sede, código e descrição da atividade econômica principal e secundária, natureza jurídica, endereço, telefone, situação cadastral e data da situação cadastral. Já no segundo documento: nome de presidentes, diretores, sócios e administradores capital social. Os dados foram coletados para todas as empresas (CNPJs).

2.4.4.2 Juntas Comerciais (Certidões Simplificadas e Ficha Cadastral Simplificada)

Após consulta na Receita Federal, realizou-se um levantamento e triagem de documentos disponíveis nas junta comerciais dos estados nos quais as empresas selecionadas constam como sede, em acordo com o CISC.

Nas juntas comerciais, a partir da razão social encontrada para os CNPJs, obtém-se o Número de Identificação do Registro de Empresas – NIRE de cada empresa. A partir do NIRE, podem ser obtidos uma série de documentos: Certidões (Simplificada, Específica e Inteiro Teor); Fichas cadastrais (Simplificada/Completa – junta de SP), na qual é possível ter acesso aos atos registrados; cópia de documentos arquivados; Ficha Cadastral (junta de MG). O **Quadro 6** resume as informações que podem ser obtidas em cada tipo de documento.

Foram coletadas as certidões simplificadas para todas as empresas da amostra excluídas as Associações Privadas, uma vez que não são obrigadas a registrarem informações nas juntas comerciais.

Quadro 6 – Documentos das juntas comerciais e informações disponíveis

Documento	*Informações*
Ficha Cadastral Simplificada (Jucesp)	*Dados básicos e atuais de empresas*
Ficha Cadastral Completa (Jucesp)	*Dados a partir de 1992*
Ficha de Breve Relato (Jucesp)	*Dados anteriores a 1992*
Ficha Cadastral (Jucemg)	*É o documento atualizado dos dados da empresa. Possui mais informações que a Certidão Simplificada, contendo nome empresarial, endereço da sede, CNPJ, data de início das atividades, objeto social, capital social, os sócios e suas respectivas participações no capital social e as filiais ativas. Consta também todo o histórico dos atos arquivados e as filiais extintas.*
Certidão Simplificada	*Aponta a situação atual da empresa e seus atos arquivados. Consta informações básicas atualizadas como: nome empresarial, endereço da sede, CNPJ, data de início das atividades, objeto social, capital social, sócios e respectivas participações no capital social, filiais ativas (caso existam), dentre outras.*
Certidão Específica	*São informações específicas solicitadas com o intuito de comprovação de dados que constem nos atos arquivados.*
Certidão de Inteiro Teor	*Fotocópia dos atos arquivados pela empresa na junta comercial*

Não há uma padronização nos sites das juntas estaduais e, em algumas, somente é possível solicitar qualquer documento presencialmente, como foi o caso da junta comercial do Ceará. Enquanto umas fornecem gratuitamente a documentação, outras cobram pela informação, porém sem padronização de valores entre elas (o que representa uma dificuldade a mais na coleta). A **Tabela 2** resume os tipos de documentos disponíveis em cada junta pesquisada (estados com empresas da amostra), bem como a forma de acesso e obtenção destes.

Foram coletadas as Certidões Simplificadas em todas as juntas, com exceção de São Paulo (Jucesp) – Ficha Cadastral Simplificada e a Ficha Cadastral Completa; e de Minas Gerais (Jucemg) – Ficha Cadastral, Ficha Cadastral Simplificada e a Ficha Cadastral Completa. Foram coletadas informações para todas as empresas da amostra, excluídas as Associações Privadas, uma vez que não são obrigadas a registrarem informações nas juntas comerciais.

Foram compilados os seguintes dados coletados nas certidões simplificadas: Nome Empresarial / Nome Comercial, Natureza Jurídica, CNPJ, Cidade, Data de Início das Atividades, Capital (Valor Capital), Capital Integralizado, Administração (Nome, CPF, Cargo), Sócio (Nome e Cota) e Data de Emissão.

Tabela 2 – Juntas comerciais por estado, documentos disponíveis e forma de obtenção

		Solicitação de Certidões			Acesso às Certidões						Ficha Cadastral	
Junta Comercial	**UF**	**Simp**	**Espec**	**ITeor**	**Simp**		**Espec**		**ITeor**		**Simp**	**Comp**
JUCESP	SP	I	I	ND	I	G	I	$	ND		G	G
JUCEMG	MG	I	I	I	I	$	I	$	I	$	$	$
JUCERJA	RJ	I	I	I	I	$	I	$	I	$	ND	
JUCERGS	RS	I	I	I	I	$	I	$	P/C	$	ND	
JUCEPAR	PR	I	I	I	I	$	I	$	I	$	ND	
JUCEC	CE	P	P	P	P	$	P	$	P	$	ND	
JUCEPA	PA	I	I	I	I	$	I	$	I	$	ND	
JUCEPE	PE	I	ND	I	I	$	ND		I	$	ND	
JUCEB	BA	I	I	I	I	$	I	$	I	$	ND	
JCDF	DF	I	P	P	I	G	P	$	P	$	ND	

Legenda: (I) Internet; (P) Presencial; (C) Correios; (ND) Não disponível; (G) Gratuito; ($) Pago

2.4.4.3 Junta Comercial (Ficha Cadastral Completa)

Em seguida, foi realizada pesquisa nas fichas cadastrais completas obtidas no site da JUCESP. Nesse caso, só as empresas com inscrição nessa junta puderam ser pesquisadas. As palavras-chave usadas para a busca foram: aquisição, incorporação, cisão, fusão, transformação, empréstimo, crédito, financiamento, tributos, debênture. A ficha cadastral completa, pela fonte das juntas comerciais, é o documento que melhor permite a reconstituição dos atos das empresas através do tempo.

Para cada empresa foi criado um arquivo de texto com o registro dos atos localizados pela busca. A escolha desse grupo de palavras implica em resultado que poderia diferir se fosse usada outra combinação, podendo haver perda de algumas movimentações de possível

interesse da pesquisa. Esta limitação é esperada neste tipo de metodologia, em levantamentos que fazem uso de seleção de palavras para busca em banco de dados. Uma análise documental completa dos atos das empresas excederia o escopo do estudo.

2.4.4.4 Comissão de Valores Mobiliários da Bovespa (CVM)

Para as nove Sociedades Anônimas Abertas da amostra, foi consultada base de dados da CVM, onde é possível obter o maior volume de informações com riqueza de detalhes e de maneira padronizada sobre diversos aspectos das empresas, em função das exigências normativas de transparência.

Quadro 7 – Documentos selecionados disponíveis no Formulário de Referência da CVM/Bovespa e caracterização do conteúdo

Documento	**Informações Disponíveis**
[4] Fatores de Risco	Descrição dos fatores de risco relativos ao negócio, elaborada pela empresa.
[6] Histórico do Emissor	Descrição do histórico das empresas e de fatos relevantes em sua trajetória
[7] Atividades do Emissor	Descrição das atividades das empresas e controladas, segmentos operacionais, produtos e serviços, entre outros
[11] Projeções	Projeção de resultados, operações e estratégias de competição, elaborada pela empresa.
[15.1/2] Posição Acionária	Nome, residência e CPF/CNPJ de todos os acionistas da empresa; participação percentual no capital social da empresa de cada acionista.
[15.4] Organograma dos acionistas e do grupo econômico	Organograma de controle da empresa e participação dos acionistas, incluindo empresas controladas e controladoras.
[15.6] Alteração relevantes na participação – controle e administração	Descrição de operações que resultam em alteração de participação no controle da empresa, incluindo a entrada de investidores e acionistas; alterações relevantes no quadro administrativo do grupo
[15.7] Principais Operações Societárias	Descrição de operações societárias de fusão, aquisição, venda, cisão e incorporação no âmbito da controladora ou das controladas.
[15.8] Outras inf. – Controle/Grupo Econ.	Informações complementares.

Na central de sistemas do site da CVM, seguindo o percurso “Informações Sobre a Companhia” > “Informações periódicas e eventuais” > “Consulta por parte de nome ou CNPJ” é possível, a partir da inserção do número do CNPJ, obter acesso a uma série de documentos. Entre as categorias disponíveis, selecionas “Formulário de Referência” > “Consulta”. Dentro do formulário de referência, os documentos de interesse foram coletados

e arquivados junto com as demais informações das empresas. Os dados relativos à posição acionária foram compilados na base de informações. A **Quadro 7** indica os documentos coletados no e as informações disponíveis.

2.4.4.5 Demonstrações Financeiras, Relatórios Anuais, Mídia e Sites Oficiais

De maneira complementar e como forma de validação das informações obtidas nas bases da Receita Federal, das Juntas Comerciais estaduais e da CVM, foram realizadas buscas por informações publicadas nos sites das empresas, nas demonstrações financeiras e em jornais de grande circulação (G1, Valor Econômico, Estadão, Exame, mídias locais e especializada).

As demonstrações financeiras já haviam sido coletadas para a Dimensão Contábil-Financeira da pesquisa. Nos jornais, a busca e coleta de notícias relativas às empresas também já havia sido realizada para a dimensão Política e Poder". Nos sites, a busca foi realizada para todas as empresas, e as informações relevantes compiladas em um documento único por empresa, para posterior consulta na fase de análise dos dados.

2.4.5 Sistematização e construção do banco de dados (BDES-A)

As informações foram coletadas e organizadas tendo as empresas enquanto unidade de análise. Foram elaboradas fichas para cada uma das empresas da amostra, contendo informações datadas extraídas de diferentes fontes. A partir de cada ficha, as informações foram consolidadas em um banco de dados, o Banco de Dados sobre o Empresariamento (BDES) seção A (BDES-A), dividido em três subseções: (1) forma jurídica, controle e estrutura de capital em 2017; (2) movimentações e operações patrimoniais de 2008 a 2016; (3) diversificação de atividades, crescimento interno e financiamento.

Com relação ao BDES-A1, para cada registro (empresa), estão disponíveis as variáveis: razão social, nome fantasia, capital social, sede, atividade econômica principal e secundária(s), natureza jurídica, presidente, diretores e administradores, sócios (nome e quota), acionistas (nome e participação percentual no capital) e controladores no ano de 2017. Os controladores foram identificados a partir da análise da participação percentual de sócios e acionistas no capital e de documentos sobre o acordo de acionistas coletados para a construção do BDES-A.

Os controladores, sócios e acionistas foram classificados em cinco perfis: grupo econômico nacional (GN) e estrangeiro (GE), que englobam grandes grupos do setor saúde ou outros da economia, empresários, empresas familiares e empresas médicas; investidor institucional nacional (INN) e estrangeiro (INE), que incluem fundos de investimento e de pensão, sociedades de capitalização, seguradoras, bancos, instituições de previdência, entre outros; e misto (M), que se aplica apenas para o controle. Neste detalhamento da estrutura de propriedade, foram excluídas associações privadas, fundações e cooperativas, figuras jurídicas nas quais a noção de controle e estrutura de capital não se aplica. Incluídas as SAF, as SAA e as Ltda, chegou-se a um universo de 40 empresas.

O BDES-A2 é a sessão do banco que cataloga as movimentações patrimoniais das empresas e grupos econômicos entre 2008 e 2016 (BAHIA *et al.*, 2021). Inclui 316 operações (75% com valores monetários atribuídos) de 40 empresas, categorizadas como: aquisição, compra de participação, fusão, venda, venda de participação, oferta pública de ações, *joint venture*. Também nesta sessão do banco são excluídas as associações privadas e fundações, que legalmente não realizam estes tipos de operações. As operações foram obtidas a partir de: fichas cadastrais de juntas comerciais, jornais, revistas e mídia especializada; relatórios anuais e demonstrativos financeiros; formulários de referência da CVM.

Para cada operação, há uma empresa, um subsetor, um ano, um valor, uma descrição e um link de referência externa. Tal organização permite tanto uma análise quantitativa da frequência e volume de operações quando uma análise qualitativa desagregada de cada uma delas por empresa, o que contribui para a sistematização da trajetória e interpretação de sua estratégia e conduta. Outras informações catalogadas à parte no banco e usadas na análise são: emissão de debêntures, empréstimos em bancos públicos e privados. Estas foram utilizadas apenas de forma qualitativa.

O BDES-A3 reúne dois grupos de informações. Primeiramente, as atividades econômicas e assistenciais desenvolvidas por cada empresa no ano de 2017. Elas foram organizadas em 35 categorias e analisadas em um quadro de atividades por empresa e subsetor que oferece um panorama do escopo das empresas do setor saúde e das interrelações entre os subsetores. Em uma segunda aba, a dimensão temporal da diversificação de atividades econômicas e assistenciais, do crescimento interno e expansão geográfica entre 2008 e 2016, que permitem a reconstituição da trajetória de cada empresa. Esta é obtida partir da análise das operações desagregadas do BDES-A2 e da análise exaustiva dos materiais coletados nos demonstrativos financeiros, relatórios anuais, sites e mídia. Nesta seção, dada a

escassez de informações, não foi possível reconstituir a trajetória de organizações sociais e empresas de menor relevância em cada subsetor.

2.5 LIMITAÇÕES

Entre as limitações do método, destacamos a heterogeneidade de informações disponíveis para cada empresa, o que pode levar ao detalhamento insuficiente de diversos casos, baixa especificidade em outros, e imprecisões na reconstituição da trajetória.

Todavia, conseguiu-se um volume satisfatório de informações para as principais empresas de cada subsetor, o que minimiza estes problemas nos casos mais emblemáticos e não prejudica as caracterizações sobre o padrão de acumulação e concorrência dos principais *players* do mercado da saúde no Brasil.

A metodologia desenvolvida permitiu a produção de um grande volume de dados quantitativos e qualitativos que fornecem uma base sólida para pesquisas sobre a dinâmica capitalista do setor saúde no Brasil. Os bancos são passíveis de atualizações, ampliação de séries históricas, dimensões e indicadores de análise, aprimoramentos na qualidade dos dados. A diversidade de fontes usadas, pouco exploradas no campo da saúde coletiva, permitiram compilar grande heterogeneidade de informações para cada empresa, que permitem análises futuras de casos específicos.

Outras limitações são decorrentes do próprio recorte que buscou captar as maiores empresas. É possível que também haja uma dinâmica relevante e pouco captada em empresas menores, *startups* ligadas a clínicas especializadas, soluções tecnológicas e de dados, entre várias outras. Estas também parecem já nascer ligadas à lógica da financeirização. Outro ângulo complementar não coberto é o que parte dos fundos de investimentos. Foi possível captar a presença destes nos capitais de diversas empresas e a importâncias destes para o processo de financeirização. Uma análise tendo com objeto estas empresas e instituições pode oferecer informações relevantes para uma análise mais completa.

Com relação aos dados, o volume, disponibilidade e sensibilidade foram maiores para as principais empresas de cada subsetor, especialmente nas SAA. Entre as SAF e SEL, há uma maior heterogeneidade e maior dificuldade de acesso a fontes. No caso das AP, especialmente as OSS, e de algumas empresas menores pode haver detalhamento insuficiente, baixa especificidade e imprecisões, o que não prejudicou a caracterização dos padrões de acumulação. Nas movimentações patrimoniais, há uma tendência de aumento da sensibilidade do banco, na medida em que progressivamente mais empresas abrem capital e/ou passam a

divulgar uma quantidade maior e mais detalhada de informações sobre suas atividades econômicas e assistenciais.

A seleção da amostra se mostrou adequada, atingindo o objetivo de captar tendências a partir da observação da ação das empresas líderes de cada subsetor e permitindo caracterizar a inserção destas no processo de financeirização da riqueza. O tamanho da amostra e o grau de detalhamento dos bancos é superior às das principais publicações e bancos de dados do setor privado, como Valor 1000, Exame e consultorias de mercado. No futuro seleção pode ser aprimorada com a exclusão de empresas com menor importância para a compreensão de um padrão geral e inclusão de outras que ganharam destaque mais recentemente, inclusive em outros subsetores e nichos de mercado.

CAPÍTULO 3 – FINANCEIRIZAÇÃO, ACUMULAÇÃO E MUDANÇAS PATRIMONIAIS EM EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL[2]

Leonardo Vidal Mattos
Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho
Diego Viegas Barbosa
Ligia Bahia

RESUMO: O objetivo deste trabalho é analisar a dimensão patrimonial de mudanças em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil entre 2008 e 2017. Busca-se compreender as estratégias de acumulação em um contexto de financeirização, compreendida como padrão sistêmico da riqueza no capitalismo contemporâneo. As mudanças patrimoniais foram analisadas de forma descritiva e exploratória a partir de diferentes fontes. Foram estudadas 58 empresas dos subsetores de planos de saúde, farmácias, hospitais, diagnóstico, indústria farmacêutica e organizações sociais. Foram coletados dados sobre forma jurídica, propriedade e controle; operações patrimoniais; atividades econômicas e assistenciais. A despeito da heterogeneidade das empresas e suas estratégias, os resultados apontam o aumento da presença de investidores nacionais e internacionais, mudanças na organização interna, na estrutura do capital, no financiamento e diversificação de atividades. As que mais se destacam buscaram ativamente a capitalização a partir de investimentos externos, compra e venda de ativos e ações, fusões e aquisições aceleram o processo de expansão, acumulação e valorização patrimonial-financeira. O resultado é o aumento do fluxo de capitais e a crescente integração das estruturas econômicas e assistenciais do setor saúde brasileiro aos circuitos financeiros, tornando as empresas intermediárias periféricas articuladas a um processo ampliado de acumulação sob dominância financeira. Os achados convergem com aspectos marcantes da dinâmica das corporações na financeirização, influenciam cada vez mais os sistemas de saúde no Brasil e do mundo.

Palavras-Chave: Sistemas de Saúde; Economia da Saúde; Políticas de Saúde; Privatização; Mercantilização.

ABSTRACT: Financialization is the systemic pattern of definition, management and realization of wealth in contemporary capitalism in which companies have an active role in shaping a general financial logic. The objective of this paper is to analyze the insertion of healthcare companies and corporations in Brazil in the financialization process, observing the patrimonial dimension of the ongoing changes and characterizing structural transformations in the accumulation patterns between 2008 and 2017. Starting from original methodology and

[2] Artigo aceito para publicação na revista Cadernos de Saúde Pública em 2022. Consultar referência completa de Mattos *et al.* (2022).

using a database built for this research, 58 companies were studied, including health insurance, pharmacies, hospitals, diagnostics, pharmaceutical industry and health social organizations. Despite the heterogeneity between the companies and their strategies, the results show changes in internal organization, intensification of equity operations, diversification of activities and capital restructuring associated with the greater presence of national and international investors. Capitalization from foreign investments, buying and selling of assets and bonds and other financial mechanisms accelerates the accumulation process itself. The result is the increasing capital flow and the incorporation of health sector assets in financial circuits, while the Brazilian healthcare companies remains peripheral and subordinate to an expanded accumulation process. The findings converge with distinct aspects of the dynamics of corporations in financialization, which seem to increasingly influence health system in Brazil and around the world.

Keywords: Health Systems; Health Economics; Health Policy; Privatization; Commodification

INTRODUÇÃO

As relações entre capitalismo e saúde podem ser analisadas em duas dimensões complementares[1]. A primeira refere-se às influências da estrutura produtiva sobre a saúde, que é associada à recuperação, manutenção e reprodução da força de trabalho e integra o consumo individual e coletivo. A segunda diz respeito à relevância do setor saúde enquanto atividade produtiva, que possui especificidades, mas também manifesta a tendência geral de acumulação do capital.

Dos anos 1960 aos 1980, em contexto autoritário, as empresas brasileiras do setor saúde (assistência hospitalar, indústria farmacêutica e equipamentos, empresas médicas) emergem impulsionadas pelo processo de industrialização e pelas políticas públicas relacionadas à medicina previdenciária, condicionando escopo e funções do sistema de saúde em seus componentes público e privado. No processo de capitalização da medicina[1] e formação do Complexo Médico-Industrial (CMI)[2,3], as empresas eram autofinanciadas e ligadas a empresários médicos, capitais familiares e, na indústria farmacêutica, também a empresas transnacionais.

Após décadas de expansão dos mercados e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em contexto democrático, a dinâmica capitalista nacional e internacional do setor saúde alterou-se significativamente. Alguns trabalhos buscaram atualizar o conceito de CMI e/ou captar transformações relacionadas às finanças e aos serviços[4-6]. Mas, foi o conceito de Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS)[7,8] que abarcou grande parte da produção teórica e empírica sobre o conjunto interligado de atividades de produção de bens e serviços

do setor saúde, além de impulsionar políticas governamentais. Do ponto de vista teórico e político, buscou-se conciliar através da ação do Estado a lógica econômica condicionada pela acumulação, pela inovação e pela dependência externa, e a lógica sanitária expressa nas necessidades de saúde e acesso universal.

Todavia, em um contexto de financeirização, alguns fenômenos carecem de interpretações mais aprofundadas. Nos anos 2000 e 2010, observa-se entre as empresas a intensificação de fusões e aquisições, abertura de capital, expansão e valorização, penetração de capital estrangeiro, atuação multissetorial, concentração e centralização de capital[5,6,9-14]. É dimensão patrimonial destes fenômenos é relevante, pois expressa mudanças nas estruturas econômicas e assistenciais associadas à atenção à saúde enquanto atividade produtiva e nos padrões setoriais de acumulação. É este o caminho explorado pela investigação.

A financeirização ou dominância financeira pode ser compreendida como padrão sistêmico de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo, constituído por componentes fundamentais da organização capitalista que atuam para estabelecer uma dinâmica estrutural orientada por uma lógica financeira geral[15,16]. Se distingue pelo crescimento em escala e escopo da participação de ativos financeiros na riqueza, colocando progressivamente os retornos financeiros como foco dos principais agentes econômicos, não apenas bancos e investidores, via pagamento de juros, dividendos ou valorização patrimonial.

A financeirização se fundamenta na forma contemporânea de operação das corporações, compostas por diferentes tipos de empresa patrimonialmente interligadas. A competição intercapitalista se dá cada vez mais entre grandes grupos econômico-financeiros, multinacionais, multissetoriais e multifuncionais[16]. Neste contexto, as formas de operação, organização, estrutura e estratégia das instituições financeiras e empresas não-financeiras (ENFs) tendem a uma generalização e homogeneização, tendo em vista o acirramento da concorrência financeira que está superposta e conectada à concorrência industrial e comercial em nível global[15].

A riqueza mobiliária torna-se indispensável à elasticidade, mobilidade e flexibilidade próprias do capital como forma socialmente determinada de organizar a produção e a distribuição. Isso ocorre originalmente nas grandes corporações transnacionais do capitalismo central, mas tende a expandir-se a diferentes setores e países[15]. Assim as ENF, inclusive do setor saúde, devem ser compreendidas como partes ativas crescentemente integradas/ à dinâmica financeira geral, e não vítimas de um processo exógeno.

A financeirização é um fenômeno relevante para a compreensão dos sistemas de proteção social, já que /as políticas sociais são tributárias dos regimes de acumulação[17-19], ou seja, articulam-se com as necessidades na esfera da produção e influenciam as formas de operar e delimitar a reprodução social. No Brasil, a penetração da lógica financeira tem sido considerada determinante para diversas políticas sociais[18,19].

As relações entre financeirização e sistemas de saúde vem ganhando atenção nacional[5,6,9-14,18-22] e internacional[23-29]. O protagonismo crescente de empresas, investidores e agentes financeiros está relacionado a reformas setoriais e é um importante determinante político, econômico e ideológico das políticas de saúde, o que se intensifica após a crise financeira global de 2008 e com propostas relacionadas à promoção de cobertura universal de saúde. Visões críticas consideram que a financeirização transforma progressivamente os sistemas de saúde em plataformas de valorização financeira, afetando princípios fundamentais, estabilidade financeira e organizacional, custo dos serviços e desigualdades[11,17,20,28,29].

Todavia, existem lacunas na compreensão do processo de acumulação e uma carência de estudos abrangentes sobre empresas do setor saúde no Brasil. Empiricamente, é um desafio combinar informações fontes heterogêneas que subsidiem a investigação sobre a trajetória de empresas em diferentes subsetores. Analiticamente, o uso de categorias que possibilitem um estudo sistemático da transformação patrimonial das empresas pode auxiliar na compreensão teórica e crítica sobre os sentidos da financeirização no setor saúde brasileiro.

Nessa direção, a evolução das empresas, bem como aspectos da concorrência e acumulação podem ser apreendidos através da Economia Industrial[30]. A análise de aspectos como a estrutura organizacional[30,31], estrutura de capital[32,33], financiamento[34] e diversificação[35] contribuem para a sistematização de evidências. Ademais, permitem relacionar observações empíricas aos efeitos da financeirização nas formas de operação e organização das corporações do setor saúde.

O objetivo deste trabalho é analisar expressões da financeirização no padrão de acumulação e nas estratégias de empresas e grupos econômicos do setor saúde brasileiro, a partir de sua dimensão patrimonial.

METODOLOGIA

Este estudo tem caráter descritivo e exploratório. Refere-se à dimensão patrimonial do projeto *"Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do sistema universal no Brasil"*, cuja metodologia

geral é descrita por Bahia e colaboradores[36]. A pesquisa teve como objetivo identificar e analisar as expressões da financeirização em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil, a partir de três dimensões complementares e transversais, contábil-financeira, patrimonial e política.

Foram analisadas empresas de sete subsetores: Os subsetores foram selecionados de acordo com três critérios: magnitude dos mercados; destaque social e político; conhecimento prévio dos pesquisadores. Para cada um, foram selecionadas as empresas de maior relevância econômica a partir de critérios específicos[36].

Na dimensão patrimonial 58 empresas de seis subsetores foram analisadas, excluído EM. Foram coletados dados quantitativos e qualitativos de diferentes fontes: Receita Federal, Comissão de Valores Mobiliários (CVM), juntas comerciais estaduais, demonstrativos financeiros, relatórios anuais, sites de empresas, imprensa tradicional e especializada. As informações sobre a dimensão patrimonial foram organizadas num banco de dados, o BDES-A[36], dividido em três subseções: forma jurídica, propriedade e controle (A1); operações patrimoniais (A2); atividades produtivas e assistenciais (A3).

Forma Jurídica, Propriedade e Controle

A natureza jurídica está associada ao registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e engloba: sociedades anônimas de capital aberto (SAA) e fechado (SAF), sociedades empresárias limitadas (SEL), associações privadas (AP), cooperativas e fundações. No BDES-A1, cada unidade de análise possui ao menos um registro de CNPJ obtido nas demonstrações financeiras. Algumas possuem mais de um, pois grupos econômicos podem ser compostos por empresas patrimonialmente interligadas e geridas por uma estrutura organizativa hierárquica de controle e administração. O banco inclui 69 registros coletados em 2017, contendo as seguintes variáveis: razão social, nome fantasia, capital social, sede, atividade econômica principal e secundária(s), natureza jurídica, sócios (nome e quota) e acionistas (nome e participação).

Os controladores, sócios e acionistas foram identificados pela análise da composição do capital social e de documentos sobre o acordo de acionistas obtidos na CVM e em juntos comerciais. Eles foram classificados em quatro perfis: grupo econômico nacional e estrangeiro englobando grandes grupos do setor saúde ou de fora dele, empresários, empresas familiares e empresas médicas; investidor institucional nacional e estrangeiro, que incluem fundos de investimento, seguradoras, bancos, entre outros. Excluiu-se associações, fundações e cooperativas, figuras jurídicas nas quais a noção de controle e estrutura de capital não se

aplica, restringindo a análise para 40 empresas. A Tabela 1 sintetiza dados sobre forma jurídica, perfil do controle, e presença de perfis de sócios e acionistas em faixas de participação no capital. A presença de investidores externos é apresentada na Tabela 2.

Operações patrimoniais

As operações patrimoniais entre 2008 e 2016 foram obtidas em jornais e revistas, relatórios anuais, sites das empresas e demonstrativos financeiros. O BDES-A2 inclui 316 operações de 40 empresas (75% com valores monetários atribuídos), categorizadas como: aquisição, compra de participação, fusão, venda, venda de participação, oferta pública de ações, *joint venture*. Também foram categorizadas informações sobre a emissão de debêntures, empréstimos e crescimento interno. Foram realizadas descrições quantitativas do conjunto das operações por subsetor (Figura 1 e Tabela 3) e de forma desagregada por empresas.

Atividades econômicas e assistenciais

As atividades econômicas e assistenciais das empresas em 2017 foram obtidas de sites oficiais, relatórios anuais e demonstrativos financeiros e organizadas em 35 categorias. A Figura 2 mostra o escopo das empresas e intersecções entre subsetores. A dimensão temporal da diversificação de atividades foi analisada através das operações do BDES-A2, observando a entrada em novos setores por aquisição ou investimento em novas capacidades.

RESULTADOS

Forma Jurídica, Propriedade e Controle

A **Tabela 3** mostra a distribuição das formas jurídicas identificadas por subsetor e o perfil de sócios, acionistas e controladores. Somadas, as sociedades anônimas de capital fechado e aberto (SAF e SAA) são o maior grupo da seleção (38%). As primeiras prevaleceram entre planos de saúde, diagnóstico, farmácias e hospitais. As que negociam ações no mercado de capitais (SAA) tiveram presença importante em planos, diagnóstico e farmácias. Sete de nove abriram capital entre 2008 e 2016.

O segundo maior grupo (33%) foram as sociedades empresárias limitadas (SEL), que se diferenciam das SA por serem geralmente empresas de menor porte com regras de gestão, administração e transparência menos rígidas. Sua predominância na indústria farmacêutica deve-se à estrutura patrimonial dos laboratórios transnacionais. Neles, um mesmo grupo controla diferentes empresas (diferentes CNPJs) e consolidam resultados das múltiplas

operações na sede estrangeira. Entre os laboratórios nacionais prevalecem as SAF e há apenas uma SAA.

Associações privadas (AP) representaram 20% da seleção. Concentram-se em OSS e hospitais, subsetores que comportam a presença de formas jurídicas não empresariais, sem fins lucrativos. Cooperativas e fundações foram minoritárias (4%). As primeiras, representadas pelas cooperativas médicas, foram relevantes entre os planos. Fundações estiveram presentes neste subsetor (autogestões), e em um caso entre as OSS. O acionista, sócio ou grupo controlador é aquele que detém maioria dos votos nas assembleias, elege os principais postos na administração e define estratégias de negócios. O controle pode ser exercido individualmente (única pessoa física ou jurídica que detém mais de 50% do capital votante), de modo compartilhado ou pulverizado através do acordo de acionistas.

Em 2017, grupos nacionais (GN) foram o maior grupo, controlando exclusivamente metade das empresas. Controladores externos ao setor, isto é, investidores institucionais e grupos econômicos estrangeiros (GE), estiveram em cerca de 30% da seleção. Os primeiros foram a maioria dos controladores entre empresas de planos de saúde e diagnóstico e relevantes entre redes de farmácias. Os investidores institucionais nacionais (INN) estiveram em dez empresas e os estrangeiros (INE), em três. A maior presença de GE ocorreu na indústria farmacêutica, com um caso entre planos e hospitais. O controle misto ocorreu em 20% das empresas, em geral compartilhado por grupos nacionais e investidores institucionais.

Entre os sócios e acionistas com mais de 50% de participação no capital, prevalecem GN em todos os subsetores, exceto indústria farmacêutica e planos, onde GE e investidores institucionais prevalecem, respectivamente. Nas faixas seguintesobserva-se um aumento da presença de INN e INE no capital das empresas de todos os subsetores e diminuição dos demais grupos. Juntos, são o segundo maior grupo na faixa entre 10% e 50% e o maior grupo na faixa com menos de 10% de capital.

Tabela 3 – Forma Jurídica, perfil de controladores e participação no capital de sócios e acionistas em empresas do setor saúde por subsetor. 2017

	Total	*PSS*	*HP*	*SADT*	*VF*	*IF*	*OS*
*Forma Jurídica**							
Sociedade Anônima Aberta	*10*	*3*	*0*	*2*	*4*	*1*	*0*
Sociedade Anônima Fechada	*23*	*5*	*6*	*3*	*4*	*5*	*0*
Sociedade Empresária Limitada	*16*	*0*	*1*	*1*	*2*	*12*	*0*
Associação Privada	*14*	*1*	*5*	*0*	*0*	*0*	*8*
Fundação	*3*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*2*
Cooperativa	*3*	*3*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Total	*69*	*13*	*12*	*6*	*10*	*18*	*10*

*Controle***							
Grupo Nacional	*20*	*2*	*5*	*3*	*7*	*3*	-
Grupo Estrangeiro	*8*	*1*	*1*	*0*	*0*	*6*	-
Investidor Institucional Nacional	*3*	*3*	*0*	*0*	*0*	*0*	-
Investidor Institucional Estrangeiro	*1*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	-
Misto (mais de um perfil)	*8*	*1*	*0*	*3*	*3*	*1*	-
Total	*40*	*8*	*6*	*6*	*10*	*10*	-
*Participação no capital ≥ 50%****							
Grupo Nacional	*21*	*1*	*5*	*6*	*7*	*2*	-
Grupo Estrangeiro	*8*	*1*	*1*	*0*	*0*	*6*	-
Investidor Institucional Nacional	*3*	*3*	*0*	*0*	*0*	*0*	-
Investidor Institucional Estrangeiro	*2*	*1*	*0*	*0*	*1*	*0*	-
*Participação no capital ≥ 10% e < 50%****							
Grupo Nacional	*17*	*2*	*0*	*4*	*7*	*4*	-
Grupo Estrangeiro	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	-
Investidor Institucional Nacional	*5*	*1*	*0*	*3*	*1*	*0*	-
Investidor Institucional Estrangeiro	*5*	*1*	*2*	*1*	*1*	*0*	-
*Participação no capital < 10%****							
Grupo Nacional	*5*	*2*	*0*	*0*	*2*	*1*	-
Grupo Estrangeiro	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	-
Investidor Institucional Nacional	*5*	*0*	*0*	*0*	*3*	*2*	-
Investidor Institucional Estrangeiro	*8*	*5*	*0*	*0*	*2*	*1*	-

PSS – planos e seguros de saúde; HP – hospitais privados; SADT – serviços de apoio ao diagnóstico e terapia; VF – varejo farmacêutico; IF – indústria farmacêutica; * valores se referem ao número de CNPJs coletados, em alguns casos mais de um por empresa/grupo; ** valores se referem ao perfil dos controladores em cada empresa ou grupo econômico. Total equivale ao total de empresas na seleção; ***valores se referem à presença de perfis de sócios e acionistas segundo faixas de participação no capital. Elaboração própria a partir do banco de dados BDES-A1[33]

Tabela 4 – Participação de grupos econômicos e investidores institucionais nacionais e estrangeiros* no capital e controle de empresas do setor saúde no Brasil, 2017

Empresa	*Capital*	*Subsetor*	*Investidores*	*Origem*	*Tipo*	*Participação*	*Controle*
Amil	*Fechado*	*PSS*	*UnitedHealth Group*	*EUA*	*GE*	*100%*	*Sim*
Bradesco Saúde	*Fechado*	*PSS*	*Bradesco Seguros*	*BRA*	*INN*	*100%*	*Sim*
Mediservice	*Fechado*	*PSS*	*Bradesco Seguros*	*BRA*	*INN*	*100%*	*Sim*
Odontoprev	*Aberto*	*PSS*	*Bradesco Saúde*	*BRA*	*INN*	*50,2%*	*Sim*
		PSS	*Genesis Asset Managers*	*ING*	*INE*	*5,0%*	*Não*
Sulamérica	*Aberto*	*PSS*	*Swiss RE Direct Investments Company*	*SUI*	*INE*	*14,9%*	*Não*
			Oppenheimer Developing Markets Fund	*EUA*	*INE*	*8,2%*	*Não*
			International Finance Corporation	*EUA*	*INE*	*7,8%*	*Não*
Qualicorp	*Aberto*	*PSS*	*GIC Private Limited*	*SIN*	*INE*	*7,6%*	*Não*
			BlackRock Inc.	*EUA*	*INE*	*4,9%*	*Não*
Intermedica	*Fechado*	*PSS*	*Bain Capital Investors LLC*	*EUA*	*INE*	*99%*	*Sim*
Rede D'Or	*Fechado*	*HP*	*GIC Private Limited*	*SIN*	*INE*	*26,9%*	*Não*
			Carlyle Group	*EUA*	*INE*	*12,3%*	*Não*
ESHO/Amil	*Fechado*	*HP*	*UnitedHealth Group*	*EUA*	*GE*	*99,6%*	*Sim*
Hermes Pardini	*Fechado*	*SADT*	*Gávea Investimentos*	*BRA*	*INN*	*30,0%*	*Sim*
Fleury	*Aberto*	*SADT*	*Advent International*	*EUA*	*INE*	*13,1%*	*Sim*
			Bradseg Participações	*BRA*	*INN*	*16,3%*	*Sim*
Alliar	*Aberto*	*SADT*	*Pátria Investimentos*	*BRA*	*INN*	*24,1%*	*Sim*
			Capital International Investors	*EUA*	*INE*	*5,1%*	*Sim*

Raia Drogasil	*Aberto*	*VF*	*Pragma*	*BRA*	*INN*	*4,1%*	*Sim*
			T. Rowe Price	*EUA*	*INE*	*3,3%*	*Não*
			Fidelity Investments	*EUA*	*INE*	*0,5%*	*Não*
BR Pharma	*Aberto*	*VF*	*BTGI Stimga LLC Pactual*	*EUA*	*INE*	*94,5%*	*Sim*
			BTG Pactual FIP	*BRA*	*INN*	*0,5%*	*Não*
			Partner Alpha Investments LLC	*SIN*	*INE*	*1%*	*Não*
Pague Menos	*Aberto*	*VF*	*General Atlantic*	*EUA*	*INE*	*17%*	*Não*
Extrafarma	*Fechado*	*VF*	*Ultrapar Participações*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*
PanVel/Dimed	*Aberto*	*VF*	*IP Capital Partners*	*BRA*	*INN*	*12,6%*	*Sim*
			Geração Futuro Gestão de Recursos	*BRA*	*INN*	*8,7%*	*Não*
Hypermarcas	*Aberto*	*IF*	*Maiorem SA de CV*	*MEX*	*GI*		*Sim*
			Votorantim	*BRA*	*INN*	*5,5%*	*Não*
			BlackRock Inc.	*EUA*	*INE*	*5,1%*	*Não*
			Capital World Investors	*EUA*	*INE*	*5,5%*	*Não*

*Além dos citados na tabela, existem também os laboratórios farmacêuticos multinacionais – Sanofi, Pfizer, Bayer, Novartis, Takeda e GlaxoSmithKline. Para maiores detalhes da estrutura de capital e controle em IF, ver Kiss e colaboradores[39]; PSS – planos e seguros de saúde; HP – hospitais privados; SADT – serviços de apoio ao diagnóstico e terapia; VF – varejo farmacêutico; IF – indústria farmacêutica. Elaboração própria a partir do banco de dados BDES-A1[33]

A **Tabela 4** mostra a inserção de 26 investidores externos no capital de 18 empresas. Prevaleceram os fundos de investimento estado-unidenses (12), brasileiros (7) e, em menor grau, europeus (2). Identificou-se grupos transnacionais do setor saúde (United Health e seis laboratórios farmacêuticos), bancos e seguradoras brasileiras (Bradesco, Sulamérica, BTG), um fundo soberano (GIC), um grupo familiar mexicano (Maiorem) e um grupo nacional do setor de combustíveis (Ultra). Bradesco e BlackRock estiveram presentes em mais de uma empresa.

Operações Patrimoniais

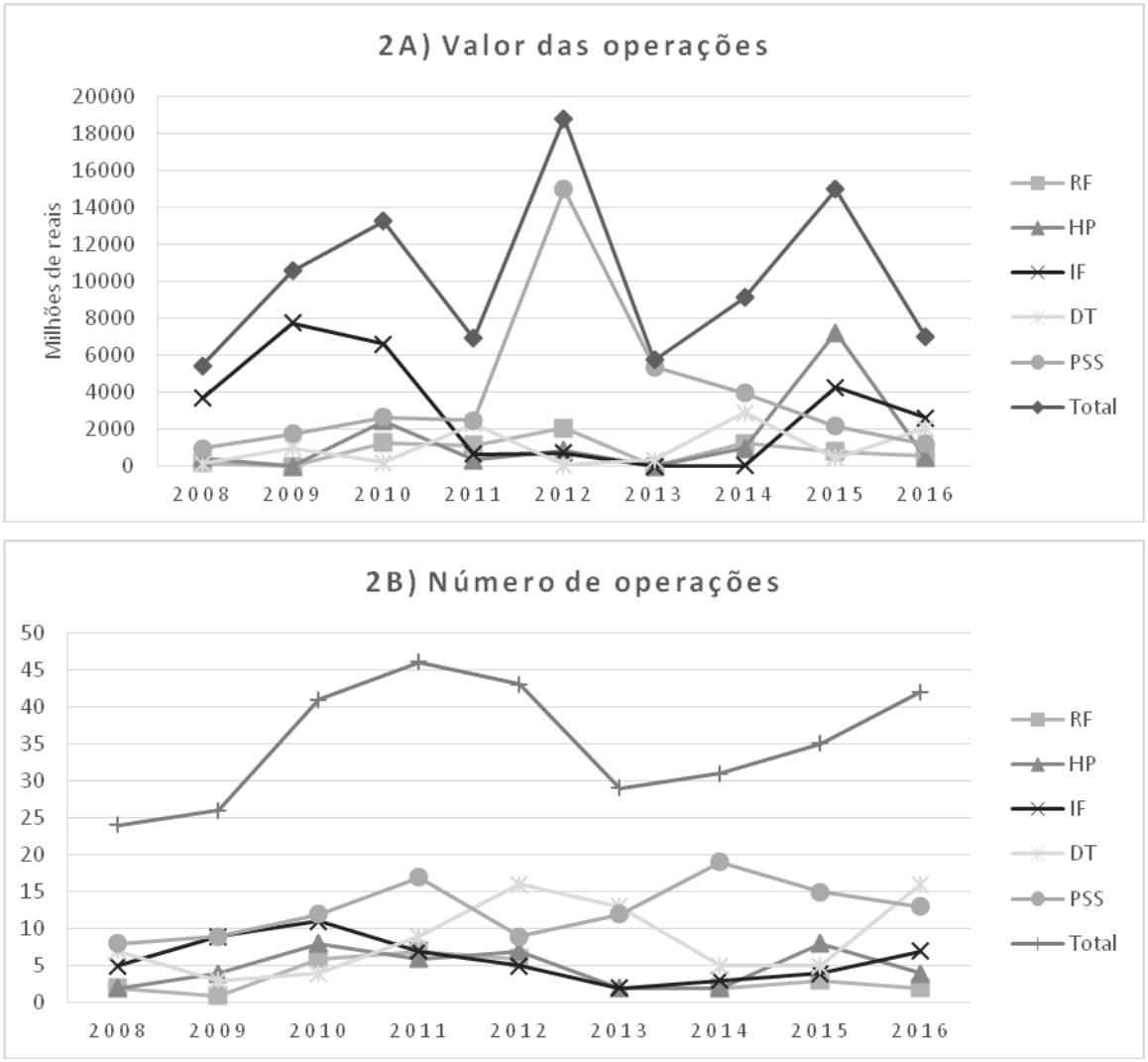
A **Figura 2** descreve 299 operações patrimoniais. Ao menos uma foi realizada por 80% das empresas. O valor total cresceu, apesar de oscilações anuais entre os subsetores e no agregado. A quantidade anual de operações (Figura 1) também, com altas destacadas entre 2010 e 2012.

Planos respondem por 36% dos registros, seguido por diagnóstico (25%), indústria farmacêutica (17%), hospitais (13%) e varejo farmacêutico (9%). Cerca de 74% das operações concentram-se em dez empresas, e 52% em Amil, Rede D'Or, Qualicorp, Alliar e Hypermarcas. Foram movimentados 91,75 bilhões de reais no período. PSS predominaram no montante (39%), seguido de IF (29%), HP (14%), SADT (10%) e RF (8%). Dez empresas movimentaram 89% do valor computado e as quatro primeiras, 68% (Amil, Hypermarcas, Rede D'Or e Qualicorp).

A **Tabela 5** indica que as aquisições foram as operações patrimoniais mais frequentes, com destaque para hospitais, planos e diagnóstico. Os valores médios foram menores em hospitais e planos e maiores na indústria farmacêutica. O volume mobilizado na soma das operações de venda, venda de participação, e oferta pública de ações foram superiores ao das aquisições em todos os subsetores, exceto IF, assim como os valores médios por operação. Nas operações de venda integral ou parcial se destacaram PSS, seguido por IF e HP.

A análise desagregada das operações mostra que algumas empresas se destacam e que os tipos de operações se relacionam com estratégias empresariais. As aquisições, integrais ou parciais, estão ligadas à expansão e diversificação. Quantitativamente, destacam-se entre os planos Amil (44 operações), Qualicorp (27), Hapvida (13) e Intermedica (5); em SADT, Alliar (22), DASA, Hermes Pardini e Sabin (11), Fleury (10); Rede D'Or (37) em hospitais; Hypermarcas (16) e Eurofarma (10) na indústria farmacêutica; e BrPharma (13) entre farmácias. Operações envolvendo sociedades limitadas foram bem menos frequentes que das sociedades anônimas.

Figura 2 – Movimentações patrimoniais (valor e número) em empresas brasileiras do setor saúde por subsetor de 2008 a 2016



Valores deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA) do IBGE de 31 de dezembro de 2016. PSS – planos e seguros de saúde; HP – hospitais privados; DT – serviços de apoio ao diagnóstico e terapia; RF – varejo farmacêutico; IF – indústria farmacêutica

Elaboração própria a partir do banco de dados BDES-A2

Seis empresas realizaram ofertas públicas de ações na bolsa de valores (Hypermarcas, Fleury, Raia, BrPharma, Qualicorp e Alliar). Vendas de participações estiveram relacionadas à entrada de investidores externos, especialmente fundos de investimento, com ou sem troca de controle. Isso aconteceu entre os planos (Qualicorp, Sulamérica e Amil), hospitais (Rede D'Or), empresas de diagnóstico (Hermes Pardini, Fleury e DASA), indústria farmacêutica (Hypermarcas) e farmácias (Raia, Pague Menos).

Ocorreram vendas da totalidade do patrimônio (Amil, Intermedica, Extrafarma) ou de parte dos ativos para reestruturação e reformulação do modelo de negócios (Hypermarcas, Rede D'Or), para atendimento de exigências do Conselho Nacional de Defesa Econômica (Amil, DASA, Rede D'Or) ou para redução de dívidas e prejuízos (BrPharma).

Tabela 5 – Número e valores (milhões de reais)[1] de operações de compra, venda[2] e fusão por subsetor. Acumulado de 2008 a 2016

	Aquisição		*Aq. Part.*[3]		*OPA*[4]		*Venda*		*Venda Part.*[5]		*Fusão*		*Total*
Subsetor (E)	***N***	***N/E***	***N***	***N/E***	***N***	***N/E***	***N***	***N/E***	***N***	***N/E***	***N***	***N/E***	***N***
VF (10)	*11*	*1,1*	*6*	*0,6*	*3*	*0,3*	*3*	*0,3*	*3*	*0,3*	*2*	*0,2*	*26*
HP (5)	*30*	*6,0*	*8*	*1,6*	*0*	*-*	*1*	*0,2*	*3*	*0,6*	*0*	*-*	*42*
IF (10)	*36*	*3,6*	*3*	*0,3*	*2*	*0,2*	*6*	*0,6*	*1*	*0,1*	*0*	*-*	*48*
SADT (6)	*59*	*9,8*	*4*	*0,7*	*2*	*0,3*	*4*	*0,7*	*3*	*0,5*	*2*	*0,3*	*72*
PSS (9)	*87*	*9,7*	*12*	*1,3*	*2*	*0,2*	*4*	*0,4*	*6*	*0,7*	*1*	*0,1*	*111*
Saúde (40)	*223*	*5,6*	*33*	*0,8*	*9*	*0,2*	*18*	*0,5*	*16*	*0,4*	*5*	*0,2*	*299*
	V	***V/N***	***V***	***V/N***	***V***	***V/N***	***V***	***V/E***	***V***	***V/E***	***V***	***V/E***	***V***
VF	*1951*	*177,3*	*438*	*73,0*	*2242*	*747,3*	*1438*	*479,3*	*1264*	*421,3*	*-*	*-*	*7333*
HP	*4468*	*148,9*	*367*	*45,9*	*0*	*-*	*878*	*878,0*	*7138*	*2379,3*	*-*	*-*	*1285*
IF	*15957*	*443,3*	*659*	*219,7*	*2076*	*1038,0*	*6564*	*1094*	*1132*	*1132,0*	*-*	*-*	*26389*
SADT	*3596*	*60,9*	*38*	*9,5*	*1809*	*904,5*	*2419*	*604,8*	*1733*	*577,7*	*-*	*-*	*9594*
PSS	*7796*	*89,6*	*1171*	*97,6*	*2602*	*1301,0*	*18125*	*4531,3*	*5885*	*980,8*	*-*	*-*	*35580*
Saúde	*33768*	*151,4*	*2673*	*81,0*	*8730*	*970,0*	*29424*	*1634,7*	*17152*	*1072,0*	*-*	*-*	*91747*

E – número de empresas na seleção; N – número de operações; V – valor acumulado das operações
1 – Valores deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA) do IBGE de 31 de dezembro de 2016; 2 – compra (três primeiras operações) e venda (duas últimas operações); 3 – aquisição de participação parcial no capital de outra empresa; 4 – oferta pública de ações e oferta pública inicial, do inglês *initial public offering* (IPO); 5 – venda de participação no capital da empresa de acionistas para terceiros. Elaboração própria, a partir do banco de dados BDES-A2[33]

As seis fusões identificadas foram relevantes para a constituição de empresas líderes do varejo farmacêutico (Raia e Drogasil, seguida de Pacheco e São Paulo em 2011) e diagnóstico (Alliar). A formação de *joint ventures* aconteceu na indústria farmacêutica, em investimentos de empresas majoritariamente nacionais para produção de medicamentos

biotecnológicos. Também ocorreu entre planos de saúde, para investimentos de diversificação (Unimed-Rio e Sulamérica) e em diagnóstico para expansão de mercado (Alliar).

A emissão de debêntures, reflexo de maior acesso ao mercado de capitais financeiro, foi utilizada por cinco empresas de planos (Amil, Sulamérica, Qualicorp, Intermedica, Unimed Rio), três em SADT (DASA, Fleury e Hermes Pardini), uma de hospitais (Rede D'Or), duas de farmácias (Pague Menos e BrPharma), duas da indústria farmacêutica (Hypermarcas e EMS).

Atividades econômicas e assistenciais

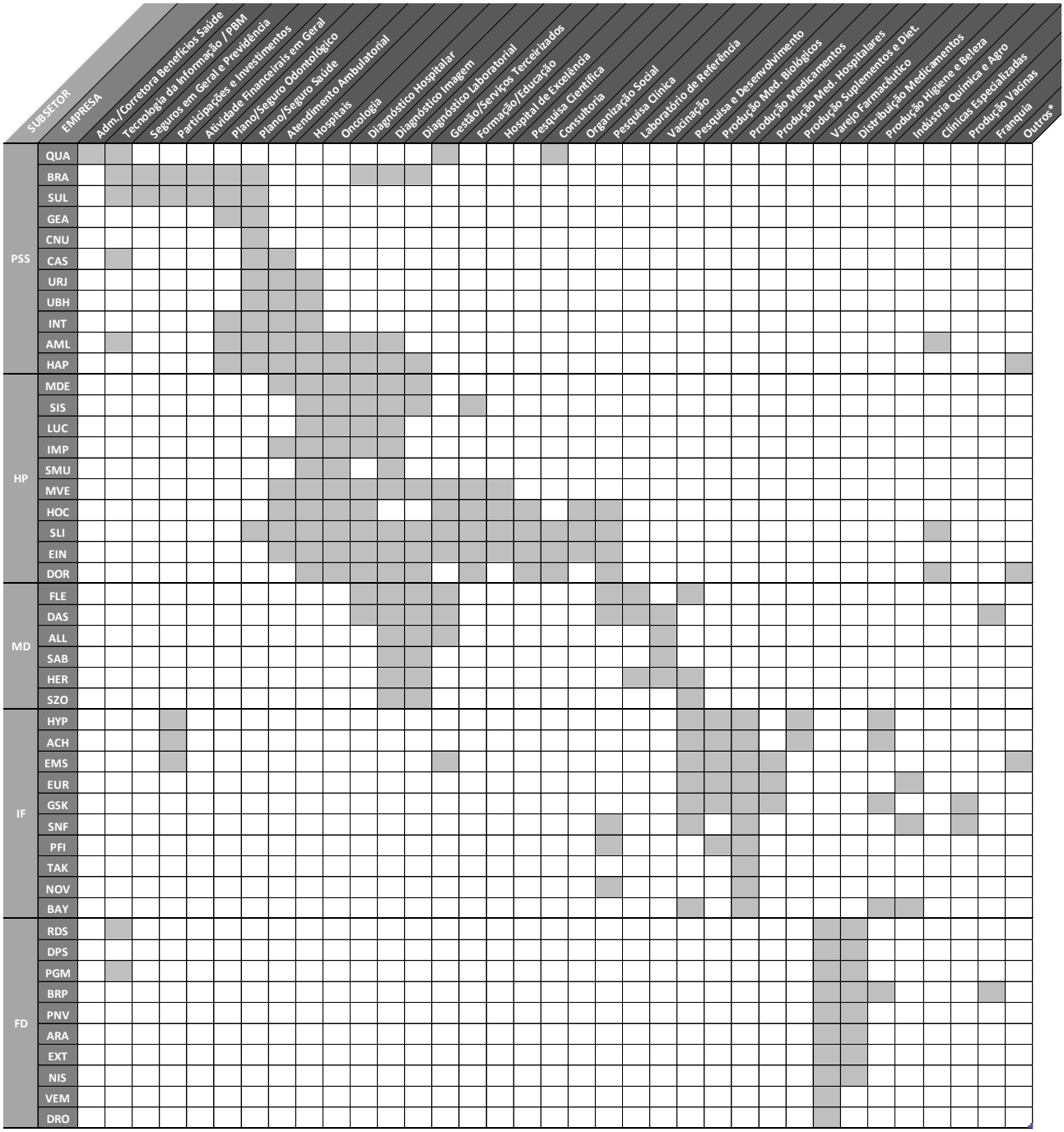
A **Figura 3** mostra as atividades econômicas e assistenciais das empresas. A maioria exerce competências para além das atividades fim, com sobreposição de atividades entre subsetores e grande diversidade entre as empresas. Muitas das atividades descritas foram incorporadas ou se expandiram ao longo do período estudado, a partir de intensificadas e variadas estratégias de diversificação.

Entre os planos, as Medicinas de grupo (Amil, Hapvida, Intermédica) buscaram integração vertical com prestadores de serviços, via aquisições ou investimento próprio, notadamente em hospitais, mas também diagnóstico, planos odontológicos, atendimento ambulatorial e clínicas especializadas (oncológicas, oftalmológicas, etc.). Também aconteceu em menor escala nas cooperativas Unimed-BH e Unimed-Rio.

As seguradoras Bradesco e Sulamérica, empresas financeiras que entraram no setor saúde anteriormente, expandem-se em nichos sinérgicos e complementares, como planos odontológicos, tecnologia da informação, gestão de benefício farmacêutico (PBM) e diagnóstico. As empresas com menor escopo de atuação foram a Centra Nacional Unimed (CNU) e as autogestões Cassi e GEAP. A Qualicorp apresentou perfil peculiar devido às especificidades da atividade de administração de benefícios. Priorizou os campos de tecnologia da informação, consultorias, e gestão terceirizada.

Os hospitais privados são o subsetor com maior amplitude de atividades. Na Rede D'Or isso se consolidou através de aquisições e investimentos acelerados. Os hospitais filantrópicos (Sírio, Einstein, Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento) não podem realizar. Nestes, a diversificação deu-se pela ampliação de bases tecnológicas de tratamento e diagnóstico, aumento de capacidade e entrada em novos mercados, como educação e capacitação, consultoria e gestão terceirizada para os setores público e privado.

Figura 3 – Atividades econômicas e assistenciais de empresas e subsetores do setor saúde no Brasil, 2017



*Outros: construção civil, energia, comunicação, imobiliário. QUA (Qualicorp); BRA (Bradesco); SUL (Sulamérica); GEA (Geap); CNU (Central Nacional Unimed); CAS (Cassi); URJ (Unimed Rio); UBH (Unimed BH); INT (Intermedica); HAP (Hapvida); AML (Amil United Healh); MDE (Mater Dei); SIS (Santa Isabel); LUC (Santa Lucia); IMP (Impar); SMU (Saúde da Mulher); MVE (Moinhos de Vento); HOC (Hospital Alemão Oswaldo Cruz); SLI (Sírio Libanês); EIN (Einstein); DOR (Rede D'Or); FLE (Fleury); DAS (Dasa); ALL (Alliar); SAB (Sabin); HER (Hermes Pardini); SZO (Salomão Zoppi); HYP (Hypermarcas); ACH (Aché); EMS (Grupo NC); EUR (Eurofarma); GSK (GlaxoSmithKline); SNF (Sanofi); PFI (Pfizer); TAK (Takeda); NOV (Novartis); BAY (Bayer); RDS (Raia Drogasil); DPS (DPSP); PGM (PagueMenos); BRP (BrPharma); PNV (Grupo Dimed); ARA (Araújo); EXT (Extrafarma); NIS (Nissei); VEM (Venâncio); DRO (Drogal). Elaboração própria a partir do banco de dados BDES-A3.

Nos serviços de diagnóstico, as aquisições garantiram a expansão territorial (DASA, Fleury, Hermes Pardini, Alliar e Sabin). Exceto o último, todos contaram com investidores externos para compras, aumento de escala e modernização de operações. Muitos ampliaram atividades de gestão terceirizada de serviços de diagnóstico e prestação de serviços para provedores públicos e privados. Outros incorporaram ou fortaleceram atividades de pesquisa e desenvolvimento.

Na indústria farmacêutica, a diversidade de atividades expressa em parte o padrão de especialização. As empresas nacionais, em geral, realizam um leque mais amplo de atividades, com destaque para incorporação da produção de medicamentos biológicos durante o período. As transnacionais são majoritariamente unidades mais especializadas articuladas a uma estratégia global da sede.

No varejo farmacêutico a diversificação de mercados e ampliação de escala se deu principalmente por crescimento interno, com exceção da BrPharma que realizou aquisições. Também se destaca a intensificação da integração vertical com os ramos de logística e distribuição, especialmente nos casos de Pague Menos, Raia Drogasil, DPSP e PanVel. As duas primeiras buscaram os ramos e tecnologia da informação e PBM. Por fim, empresas do setor saúde também adentraram outros setores da economia, como comunicação, imobiliário, construção civil e energia, participações e investimentos.

DISCUSSÃO

Os resultados permitem caracterizar mudanças estruturais que se manifestam na na organização interna, escopo de atividades, estrutura do capital e financiamento das empresas analisadas. Refletem, em maior ou menor grau, estratégias empresariais e padrões de acumulação no setor saúde brasileiro em um contexto de financeirização.

Tendências comuns foram observadas, especialmente entre as sociedades anônimas. Elas lideram o processo de centralização e concentração do capital no setor[13] e nelas padrões de organização, operação e gestão das corporações associados à dominância financeira[15,16] se expressam mais intensamente e em maiores dimensões. Com a expansão, assumem características de grande empresa moderna[30,31], multidivisionais, hierarquizadas, diversificadas, com propriedade separada de gerência e objetivos múltiplos. Estes processos, suas expressões diferenciadas nos subsetores e seus desdobramentos são discutidos nesta sessão.

Organização Interna

A forma jurídica mostra o predomínio das sociedades anônimas e o crescimento daquelas de capital aberto, especialmente em farmácias, diagnóstico e planos de saúde. As sociedades por ações são a forma típica da financeirização[15], na qual a valorização financeira-patrimonial pode predominar sobre as funções e ganhos operacionais. Especialmente após a crise de 2008 e em países periféricos, observa-se a valorização das ações das empresas do setor saúde acima dos demais setores[27].

As empresas brasileiras que abrem capital geralmente passam por um momento anterior de grande investimento e endividamento e têm na oferta de ações uma possibilidade para reestrutura o capital, captar recursos e se financiar[37], algo também observado no setor saúde. A abertura de capital é associada à adoção de novos padrões de governança corporativa orientados pela maximização do valor, o que influencia acesso a capitais de terceiros e o alongamento do perfil das dívidas[32]. Assim, o aumento destas empresas no setor saúde é acompanhado da profissionalização da gestão. A entrada de capitais externos, entretanto, nem sempre foi associada ou precedeu a abertura de capital, indicando que empresas de capital fechado também se inserem nesta dinâmica.

A maioria das OSS e hospitais são associações privadas, que juridicamente não são entidades empresariais. A legislação relativa às OSS restringe contratos de gestão a entidades sem fins lucrativos[38]. Entre hospitais, a presença de entidades privadas filantrópicas é um traço histórico no sistema de saúde brasileiro, que também inclui hospitais privados lucrativos[39].

Mesmo não se beneficiando diretamente de capitais externos, tratam-se de agentes econômicos relevantes com grande movimentação de recursos[38,40] e inserção em diversas cadeias do setor saúde. Analiticamente, podem ser considerados mais distantes dos circuitos financeiros e com especificidades em seu processo de valorização, mas também passaram por mudanças importantes.

Diversificação

A diversificação[35] de atividades produtivas e assistenciais ocorre em todos os subsetores e formas jurídicas, reforçando as mudanças organizativas e do escopo empresarial. Trata-se de estratégia que viabiliza a entrada em mercados distintos dos originais através de novo produto, mercado ou espaço geográfico. Através dela, as empresas progressivamente assumem caráter multisetorial e multifuncional, aspectos concorrenciais marcantes na

financeirização[16]. Como consequência, observa-se a complexificação da dinâmica de concorrência, diluição das fronteiras entre subsetores e mudanças em suas interrelações.

Este movimento pode ser tanto exógeno quanto endógeno[35]. Nas aquisições ou crescimento *externo*, novas estruturas são incorporadas ao comprador, ampliando mercados ou especializações sem incremento na estrutura produtiva e assistencial, somente transferência de propriedade. Já no crescimento *interno* desenvolvem-se novas estruturas, processos e capacidades dentro da empresa ou subsidiária. As aquisições foram frequentemente utilizadas para viabilizar a diversificação. Estudos sobre os subsetores revelam que a via interna também tem grande relevância[38,39,41-44], tanto em empresas autofinanciadas quanto nas que recebem aportes externos.

A diversificação ocorreu com diferentes direções, intensidades e condicionantes, formando padrões heterogêneos dentro do setor. A diversificação horizontal[35], quando se amplia operações e produtos para novas áreas e mercados correlatos às atividades originais, ocorreu em todos os subsetores. A integração vertical[35], quando um mesmo grupo tem operações e relações patrimoniais em múltiplos níveis da mesma cadeia de valor, foi particularmente notável nas atividades que envolvem planos de saúde, hospitais e diagnóstico. Houve ainda a entrada de grupos e investidores nacionais e transnacionais externos ao setor saúde e a entrada de empresas do setor em outros ramos da economia, formando conglomerados[35].

Estrutura do Capital e Financiamento

A estrutura do capital refere-se a como empresas combinam capital próprio e de terceiros para se financiar[32]. Em geral, utilizam estratégias[34] de reinvestimento do lucro (autofinanciamento), captação de recursos externos via venda de ações e emissão de títulos financeiros (financiamento direto), e empréstimos bancários (financiamento indireto). A utilização destas opções é condicionada pela estrutura de endividamento e pelas condições do mercado financeiro. Em empresas brasileiras, essa estrutura guarda relações com o tamanho, composição dos ativos, padrões de crescimento[33] e governança[32].

A presença majoritária de grupos nacionais originários do setor saúde no capital e no controle, em sua maioria empresários, família e grupos de médicos, indica que estes ainda têm grande influência nas estratégias de negócios, especialmente em empresas de menor porte. Nas empresas vendidas, tiveram importância na consolidação dos negócios e na busca por compradores. Muitos empresários e famílias fundadoras permanecem acionistas minoritários após a venda.

Todavia, o período analisado retrata um momento de intensificação das operações patrimoniais e crescimento da participação de investidores externos no capital e no controle das principais empresas, ampliando sua influência direta na dinâmica concorrencial de todos os subsetores, exceto OSS. E evidencia uma associação estrutural dos capitais do setor saúde a corporações maiores e aos circuitos financeiros, através de uma crescente interdependência patrimonial. O aumento dos valores e volumes de fusões, aquisições e vendas, envolvendo empresas do setor saúde, investidores financeiros e corporações é corroborado por diversos estudos[6,23,26,28].

No Brasil, empresas transnacionais do setor saúde, seguradoras, bancos e grupos nacionais tiveram destaque em casos e operações emblemáticas[6,9,11,12]. Todavia, os resultados mostram maior protagonismo dos investidores institucionais, especialmente fundos de investimentos estadunidenses e brasileiros, que buscam crescentemente o setor saúde no mundo[26,28,29]. Os resultados mostram que o fenômeno antecede a própria liberação do capital estrangeiro em serviços de saúde no país em 2014[10,14].

As empresas brasileiras que recebem aportes de fundos de *private equity*[45] apresentam maior rentabilidade, liquidez, crescimento e menor alavancagem. Tal investimento busca empresas emergentes em mercados de crescimento rápido que precisam de capital para financiar-se, e quando entram já tem saída e expectativa de retorno pré-estabelecidos, elementos também observados neste estudo. Alguns dos fundos identificados também estão no setor saúde estadunidense[46], como Bain Capital, Advent, BlackRock, Carlyle e General Atlantic.

As mudanças na estrutura do capital também indicam uma reorientação das estratégias de financiamento, incluindo crescentemente a capitalização por venda de participação societária, ativos e emissão de debêntures. Na financeirização as posições patrimoniais das corporações ganham cada vez mais importância frente às operações técnico produtivas, na medida em que ativos e patrimônio passam a funcionar como quase-moedas[15]. O influxo de capitais aumenta a capacidade financeira e a liquidez, permitindo alavancar a acumulação produtiva, a incorporação tecnológica, a obtenção de ganhos de capital e valorização patrimonial[15].

Outra consequência é que as decisões de investimento ficam condicionadas à concorrência financeira[16], que depende da dinâmica dos mercados interconectados internacionalmente e do movimento de agentes financeiros e grandes corporações nacionais e estrangeiras. No setor saúde, observou-se que este movimento de capitalização potencializa as estratégias internas e externas de crescimento.

A crescente importância do financiamento externo direto não significa que reinvestimento de lucros e empréstimos bancários tenham perdido importância, especialmente entre empresas menores, cooperativas e instituições. Estas não acessam o mercado de capitais e dependem mais do SUS, do orçamento e dos incentivos públicos[38,39]. Além disso, no Brasil, fontes de financiamento indireto como o Banco Nacional de Desenvolvimento podem ser relevantes para hospitais e indústria farmacêutica[39,44]. Ainda assim, o acesso ao capital externo é um diferencial, como mostram os casos de Rede D'Or e Hypermarcas.

Ainda que os resultados indiquem tendências e movimentos gerais, as empresas, seus segmentos e suas estratégias são bastante heterogêneos. Há enormes diferenças, por exemplo, nas estruturas e condicionantes dos mercados de produtores de medicamentos e o de hospitais. Além disso, a seleção não buscou ser representativa da totalidade do CEIS ou de cada subsetor, mas abarcar as maiores empresas dos maiores segmentos[36].

Tais limitações desautorizam generalizações e exigem esforços adicionais para compreender as expressões da financeirização dentro da singularidade da trajetória de cada empresa, da dinâmica interdependente e específica de cada subsetor, da articulação diferenciada deles com os componentes públicos e privados do sistema de saúde. Parte destes aspectos são abordados de forma exploratória por outros artigos da pesquisa[38,39,41-44].

Se por um lado a heterogeneidade dos agentes econômicos limitou a análise, por outro a amplitude da seleção permitiu captar a multiplicidade de organizações e formas institucionais presentes no setor saúde. A quantidade e diversidade de empresas incluídas no BDES-A e o volume de informações organizado é superior ao de publicações especializadas (Valor 1000, Maiores e Melhores Exame) e bases privadas como Zephyr e Economatica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a implementação do SUS, especialmente nos anos 2000 e 2010, o padrão de acumulação capitalista no setor saúde brasileiro se financeirizou progressivamente. A lógica financeira, em nível nacional e internacional, condiciona cada vez mais a concorrência e impulsiona mudanças nos padrões jurídico-organizacionais, de governança, financiamento, propriedade e controle. Gradualmente, as empresas assumem a forma de grandes grupos industriais diversificados e incorporam no centro de suas estratégias aportes de investidores, operações patrimoniais e mecanismos financeiros para se capitalizar, se expandir ou se vender. Este processo parece ser cumulativo e irreversível, e se mantém ou se acelera, mantendo-se mesmo no contexto de sucessivas crises econômicas no Brasil.

Nas sociedades anônimas, as mudanças foram mais exacerbadas. Inicialmente, expandiram-se por crescimento interno e pelo aumento do ritmo de aquisições de empresas menores, catalisando a concentração e centralização do capital no país. Crescendo, tornam-se atrativas a investidores financeiros e corporativos nacionais e internacionais e buscam ativamente esta integração visando obter vantagens competitivas.

Eventualmente são vendidas integralmente por seus proprietários originais, tornando-se subsidiárias de grupos econômico de maior porte; ou vendem parcialmente seu patrimônio (ações ou ativos) a investidores, garantindo liquidez para novos investimentos. Em ambos os casos se ligam estruturalmente a capitais externos, ampliando capacidade financeira e criando condições para acelerar ainda mais o próprio processo de acumulação.

Assim, elevam expectativas de retornos futuros e valorização patrimonial. O ciclo recomeça com a atração de novos investidores, também influenciados pela conjuntura econômica nacional e internacional que condiciona os influxos de capitais externos e a busca por ativos em países periféricos e setores específicos.

Embora neste contexto as empresas brasileiras do setor saúde tenham crescido, os maiores grupos econômicos e financeiros nacionais e os maiores grupos do setor saúde no mundo ainda estão em outro patamar[40]. Portanto, mesmo que as empresas estudadas se beneficiem da lógica financeira, elas são intermediárias periféricas e subordinadas a um processo ampliado de valorização que se envolvem e são envolvidas em fluxos crescentes de capital entre os mercados brasileiros da saúde e os circuitos financeiros nacionais e internacionais.

Os achados condizem com a lógica sistêmica da dinâmica das corporações e da concorrência no contexto da financeirização[15,16] e se manifestaram em todos os subsetores, com destaque para planos e seguros de saúde. Todavia, as mudanças estruturais identificadas se expressam de forma heterogênea entre empresas e subsetores e exigem análises específicas que considerem suas dinâmicas próprias. A inserção de cada um no processo de financeirização só pode ser compreendida dentro da singularidade dos mercados e das empresas consideradas.

As transformações nos padrões de acumulação podem ter impactos nos custos, nos padrões assistenciais e tecnológicos, com potenciais repercussões nas desigualdades de acesso e distribuição de recursos. Assim, uma melhor compreensão da dinâmica capitalista do setor saúde no Brasil deve considerar não apenas o movimento do investimento e do gasto público, da inovação e da balança comercial.

A financeirização se mostra um determinante histórico e estrutural dos sistemas de saúde capaz de impulsionar transformações técnicas, políticas e assistenciais nas quais a lógica econômica e financeira dificilmente será compatibilizada com as necessidades e direitos coletivos. No Brasil, o assunto ganha ainda mais relevância dado o tamanho e influência do setor privado nas políticas de saúde e a restrição dos gastos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 2018.

2. Cordeiro H. A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

3. Cordeiro H. As Empresas Médicas. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

4. Vianna, CMM. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. Physis. 2002; 12(2):375-390

5. Andreazzi MFS, Kornis GE. Padrões de acumulação setorial - finanças e serviços nas transformações contemporâneas na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1409–20

6. Hiratuka C *et al*. Mudanças recentes no setor de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. *In:* Gadelha et al. (orgs). Brasil Saúde Amanhã: população, gestão e economia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016 p. 190–220.

7. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2003; 8(2):521-535

8. Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico Industrial da Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1891–902.

9. Bahia L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. *In:* Machado *et al* (orgs.). Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 91–113.

10. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015;31(4):663–6.

11. Bahia L *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2016;32(suppl2):e00154015

12. Sestelo JAF. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: EdUFBA; 2018

13. Andrietta LS. Acumulação de capital na saúde brasileira: estudo exploratório de setores e empresas selecionadas. Tese de Doutorado em Desenvolvimento Econômico. Unicamp; 2019.

14. Santos M *et al*. International Trade and Health Care in Brazil: An Unpredicted Tale Threatening Health Care Entitlement? Int J Health Serv. 2019;49(2):343–59

15. Braga JCS. Financeirização global: o padrão sistêmico da riqueza no capitalismo contemporâneo. *In:* Tavares e Fiori (orgs). Poder e dinheiro: uma economia política da globalização. São Paulo: Vozes; 1997. p. 195-242

16. Braga JC *et al*. Por uma economia política da financeirização: teoria e evidências. Econ E Soc. 2017;26(spe):829–56

17. Fine B. The Continuing Enigmas of Social Policy. *In:* Yi, I (org.). Towards Universal Health Care in Emerging Economies. London: Palgrave Macmillan; 2017. p. 29–59

18. Sestelo JAF *et al*. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. Econ e Soc. 2017;26(spe):1097–126

19. Lavinas L. The Takeover of Social Policy by Financialization: the Brazilian Paradox. New York: Palgrave Macmillan; 2017.

20. Cordilha AC, Lavinas L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23:2147–58

21. Viana ALA, Silva HP. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2018; 23:2107–18.

22. Mendes Á, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):841-50.

23. Angeli F, Maarse H. Mergers and acquisitions in Western European health care: exploring the role of financial services organizations. Health Policy. 2012;105(2):265–72

24. Bayliss K. The Financialisation of Health in England: Lessons from the Water Sector. FESSUD Working Paper 131, 2016.

25. Lethbridge J. Health Care Reforms and the Rise of Global Multinational Health Care Companies. London: Public Services International; 2015.

26. Bain & Company. Global Healthcare Private Equity and Corporate M&A Report. Boston: Bain & Company; 2019.

27. Krech R *et al*. Banking for health: the role of financial sector actors in investing in global health. BMJ Glob Health. 2018;3(Suppl1): e000597

28. Eren Vural I. Financialisation in health care: An analysis of private equity fund investments in Turkey. Soc Sci Med. 2017;187:276–86

29. Hunter BM, Murray SF. Deconstructing the Financialization of Healthcare. Dev Change. 2019;50(5):1263-87.

30. Chandler AD. Scale and Scope: The Dynamics of Industrial Capitalism. Harvard University Press; 2009.

31. Dantas A *et al*. Empresa, Indústria e Mercados. *In:* Kupfer e Hasenclever (orgs.). Economia Industrial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 15–24

32. Fonseca C *et al*. A relação entre a governança corporativa e a estrutura de capital das empresas Brasileiras no período 2000-2013. Enfoque Reflex Contábil. 2016;35(2):35–52

33. Brito GAS *et al*. Fatores determinantes da estrutura de capital das maiores empresas que atuam no Brasil. Rev Contab Financ. 2007;18(43):9–19

34. Pinto Jr, HQ. Estratégias de Financiamento. *In:* Kupfer e Hasenclever (orgs.) Economia Industrial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 275–81.

35. Britto J. Diversificação, competências e coerência produtiva. *In:* Kupfer e Hasenclever (orgs.). Economia Industrial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 193–210.

36. Bahia L *et al*. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Número Temático CSP.

37. Oliveira BC. Fatores determinantes para abertura de capital de empresas brasileiras. Dissertação de mestrado. USP; 2011.

38. Sodré F *et al*. Organizações Sociais. Número Temático CSP.

39. Melo DT *et al*. Hospitais Privados. Número Temático CSP.

40. Andrietta LS, Cardoso AM. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. Número Temático CSP.

41. Cardoso AM, Andrietta LS. Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica. Número Temático CSP.

42. Mattos LV *et al*. Varejo Farmacêutico. Número Temático CSP.

43. Sestelo JAF *et al*. Planos e Seguros de Saúde. Número Temático CSP

44. Kiss C *et al*. Indústria Farmacêutica. Número Temático CSP.

45. Sincerre BP *et al*. Impacto dos Fundos de Private Equity e Venture Capital no Desempenho Operacional e Financeiro pós IPO nas empresas brasileiras investidas. Braz Bus Rev. 2019;16(1):87–101

46. Robbins CJ *et al*. Private Equity Investment in Health Care Services. Health Affairs. 2008;27(5):1389–98

CAPÍTULO 4 – DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS ÀS GRANDES REDES: EXPANSÃO, ACUMULAÇÃO E FINANCEIRIZAÇÃO NO VAREJO FARMACÊUTICO NO BRASIL[3]

Leonardo Vidal Mattos
Rondinelli Mendes Silva
Vera Lucia Luiza

INTRODUÇÃO

As farmácias são estabelecimentos de caráter simultaneamente assistencial e comercial com papel relevante tanto na dinâmica dos sistemas de saúde quanto do mercado farmacêutico[1,2]. A literatura sobre políticas farmacêuticas no Brasil enfatiza temas como acesso, utilização e gastos com medicamentos[3–5]; marcos institucionais, legais, normativos e regulatórios das políticas públicas6; financiamento, gestão, infraestrutura, e organização da assistência farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS)7; e dinâmica sanitária, econômica e tecnológica do setor farmacêutico8. Todavia, a vasta produção contrasta com a escassez de estudos sobre o papel da provisão privada de medicamentos no sistema de saúde, a dinâmica do comércio farmacêutico varejista e os padrões de representação de interesses das farmácias.

A provisão de medicamentos no Brasil é marcada, primeiramente, pelos altos e regressivos gastos privados, principal fonte de financiamento. Em 2017, do consumo final de medicamentos, 73% foi financiado pelas famílias, 13% pela saúde privada e 12% pelo governo. As despesas familiares entre 2010 e 2017 se mantiveram entre 1,5% a 1,7% do PIB(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2019). Elas incidem mais sobre os mais pobres, que gastam mais com analgésicos, antigripais e anti-inflamatórios, enquanto os mais ricos dispendem valores absolutos bem superiores e mais voltados para doenças crônicas[3].

Há forte predomínio da oferta privada[2]. Farmácias privadas são a principal fonte de obtenção de medicamentos de uso eventual e relevantes para diversas condições crônicas e classes terapêuticas[4,5]. Aproximadamente 69% do faturamento dos laboratórios é oriundo do varejo[10]. A provisão pública desmercantilizada contribui para reduzir desigualdades e ampliar o acesso gratuito a tratamento para doenças crônicas, medicamentos estratégicos de baixo interesse comercial e os especializados de alto custo e densidade tecnológica[2,4]. Todavia, as compras públicas representam apenas 16% do mercado[10].

---

[3] Artigo aceito para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública em 2022. Para referência completa, consultar Mattos *et al* (2022b).

A regulação sobre as farmácias é predominantemente liberal quando considerados aspectos como: (a) propriedade, se restrita a farmacêuticos ou ao Estado, ou se livre à iniciativa privada, formação de redes e integração vertical; (b) distribuição e entrada de novas farmácias, se livre ou regulada por critérios sanitários, geográficos e demográficos; (c) exercício profissional, se exigido profissionais qualificados, se farmacêuticos exercem responsabilidade técnica, dispensam, prescrevem e/ou prestam serviços; (d) controle sanitário da comercialização, se permitidos medicamentos de venda livre e produtos de conveniência, se a dispensação depende de prescrição, se são prestados outros serviços; (e) controle e regulação de preços; (f) relação com seguros públicos e privados e programas governamentais[1,11,12].

O caráter centrado na atividade comercial é reconhecido pela Lei nº 5.991 de 1973, que não limita propriedade, distribuição e entrada de novas farmácias no mercado, é dúbia quanto ao papel do farmacêutico, introduz a figura das drogarias e dos produtos correlatos[13,14]. Após quatro décadas, a Lei nº 13.021 de 2014[15], reconheceu as farmácias como estabelecimentos de saúde, a obrigatoriedade da presença do farmacêutico e a ampliação dos serviços farmacêuticos, mas sem alterar na prática a essência liberal da regulação sobre o varejo ou reorientar o caráter assistencial dos estabelecimentos.

As farmácias seguem orientadas pela maximização das vendas e distante da promoção do uso adequado de medicamentos. A dispensação é realizada por balconistas com baixa qualificação, permeada por práticas como metas de vendas, comissões e bonificação de laboratórios[16,17]. Farmacêuticos exercem funções majoritariamente administrativas e sua ausência é realidade em muitos estabelecimentos[16-18]. Cerca de 84% da população e 89% dos farmacêuticos percebem as farmácias como lojas de conveniência, perfumaria, cosméticos ou supermercados[18].

O rol de produtos ofertados é definido por estratégias promocionais de laboratórios e das próprias farmácias por tipo de especialidade[19]. Atualmente, o faturamento do varejo é composto majoritariamente por medicamentos de prescrição (referência, genéricos e similares - 59%); seguido por não-medicamentos (higiene e beleza, alimentos, produtos médicos, conveniência – 26%) e por medicamentos isentos de prescrição (MIP - 19%)[2].

A conformação destes padrões tem longa trajetória histórica. Desde a década de 1930 as antigas boticas adaptaram-se subordinadas à expansão da indústria farmacêutica. Especialmente, a partir dos anos 1950 e 1960 tornaram-se entrepostos comerciais de medicamentos industrializados e desassociaram-se da prática liberal do farmacêutico. Sem prioridade ao controle da comercialização e ao acesso e com a provisão pública residual, as

farmácias desenvolveram-se usando estratégias de venda agressivas e práticas de estímulo ao consumo e a medicalização[13,14].

Durante a década de 1990, o mercado farmacêutico sofreu impactos estruturais com a liberalização dos preços, redução de barreiras de importações, retirada de estímulo à indústria nacional, desvalorização cambial e endurecimento da legislação de patentes[8,19]. As vendas e preços médios aumentaram, enquanto o volume de unidades comercializadas caiu quase 50% entre 1990 e 2002[19,20]. Além dos laboratórios multinacionais, o varejo farmacêutico também foi beneficiado e passou por transformações relevantes.

Avanços logísticos e tecnológicos (automação, gestão de estoques, computação) possibilitaram ganhos competitivos e de escala pelas redes. Inspiradas nas *drugstores* estadunidenses, diversificaram produtos, introduziram autosserviço, gôndolas e caixas na saída[21]. Outros empresários responderam à concorrência com o associativismo. Novos grupos de interesse formaram a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) em 1991 e a Federação Brasileira de Redes de Farmácias Associativistas (Febrafar) em 2000, se somando a Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (Abcfarma) de 1959.

No fim da década de 1990 os marcos regulatórios, legais e institucionais das políticas de medicamentos foram atualizados para adequá-los às diretrizes gerais do SUS como a universalização, descentralização e integralidade, além de corrigir disfuncionalidades. Em 1998 foi promulgada a Política Nacional de Medicamentos; em 1999 criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e introduziu-se os medicamentos genéricos; em 2000 realizou-se a CPI dos Medicamentos; a regulação de preços foi reinserida, entre outros marcos[6].

Dos anos 2000 a 2015 o mercado farmacêutico experimentou forte expansão[8,22], paralelamente ao ciclo de crescimento econômico, ampliação da renda e do consumo durante governos progressistas. Observou-se a ampliação do déficit na balança comercial e fortalecimento dos produtores nacionais impulsionados pelos genéricos e por políticas industriais (GADELHA, 2012). O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), de 2004, estabeleceu parcerias do setor público com o privado para dispensação de medicamentos mediante subsídio do Ministério da Saúde (MS) em 2006[2].

Entre 2003 e 2013, o faturamento e as unidades vendidas do varejo cresceram em média 14,7% e 9,1%, respectivamente[22]. A quantidade de farmácias aumentou de cerca de 34 mil no início da década 1990[23] para mais de 50 mil em 1999[24] e quase 88 mil em 2018[25], chegando a uma proporção de 4,2 farmácias por 10.000 habitantes, superior à média de todas

as regiões do mundo[26,26]. Apenas no Distrito Federal, o número de estabelecimentos cresceu 350% entre 2000 e 2012[17]. Há concentração de farmácias em cidades grandes, bairros centrais e de renda elevada, associados a maior rentabilidade dos pontos de venda e forte concorrência territorial[17].

Esta expansão é marcada pela concentração de capital e a ampliação de escala. As quatro maiores redes possuíam entre 93 e 197 estabelecimentos em 1999 e as farmácias independentes representavam 77% do faturamento do varejo[24]. Em 2018, as quatro primeiras redes tinham entre 700 e 1825 lojas[28]. A participação das cinco líderes no faturamento subiu de 16% para 29% entre 2005 e 2012 e a das independentes caiu para 47%, mesmo representando 87% dos estabelecimentos[22]. Em 2018, os membros da Abrafarma chegaram a 43% de participação no mercado e 61% em metrópoles[29]. O varejo farmacêutico brasileiro é fragmentado quando comparado a países como EUA, Reino Unido, Chile, México, Peru e Colômbia[12,22].

A consolidação do setor foi marcada pela intensificação de fusões e aquisições, abertura de capital, capitalização a partir de mecanismos financeiros, diversificação de atividades, movimentos também identificados entre farmácias estadunidenses, europeias[27,30] e latino-americanas[12]. Estes fenômenos refletem a financeirização do padrão de acumulação de empresas do setor saúde[31-33].

A financeirização é o padrão sistêmico de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo, que estabelece uma dinâmica estrutural orientada por uma lógica financeira geral. Progressivamente, os retornos financeiros se tornam foco dos principais agentes econômicos via recebimento de juros, dividendos e/ou valorização patrimonial e a competição se acirra entre grandes grupos econômico-financeiros, multinacionais, multissetoriais e multifuncionais[34].

As empresas não-financeiras (ENF), compostas por diferentes tipos de empresa patrimonialmente interligadas, tendem a uma generalização nas formas de operação, organização, estrutura e estratégia em função do acirramento da concorrência financeira que está superposta e conectada à concorrência industrial e comercial em nível global. Isso ocorre originalmente nas grandes corporações transnacionais do capitalismo central, mas tende a expandir-se a diferentes países e setores. Assim, as ENF tornam-se partes ativas crescentemente integradas à dinâmica financeira geral, e não vítimas de um processo externo[34].

Nas empresas brasileiras do setor saúde, a análise de informações contábeis-financeiras e patrimoniais fornece evidências sobre o bom desempenho econômico, aumento

de porte, valorização patrimonial, centralização de capital, mudanças nos padrões jurídico-organizacionais, de governança, financiamento, propriedade e controle. Estes processos convergem para uma crescente integração do setor saúde à lógica sistêmica da financeirização[35,36].

As farmácias e o padrão de oferta de medicamentos no Brasil passaram por transformações que requerem maiores análises e interpretações. O estudo da dinâmica de acumulação, estratégias empresariais e ação política de empresas e entidades representativas das farmácias pode trazer elementos para novas perguntas e hipóteses. Este artigo tem como objetivo analisar expressões da financeirização em empresas do varejo farmacêutico brasileiro considerando três dimensões transversais de investigação: patrimonial, contábil-financeira e política.

METODOLOGIA

O trabalho apresenta de forma descritiva e exploratória para o subsetor do varejo farmacêutico resultados do projeto "*Complexo Econômico Industrial da Saúde, inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para construção do sistema de saúde universal"*, cujas bases teóricas e metodológicas gerais foram descritas por Bahia e colaboradores[37]. Para cada dimensão de análise – patrimonial, contábil-financeira e política – foram elaborados bancos de dados específicos[35,36], que compõem o Banco de Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (BDES).

O BDES-A e o BDES-B, referentes às dimensões patrimonial e contábil, respectivamente, contém dados das dez maiores redes de farmácias em faturamento em 2015. Já o BDES-C, relativo à dimensão política, trata das entidades nacionais de representação empresarial do varejo farmacêutico: Abrafarma, Febrafar, Abcfarma e Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC). A seguir, apresentamos as fontes de dados, indicadores e categorias de análise.

Fontes de dados, indicadores e categorias de análise

Dimensão Patrimonial

Foram coletados dados quantitativos e qualitativos em diferentes fontes primárias: Receita Federal, Comissão de Valores Mobiliários (CVM), juntas comerciais estaduais, demonstrativos financeiros, relatórios anuais, sites de empresas, imprensa tradicional e especializada (jornais, revistas e sites). As informações foram reunidas no BDES-A[35] e agrupadas em três seções: (A1) forma jurídica, propriedade e controle em 2017, incluindo

nome, estado sede, natureza jurídica, estrutura do capital e do controle, e perfil dos sócios e acionistas em 2017; (A2) número e valor de operações patrimoniais realizadas entre 2008 e 2016; e (A3) atividades produtivas e assistenciais realizadas pelas empresas, presença territorial, e magnitude em 2017.

As informações foram analisadas a partir de categorias da Economia Industrial, como organização interna, diversificação, estrutural de capital e financiamento[38], também considerando os efeitos da financeirização sobre as ENF[34].

Dimensão Contábil-Financeira

O BDES-B[36] contém informações contábeis de empresas do setor saúde entre 2009 e 2015, extraídas de demonstrações financeiras obtidas da CVM, de páginas das empresas, jornais e diários oficiais. Foram coletadas em diversos formatos, extraídas e tratadas seguindo a metodologia contábil padronizada. O banco reúne rubricas e indicadores de empresas do setor saúde e de dois grupos de comparação: empresas de capital aberto (ECA) da base Economática® e as da lista Maiores e Melhores (Revista Exame) (MME).

São considerados quatros aspectos: porte, desempenho econômico, situação patrimonial e relevância das aplicações financeiras. Neste artigo, foram selecionados indicadores que expressam elementos distintivos da dinâmica de acumulação do varejo farmacêutico em comparação com empresas do setor saúde e do restante da economia brasileira: dois indicadores de porte, ativos e receita líquida; três de desempenho, retorno sobre capital próprio (ROE), margem líquida e giro do ativo; e um de endividamento, participação de capital de terceiros.

Dimensão Política

O BDES-C reúne informações qualitativas sobre a ação política de entidades empresariais (Abrafarma, Abcfarma, Febrafar e CNC) e sobre as respostas do poder público (níveis centrais do Legislativo, Executivo e Judiciário) em temas de interesse. As informações foram compiladas e analisados através de uma matriz que considerou os propositores (entidades, poder público) e proposições (agendas, pautas, princípios, posicionamentos, sobre políticas públicas, regulação, leis e projetos, ações judiciais, desdobramentos em ações do poder público).

Os dados, relativos ao período 2008 a 2017, foram obtidos em fontes primárias como sites e publicações oficiais das entidades, notícias, reportagens, entrevistas e declarações de representantes em jornais e revistas (G1, Valor Econômico, O Globo, Folha, Estadão, Exame,

Veja, Época). Os desdobramentos das pautas em ações e decisões de órgãos do poder público foram obtidos em buscas nos sites da Câmara e Senado (palavra-chave: farmácia), do Supremo Tribunal Federal (STF) e no Superior Tribunal de Justiça (STJ) (palavra-chave: nome da entidade). No Executivo, foram analisadas ações da Presidência (vetos de matérias legislativas, medidas provisórias); políticas públicas do MS; ações regulatórias da Anvisa e da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

RESULTADOS

Dimensão Patrimonial

Sobre as características patrimoniais das dez maiores redes de farmácias em 2015, metade tinha sede em São Paulo e apenas duas fora da região Sudeste. Cinco redes, presentes em pelo menos dez estados, mostraram abrangência nacional. A grande maioria sociedade anônima, cinco de capital fechado e três de capital aberto. Raia Drogasil e Brasil Pharma participam do mercado de ações desde 2011, já o grupo Dimed abriu capital nos anos 80. Venâncio e Drogal, de menor porte, foram as únicas sociedades limitadas (**Quadro 8**).

Em oito empresas, os principais sócios e acionistas eram empresários e famílias, mas há uma crescente presença de investidores externos na propriedade e no controle, acompanhada de aportes financeiros. Destaca-se a Brasil Pharma, fundada pelo banco de investimentos BTG Pactual; a Pague Menos, que vendeu 17% das ações para o grupo financeiro estadunidense General Atlantic em 2015, ano em que o grupo Ultra, do setor de distribuição de combustíveis, adquire a Extrafarma. Na Raia Drogasil e na Dimed, fundos de investimentos participam do controle, junto às famílias proprietárias.

Observa-se a diversificação de atividades para além da comercialização de medicamentos. Há avanço na integração vertical com a distribuição devido à necessidade de ampliação de escala e à nacionalização da concorrência. Cinco redes possuem centros de distribuição em mais de um estado. Algumas são sócias de empresas de convênios e tecnologia da informação, como a Pague Menos e Araújo com a ePharma. Raia Drogasil lançou a sua própria empresa, a Univers, e entrou no varejo de medicamentos especializados, com a aquisição da 4-Bio. Outra tendência, é a expansão da prestação de serviços remunerados, como vacinação, acompanhamento pelo farmacêutico, especialmente a partir da aprovação da Lei 13.021/2014.

Quadro 8 – Características gerais de empresas do varejo farmacêutico segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, atividades econômicas e assistenciais, presença e magnitude. Brasil, 2017

Empresa (origem)	Natureza Jurídica	Acionistas / Sócio	País	Perfil propri.	Part.[a]	Controle[b]	Atividades	Presença e magnitude
Raia Drogasil (SP)	SAA	Família Pipponzi	BRA	GN	13,8%	Sim	Varejo, varejo especialidades, distribuição, PBM	Farmácias: 1420 em 18 estados; Centros de Distribuição: 8 em 6 estados; concentrada em SP
		Família Oliveira Dias	BRA	GN	14,8%	Sim		
		Família Galvão	BRA	GN	6,1%	Sim		
		Pragma	BRA	INN	5,1%	Sim		
		T. Rowe Price	EUA	INE	3,3%	Não		
		Fidelity Investments	EUA	INE	1,6%	Não		
		Ações Circulação	-	-	55,3%	-		
DPSP (SP)	SAF	Samuel Barata e Família	BRA	GN	54%	Sim	Varejo, distribuição	Centros de Distribuição: 5 em 5 estados; Farmácias: 1171 em 10 estados. Concentrada SE
		Família Carvalho, acionistas SP	BRA	GN	38%	Sim		
		Minoritários	BRA	-	8%	-		
BR Pharma (SP)	SAA	BTGI Stigma LLC	EUA	INE	94,5%	Sim	Varejo, franquia, distribuição, produção higiene e beleza	Farmácias: 820 em 17 estados; Centros de Distribuição: 3 em 3 estados
		BTG Pactual FIP	BRA	INN	0,5%	Sim		
		Partners Alpha LLC	SIN	INE	1,0%	Não		
		Ações Cicrulação	-	-	4,0%			
Pague Menos (CE)	SAF	Francisco D. Queirós	BRA	GN	57,2%	Sim	Varejo, distribuição, PBM	Farmácias: 952 em 27 estados; Centros de Distribuição: 4 em 4 estados; Concentrada N/NE
		General Atlantic	EUA	INE	17,0%	Não		
		Família Queirós	BRA	GN	17,5%	Não		
		J. Ubiranilson Alves	BRA	GN	8,3%	Não		
Dimed PanVel (RS)	SAA	Família Mottin	BRA	GN	22,8%	Sim	Varejo, distribuição, produção medicamentos	2 Centos de Distribuição e 1 estado Farmácias: 373 em 5 estados. Concentrada no Sul
		Família Weber	BRA	GN	21,7%	Sim		
		Família Pizzato	BRA	GN	11,3%	Sim		
		IP Capital Partners	BRA	INN	12,6%	Sim		
		GF Gestão Recursos	BRA	INN	8,7%	Não		
		Ações Circulação			23,2%	-		
Extrafarma (SP)	SAF	Ultrapar Participações	BRA	GN	100%	Sim	Varejo, distribuição	Farmácias: 315 em 10 estados; 2 centros de distribuição em 2 estados; concentrada N/NE
Araújo (MG)	SAF	Modesto Araújo e família	BRA	GN	100%	Sim	Varejo, distribuição, PBM	Farmácias: 150 lojas; 1 centro de distribuição (MG)
Nissei (PR)	SAF	Sérgio Maeoka	BRA	GN	98%	Sim	Varejo, distribuição	Farmácias: 238 em 3 estados; 1 Centro de distribuição no PR
		Família Maeoka	BRA	GN	2,0%	Sim		
Venâncio (RJ)	Ltda	Armando Ahmed	BRA	GN	1%	Sim	Varejo	Cerca de 45 lojas no RJ
		Família Ahmed	BRA	GN	99%	Sim		
Drogal (SP)	Ltda	Roberto Cancado Lessa	BRA	GN	30%	Sim	Varejo, manipulação	Cerca de 135 lojas no interior de SP
		Família Cancado	BRA	GN	70%	Sim		

Legenda: Perfil propri.: Perfil do proprietário; GN: Grupo econômico, empresa ou empresário nacional; INN: investidor institucional nacional; INE: investidor institucional estrangeiro; a participação percentual de acionista/sócio no capital social da empresa; b participação no grupo controlador; SAF: sociedade anônima de

capital fechado; SAA: sociedade anônima de capital aberto; Ltda: sociedade empresária limitada; PBM: gestão de benefício farmacêutico (do inglês pharmacy benefit management).

Tabela 6 – Número e valores de operações patrimoniais realizadas por redes de farmácias brasileiras selecionadas, acumulado de 2008 a 2016. Em valores deflacionados pelo IPCA-IBGE a 31 de dezembro de 2016

Tipo de operação	*Número de operações (Valor das operações em milhões de reais)*							
	RAD	**RAI**	**BRP**	**PGM**	**EXT**	**DPSP**	**Total Varejo Farmacêutico**	**Total Setor Saúde**
Aquisição	2 (93)	1 **	8 (1.859)	0	0	0	11 (1.952)	223 (33.768)
Compra de Participação	0	0	5 (339)	1 (99)	0	0	6 (438)	33 (2.673)
Fusão*	1	0	0	0	0	1	3	7
Oferta Pública de Ações	0	1 (1.008)	2 (1.235)	0	0	0	3 (2.243)	9 (8.730)
Venda	0	0	2 (227)	0	1 (1.211)	0	3 (1.438)	18 (29.424)
Venda de Participação	0	1 (195)	1 (412)	1 (657)	0	0	3 (1.264)	15 (13.541)
Valor Médio por operação	**46**	**401**	**226**	**378**	**1.211**	**0**	**253**	**296**
Total	**3 (93)**	**4 (1.203)**	**18 (4.071)**	**2 (755)**	**1 (1.211)**	**1 ***	**29 (7.334)**	**305 (88.136)**

Legenda: *não se aplica atribuição de valores às operações de fusão**;** **valor da operação não identificado; RAD: Raia Drogasil; RAI: Droga Raia (antes da fusão com Drogasil); BRP: Brasil Pharma; PGM: Pague Menos; DPS: grupo DPSP; EXT: Extrafarma. Para as demais empresas do estudo (PanVel, Venancio, Araújo, Drogal e Nissei) não foram identificadas operações.
Fonte: Dados a partir do banco BDES-A.

Tabela 7 – Abertura e fechamento de farmácias em cinco redes do varejo farmacêutico no Brasil (2008-2016)

Ano	Raia Drogasil			DPSP			Pague Menos			BR Pharma[c]			PanVel (Dimed)		
	Abre	Fecha	Total	Abre	Fecha	Total	Abre	Fecha	Total	Abre	Fecha	Total	Abre	Fecha	Total
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	301	-	-	-	12	-	232
2009	-	-	299[a] 283[b]	-	-	-	32	0	333	-	-	-	24	2	254
2010	53[a] 57[b]	2[a] 2[b]	350[a] 338[b]	-	-	-	67	0	400	39	-	503	18	0	272
2011	99	11	776	-	-	-	89	0	489	86	-	737	16	4	284
2012	101	13	864	31	-	708	96	0	585	163	38	1.096	14	6	292
2013	131	24	967	100	5	803	68	5	648	185	63	1.218	18	3	307
2014	131	11	1091	154	4	953	96	6	738	46	51	1.212	14	0	321
2015	156	15	1235	141	15	1079	102	12	828	39	97	989	42	8	347
2016	212	27	1420	100	8	1171	146	22	952	0	16	820	32	10	369

Legenda: [a] Droga Raia, antes da fusão; [b] Drogasil, antes da fusão; [c] – mudanças no total de estabelecimentos da BR Pharma também envolve aquisições e vendas, não contabilizadas; campos em branco representam dados não disponíveis.
Fonte: Dados a partir do banco BDES-A.

As operações patrimoniais foram relevantes para a expansão das principais empresas (**Tabela 6**), ainda que o subsetor tenha tido menos destaque dentro do setor saúde. Em 2011, as duas maiores redes se formaram a partir das fusões de Raia/Drogasil (nova rede

RaiaDrogasil) e São Paulo/Pacheco (Rede DPSP). Nas aquisições, o maior destaque foi da BR Pharma.

O ritmo de abertura de novas farmácias acelerou-se entre 2008 e 2016 (**Tabela 7**). Em 2009, Raia e Drogasil tinham, cada uma, cerca de 300 farmácias. Chegaram a 2016 com mais de 1400, abrindo mais de duzentas no ano. A PagueMenos, sem aquisições ou fusões, triplicou a quantidade de estabelecimentos. DPSP e PanVel crescem em ritmo menor. Houve também a abertura de novos centros de distribuição por todas. A exceção é a BrPharma, que saiu de zero para 1200 farmácias entre 2010 e 2013, por meio de aquisições e, a partir de 2015, começou a se desfazer de ativos devido a maus resultados.

Houve crescente recurso ao financiamento direto como a oferta de ações e emissão de debêntures para potencializar a expansão ou reestruturar dívidas e patrimônio. A Pague Menos realizou três emissões em 2012, 2013 e 2014 e acelerou o ritmo de abertura de farmácias. A BrPharma, por sua vez, realiza oferta de ações em 2011 e 2013, na fase de expansão, e em 2016, no momento de crise e reestruturação. Também foram identificados empréstimos do BNDES para as redes Raia Drogasil e DPSP.

Dimensão Contábil-Financeira

Os indicadores contábeis evidenciam padrão de expansão e acumulação das redes de farmácias relativamente ao setor saúde e outras empresas nacionais. Há nítido crescimento do porte (**Tabela 8**), reflexo da consolidação das empresas. Entre 81 empresas do BDES-B, três redes estavam entre as dez maiores do setor saúde em ativos totais e receitas líquidas. Entre 2009 e 2015, todas ampliaram o ativo, cuja mediana se distanciou dos grupos de comparação.

Tabela 8 – Indicadores contábeis financeiros de grupos de empresas segundo porte (mediana do ativo-A; receita líquida-B); desempenho (Retorno sobre Capital Próprio-C; margem líquida-D; giro do ativo-E) e endividamento (participação de capital de terceiros-F)

GRUPOS DE COMPARAÇÃO	2009	2010	2011	2012		2013	2014	2015
A. Ativo (milhões de reais) ***(quantidade de empresas n)***								
Setor Saúde	1.671 (21)	1.339 (32)	1.385 (37)	1.683 (38)		1.811 (40)	1.958 (43)	1.804 (42)
Varejo Farmacêutico	703 (2)	530 (5)	1.357 (6)	1.843 (6)		1.868 (7)	2.146 (7)	2.333 (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	1.595 (405)	1.698 (401)	1.871 (396)	1.772 (391)		1.825 (388)	1.785 (379)	1.728 (366)
B. Receita Líquida (milhões de reais) ***(quantidade de empresas)***								
Setor Saúde	1.653 (20)	1.737 (32)	1.802 (36)	1.992 (38)		2.152 (40)	2.172 (43)	2.304 (43)
Varejo Farmacêutico	2.145 (2)	1.674 (5)	1.656 (6)	3.531 (6)		3.832 (7)	3.918 (7)	3.387 (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	765 (405)	944 (401)	881 (396)	806 (391)		815 (388)	743 (379)	707 (366)
C. Retorno sobre Capital Próprio (ROE) ***(quantidade de empresas)***								
Setor Saúde	19,2% (20)	18,2% (32)	11,3% (36)	13,1% (38		13,8% (40)	11,4% (43)	13,2% 42)
Varejo Farmacêutico	36,5% (2)	17,8% (5)	11% (6)	21,4% (6)		20,3% (7)	20,6% (7)	13,2% (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	11% (347)	11% (349	9% (350)	6,1% (345		6,3% 342)	6,4% (339)	4,2% 313)
Melhores e Maiores Exame	9,7% (500)	10,7% (500)	8,2% (500)	4,1% (500)		5,3% (500)	3,5% (500)	-4,9% (500)
D. Margem Líquida (%) ***(quantidade de empresas)***								
Setor Saúde	7,7 (20)	5,9 (32)	4,8 (36)	4,4 (38)		5,1 (40)	3,9 (43)	5,7 (43)
Varejo Farmacêutico	2,5 (2)	3,4 (5)	2,9 (6)	3,3 (6)		3,1 (7)	2,8 (7)	2,3 (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	7,5 (350)	7,4 (349)	6,6 (341)	3,9 (332)		4,2 (333)	4,2 (324)	2,9 (316)
Melhores e Maiores Exame	9,3 (500)	10,5 (500)	8,2 (500)	4,1 (500)		4,8 (500)	3,1 (500)	-3,4 (500)
E. Giro do Ativo (%) ***(quantidade de empresas)***								
Setor Saúde	115,5 (20)	90,5 (32)	89,6 (36)	97,5 (38)		100,2 (40)	106,3 (43)	121 (42)
Varejo Farmacêutico	309 (2)	289,5 (5)	185,7 (6)	252,5 (6)		225,7 (7)	259,3 (7)	226,6 (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	49 (405)	45,9 (401)	44,3 (396)	43,8 (391)		43,5 (388)	45,2 (379)	45,5 (366)
F. Participação do Capital de Terceiros (%) ***(quantidade de empresas)***								
Setor Saúde	119,3 (21)	155,1 (32)	116,2 (36)	114,4 (37)		101,9 (39)	102,4 (42)	101 (41)
Varejo Farmacêutico	398,4 (2)	175,4 (5)	129,9 (6)	120,5 (6)		122,3 (7)	122,6 (7)	153,6 (7)
Empresas de Capital Aberto (ECA)	107,3 (405)	111,6 (401)	112,4 (396)	118,5 (391)		115,4 (388)	119 (379	121 (366)
Melhores e Maiores Exame	104,1 (500)	91,2 (500)	87,6 (500)	95,7 (500)		109,6 (500)	123,2 (500	153,8 (500)

Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE referente a 31 de dezembro de 2015. Fonte: Dados a partir do banco BDES-B.

O patrimônio líquido segue tendências similares, mas com hiato ainda maior, indicando menor alavancagem das farmácias. Com relação à receita líquida, a mediana das redes oscila em relação ao setor saúde, mas ambos indicadores se mantêm acima das ECA. A análise do Retorno sobre Capital, indicador de desempenho, mostra que a farmácias ofereceram retornos superiores ao setor saúde, ECA e MME, favorecendo a atração de investimentos. Isso ocorre principalmente em 2009 e entre 2012 e 2015. As aplicações e receitas financeiras, ocultadas nas tabelas, não foram relevantes na estrutura do capital e nos resultados econômicos.

Os fatores que mais influenciaram os altos retornos aos investidores não foram as margens, relativamente baixas, mas o alto Giro do Ativo e a Participação de Capital de Terceiros superior à mediana do setor saúde, o que condiz com o crescimento das vendas, expansão e consolidação.

Dimensão Política

Quanto às proposições e ações de entidades representativas do varejo farmacêutico e a repercussão de pautas em instâncias do poder público, observou-se que, de modo geral, as entidades se alinham em princípios como a defesa da não intervenção governamental (**Quadro 9**). Todavia, nem sempre houve unanimidade e ações conjuntas, na medida em que aspectos como interesses de cada ator, força econômica, articulação com parceiros, acesso de influência junto a instituições públicas são diferentes. O período foi marcado por embates e colaborações tanto entre as entidades e o poder público quanto entre as próprias entidades.

A Abrafarma, representante das grandes redes, teve maior protagonismo e se envolveu mais em matérias no judiciário, vencendo pautas importantes. No Executivo, teve posturas variadas. Com relação ao MS, colaborou na implementação do PFPB e se posicionou contra cortes de recursos no governo Temer. Com relação à Anvisa, se opôs à Resolução 44/2009, que restringia a comercialização de MIP em autosserviço e o rol de produtos de conveniência permitidos, obtendo vitórias judiciais contra a Agência. No Legislativo, impulsionou a constituição da frente parlamentar pela desoneração de medicamentos junto da Interfarma, associação de indústrias multinacionais. Apoiou a aprovação da Lei 13.021/2014, que dispõe sobre as atividades dos estabelecimentos farmacêuticos, ações e serviços de AF públicos e privados, define as farmácias como unidades de assistência à saúde e obriga a presença do farmacêutico. As diretrizes aprovadas tem sido usadas pela Abrafarma para estimular a expansão da prestação de serviços nas afiliadas.

A AbcFarma é uma entidade nacional que congrega sindicatos estaduais do comércio farmacêutico e representa as farmácias independentes. Opôs-se à obrigatoriedade dos farmacêuticos nas farmácias, teve destaque em ações judiciais e na discussão da lei 13.021/2014. Após aprovação desta, a entidade recorreu à uma secretaria da Presidência da República. Em seguida, a presidente Dilma editou a MP 653/2013 isentando farmácias independentes dessa obrigação. Todavia, a MP perdeu eficácia, derrota em um assunto historicamente caro à entidade. Em 2015 acionou o STF contra a cobrança de multas pelos Conselhos de Farmácia em caso de ausência de farmacêutico.

Junto da Abrafarma, a AbcFarma recebeu decisão favorável do STF sobre constitucionalidade de leis estaduais que ampliam o rol de produtos de conveniência comercializados. No STJ, participou de ações contra a RDC 44/09 da Anvisa e contra a cobrança de multas e taxas por Conselhos e pela Anvisa. No Executivo, integrou o comitê técnico do PFPB, assim como a Febrafar. Esta, por sua vez, teve atuação mais discreta nas três esferas de poder.

A CNC, que representa todo o setor comercial, teve relevância enquanto aglutinadora de interesses do varejo farmacêutico, fornecendo apoio técnico, político e jurídico a outras entidades. Em 2001, a Confederação criou a Câmara Brasileira de Produtos Farmacêuticos, que reúne periodicamente representantes nacionais e estaduais de farmácias e distribuidoras para discussões, articulação e acompanhamento conjunto de pautas.

A ação de esferas de poder público em temas de interesse das farmácias revelou uma postura em geral favorável às demandas do subsetor, com exceções relevantes. No Executivo, o MS se apoiou e foi apoiado pelas farmácias privadas, especialmente a Abrafarma, para implementação de uma política de destaque, o PFPB. A Presidência da República, por sua vez, se colocou ao lado da Abcfarma e da CNC, intervindo contra a obrigatoriedade do farmacêutico em farmácias, o que não se confirmou no legislativo.

Quadro 9 – Propositores, proposições e ações de entidades representativas do varejo farmacêutico e desdobramentos nos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (2008-2017)

PROPOSITORES	DESCRIÇÃO	PROPOSIÇÕES e AÇÕES
Abrafarma (Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias)	Fundada em 1991 por redes paulistas, representa 26 redes de farmácias associadas (cerca de 7 mil estabelecimentos). Conselho diretivo composto por executivos e proprietários representantes de 4 redes: RaiaDrogasil, PagueMenos, Araújo e PanVel. Faz parte da CNC.	○ Considera o comércio farmacêutico privativo de farmácias e deve se desenvolver sob livre iniciativa. Oferece apoio técnico, promove eventos e relações com fornecedores. ○ Contra interferência governamental em preços, distribuição geográfica, horários, rol de produtos, venda em supermercados. ○ A favor da obrigatoriedade de farmacêutico em farmácias e da ampliação dos serviços. Apoiou a aprovação da Lei 13.021/2014. ○ A favor da redução de impostos de medicamentos. Em 2013, lançou campanha e formou frente parlamentar pela desoneração. ○ Apoiou políticas como genéricos e PFPB. Se opôs a regulação da Anvisa sobre produtos de conveniência, MIP e antibióticos. ○ Maior participação em matérias no STJ e STF em assuntos como: venda de MIP e conveniência, fiscalização de conselhos.
Febrafar (Federação Brasileira de Redes de Farmácias Associativistas)	Fundada em 2002, promove associativismo entre farmácias independentes e pequenas redes. Em 2017 tinha 55 associadas, cerca de 9 mil lojas em todos os estados. Faz parte da CNC.	○ Apoiou e participou do PFPB, apoiou a aprovação da Lei 13.021/2014**.** ○ Menor participação e influência no debate público e nas instâncias de poder que as demais. ○ Oferece apoio técnico para desenvolvimento das redes, promove eventos e relações com fornecedores ○ Ações mais focadas no aumento da competitividade de suas redes do que temas políticos.
Abcfarma (Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico)	Fundada em 1959, é a entidade patronal nacional mais antiga. Se articula com sindicatos estaduais do comércio farmacêutico. Historicamente ligada à CNC, representa as farmácias independentes.	○ Historicamente contra a obrigatoriedade de farmacêuticos em farmácias, argumenta que não há profissionais suficientes em muitos locais. ○ Contra a Lei 13.021/2014, recorreu junto c/ CNC à secretaria ligada à Presidência da República que editou a MP 653/2014 e vetos na referida lei, desobrigando a presença de farmacêuticos em farmácias. ○ Forte participação no STF e STJ em matérias sobre tributação, fiscalização, exigências dos conselhos, MIP e conveniência ○ Apoiou e participou do PFPB (comitê técnico).
CNC (Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo)	Entidade sindical máxima do comércio, fundada em 1945. A Câmara Brasileira de Produtos Farmacêuticos (CBFarma) criada em 2001 é órgão consultivo que reúne sindicatos patronais e entidades nacionais e locais (varejo e atacado).	○ Debate e delibera sobre assuntos do momento nas reuniões da CBFarma, como cenário político e econômico, projetos de lei, políticas públicas, regulação e fiscalização, ações judiciais, relação com conselhos e sindicatos, questões tributárias, trabalhistas e salariais. Orienta a ação e intervenção da CNC junto ao poder público. ○ Disseminação de informações, apoio e orientações para entidades estaduais; ○ Influência em órgãos do executivo, participação no Judiciário apoiando ações da Abrafarma e Abcfarma.

PROPOSITORES	DESCRIÇÃO	PROPOSIÇÕES e AÇÕES
Judiciário	Supremo Tribunal Federal (STF); Superior Tribunal de Justiça (STJ)	○ STJ: decisão favorável à Abrafarma e Febrafar (2010), anulando parte da RDC 44/2009 e Instruções Normativas da ANVISA que limitavam o rol de produtos de conveniência e a venda de MIP fora do balcão. ○ STF: Em 2014 julgou improcedentes as ADI 4949-57/2013, 4423/2010 e 4093/2008 e a ADPF 273/13, que questionavam leis estaduais para expansão do rol de produtos de conveniência. Abrafarma, CNC e Abcfarma eram favoráveis às leis. ○ STF: Em 2016 julgou improcedentes as ADI 4697/2011 e 4762/2012, contra a cobrança de anuidade de profissionais por conselhos. Abrafarma era contra. ○ STF: Em 2015, AbcFarma entra com ação contra a cobrança de multas das farmácias por conselhos e contra pagamento de anuidades, ○ STF: Abrafarma, 15 ações (8 c/ AbcFarma, 10 c/ CNC), Abcfarma, 11, Febrafar 1. STJ: Abrafarma, 10 ações; Abcfarma, 4 ações; Febrafar, 4 ações. ○ Principais opositores nas ações: prefeituras, ANVISA e vigilância sanitária, Conselhos de Farmácia
Legislativo	Câmara dos Deputados, Senado Federal	○ Lei aprovada: Lei 13.021/2014 sobre o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas, sobre serviços de assistência farmacêutica públicos e privados. ○ Medidas Provisórias: MP 754/2016, autorizava reajustes excepcionais pela CMED. MP 653/2014, dispensava a obrigatoriedade de farmacêuticos em médias e pequenas empresas (ambas perderam eficácia). ○ Decreto Legislativo: 273/2014, sustando RDC da Anvisa relativa a anorexígenos ○ Projetos de lei (tramitando ou arquivados): abatimento no IR de gastos com medicamentos; presença não obrigatória do farmacêutico; ampliação dos serviços farmacêuticos; fracionamento/descarte de medicamentos; desoneração de impostos; regulação de preços; suspenção de resoluções da Anvisa; piso e jornada de trabalho dos farmacêuticos; distribuição de medicamentos em farmácias com ressarcimento SUS; inclusão de medicamentos no PFPB. ○ Frente parlamentar pela desoneração de medicamentos (2013). Em 2015 tinha 208 deputados e 18 senadores.
Executivo	Presidência da República; Anvisa; CMED; Ministério da Saúde; BNDES	○ Presidência: vetos na Lei nº 12.856/2013, sobre obrigatoriedade do farmacêutico na farmácia; MP 653/2014, desobrigava presença do farmacêutico, articulada pela ABCFarma e CNC; MP 754/2016 autorizava reajustes positivos e negativos excepcionais pela CMED. Ambas perderam eficácia. ○ Anvisa: RDC 96/2008 – atualização das regras sobre propaganda de medicamentos; RDC 44/2009 - limitava a venda de MIP em autosserviço e produtos de conveniência; RDC 41/2012 voltou a permitir MIP; RDC 44/2010 – retenção de receita na venda de antibióticos; RDC 52/2011 – proibição de emagrecedores; RDC 58/2014 – intercambialidade de medicamentos similares. ○ CMED: audiência sobre desoneração de impostos para medicamentos. ○ Ministério da Saúde: articulação com Abrafarma na implementação do PFPB.

PROPOSITORES	DESCRIÇÃO	PROPOSIÇÕES e AÇÕES
		Comitê técnico de acompanhamento inclui Abrafarma, Febrafar e Abcfarma. o BNDES: financiamento de expansão das grandes redes. Brasil Maior

Legenda: PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil; MIP: medicamentos isentos de prescrição; CBFarma: Câmara Brasileira de Produtos Farmacêuticos; ADI: ação direta de inconstitucionalidade; MP: Medida Provisória
Fonte: Elaboração própria, a partir de informações do BDES-C obtidas a partir de buscas nos sites do congresso nacional, do STF, STJ e da Anvisa.

As ações da Anvisa geraram maiores conflitos com as entidades e outras esferas do poder. Com relação à RDC 44/2009, após polêmicas e ações judiciais, a Agência recuou na questão dos MIP com a RDC 41/2012, autorizando novamente a venda em autosserviço. Quanto aos produtos de conveniência, STF e STJ decidiram contra a aplicação da resolução da Agência. A proibição de anorexígenos pela RDC 52/11 foi revertida por decreto legislativo de 2014 e pela lei 13.454/2017. Em outros casos prevaleceram diretrizes da Anvisa, sem oposição: a exigência de receita para antibióticos; a intercambialidade de medicamentos similares e a regulação de preços pela CMED.

No Legislativo, a promulgação da lei 13.021/2014, após duas décadas de tramitação, foi aprovada em consenso entre Abrafarma, conselhos de farmácia e sindicatos de farmacêuticos. Entre os projetos de lei, foram identificadas iniciativas alinhadas e contrárias às pautas do setor.

DISCUSSÃO

A população brasileira combina, em diferentes medidas, acesso gratuito a medicamentos essenciais através do SUS e desembolso direto em farmácias[2,4,5], com padrões de acesso e consumo desiguais variando de acordo com o tipo de produto, preços, capacidade de pagamento, utilização de serviços de saúde, perfil de prescrições médicas, estratégias de *marketing* de farmácias e laboratórios[3,19]. Assim, apesar da implantação de um sistema de saúde universal, políticas públicas e oferta privada conformaram um padrão de especialização

da provisão baseado na segmentação do acesso, da demanda e do mercado entre classes sociais, especialidades farmacoterapêuticas e fontes públicas e privadas de obtenção.

Na década de 2010, a institucionalização das políticas de AF do SUS contribuiu para a ampliação do acesso e da provisão pública, para redução de iniquidades e para a regulamentação sanitária dos medicamentos[4,6]. O PFPB inseriu as farmácias privadas nas políticas de saúde, ora como alternativa de acesso frente às falhas da provisão pública, ora atendendo prescrições de origem privada. Todavia, foi menos abrangente que a AF no SUS e não foi capaz de reorientar o funcionamento dos estabelecimentos privados[2]. Por outro lado, a efetividade da regulação da CMED pelo teto de preços tem sido questionada por favorecer setores regulados, fixar preços máximos muito acima dos praticados no mercado, estimular o lançamento de novos produtos e não conter aumentos abusivos[39].

As farmácias permaneceram como principal canal de oferta. Manteve-se um padrão de altos e regressivos gastos privados com medicamentos[9], condizente com o padrão de países periféricos e latino-americanos, onde o consumo é sustentado principalmente por desembolso diretos (*out of pocket)*[40]. Também nestes países a regulação da propriedade, o controle da comercialização e a relevância do setor público são menores, com farmácias desarticuladas das políticas de saúde e permeadas por conflitos de interesse[1,12]. Ainda que análises comparativas sejam necessárias, estes também parecem ser entraves comuns ao Brasil[2,16,17].

Este estudo mostra que a inserção das farmácias em uma estrutura articulada de oferta e demanda privada com forte caráter mercantil se consolidou, se modernizou e se acentuou no período analisado. As mudanças na dinâmica capitalista do varejo tiveram relações não apenas com fatores demográficos, políticas públicas, padrões de intervenção do Estado, ciclos econômicos e ampliação do consumo. A financeirização do padrão de acumulação das grandes redes também se mostrou um fator relevante, refletindo-se nas estratégias empresariais e nos conflitos políticos.

A vigorosa expansão das lojas e do faturamento do varejo farmacêutico, também descrita em outras publicações[17,22], foi observada nas empresas analisadas com intensidade ainda maior. Os indicadores contábeis mostram que seu porte cresceu relativamente a grandes empresas brasileiras e ao setor saúde. O bom desempenho foi constatado pela ampliação superior de receitas, ativos e patrimônio, o alto giro de ativo e maior participação de capital de terceiros. Em outras palavras, as redes de farmácias analisadas são capazes de girar o estoque e o ciclo de produção mais rapidamente que os grupos comparados, com desempenho atrativo a investidores, apesar de margens relativamente baixas.

Apesar da predominância do controle familiar, a entrada de bancos, fundos de investimentos e corporações de outros segmentos da economia ampliou a influência destes agentes sobre estratégias empresariais e sobre os padrões de concorrência. Isso tem sido identificado entre empresas da saúde e outros setores, no Brasil e no mundo[12,30-32,35,41].

Todavia, nem sempre a participação dos agentes empresariais foi bem-sucedida. A falência da BrPharma em 2019 quebrou redes regionais, franquias e distribuidoras que haviam sido adquiridas. Outras foram vendidas para concorrentes, fundos de investimento ou distribuidoras[42]. Apesar do fracasso, o movimento do BTG Pactual no início da década teve consequências em todo o mercado, estimulando e acelerando o processo de consolidação.

A chegada de redes estrangeiras, como acontece na Europa e na América Latina[12,27], se mostrou menor que a de investidores. Apesar da estadunidense CVS ter ensaiado movimentos no mercado brasileiro, desistiu de suas operações com a venda da Onofre para Raia Drogasil em 2019. Também não se observou no Brasil movimentos de aquisição e fusão envolvendo redes de farmácias e planos de saúde, como protagonizou a própria CVS nos Estados Unidos[43].

As informações da dimensão patrimonial permitem constatar uma concentração de capital acompanhada da formação de empresas oligopolizadas, com nacionalização da concorrência entre elas e profundas transformações na lógica de operação e organização. São exemplos dessas a profissionalização da gestão, separação de propriedade e gerência, crescente importância do financiamento direto através da venda de ações e emissão de títulos financeiros.

No padrão de concorrência identificado, a expansão das redes depende da abertura de novas lojas por crescimento interno, fusões e aquisições, aumento da produtividade dos pontos de venda e do giro do estoque, intensa competição territorial e por preços nos mercados mais rentáveis, verticalização da distribuição, diversificação de atividades econômicas e assistenciais. A integração das principais empresas à lógica financeira tornou-se vantagem competitiva fundamental, na medida em que potencializa o processo de acumulação e as transformações organizacionais e tecnológicas internas. Todos estes são processos coerentes com os efeitos da financeirização sobre as ENF[33,34].

A forte presença de redes locais e farmácias independentes[22,29] nas margens dos mercados mais concorridos, periferias e interiores indica que a heterogeneidade do varejo é grande e que há espaço para que a concentração e a diferenciação das redes em relação às farmácias de menor porte se aprofundem.

É possível que a ampliação de escala, verticalização e fortalecimento do poder de mercado das redes impulsionadas pela financeirização pressione por disputas mais acirradas por margens, preços e descontos junto à indústria e distribuidores[30]. Todavia, há uma clara sinergia entre o caráter comercial das farmácias, a segmentação da demanda e as táticas promocionais da indústria junto a prescritores e ao público em geral, no sentido da maximização das vendas, ampliação do mercado e promoção de determinados padrões de consumo[19,20].

As transformações do varejo farmacêutico também reverberaram na ação política de suas entidades representativas. Nem sempre coesas e alinhadas, tiveram atuação relevante em diversos assuntos e instâncias do poder público. Desde a década de 2000 marca a ascensão da Abrafarma, seja como ponto de apoio a políticas públicas com os genéricos e o PFPB e em reações contra regulações sanitárias, acionando o legislativo e o judiciário. A Anvisa avançou na restrição da venda de antibióticos e de substâncias controladas, mas foi barrada na tentativa de limitar a venda de MIP fora do balcão e de restringir itens de conveniência.

A aprovação da Lei 13.021/2014 tornou mais clara a obrigatoriedade do farmacêutico nas farmácias e ampliou o escopo de serviços, gerando convergências entre interesses da Abrafarma e conselhos profissionais farmacêuticos. Em 2017 a vacinação em farmácias foi autorizada pela Anvisa[44] e em 2020 a agência colocou em discussão a autorização de realização de exames laboratoriais[45]. Também cresceram questionamentos sobre o uso e comercialização de dados de pacientes coletados pelas farmácias[46].

Entre as limitações do estudo destacamos que, em função do recorte escolhido, não foi possível aprofundar a compreensão sobre as relações das farmácias com laboratórios e distribuidores de medicamentos e prescritores. Os dados inéditos apresentados contribuíram para a caracterização das principais redes de farmácias brasileiras e de sua inserção na financeirização, porém a escassez de informações sobre empresas de menor porte impediu maior detalhamento. Na dimensão política, o foco nas instâncias superiores dos três poderes não permitiu analisar a ação local de empresas e entidades do varejo, possivelmente relevantes. Finalmente, não foi possível analisar a influência direta das entidades nas iniciativas parlamentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oferta de medicamentos e a inserção das farmácias nos sistemas de saúde refletem desigualdades socioeconômicas, assimetrias globais, escolhas políticas, modelos assistenciais e a construção histórica de cada país. No Brasil, apesar de avanços nas políticas de saúde e no

acesso, os altos gastos privados, as falhas na provisão pública, a mercantilização e ausência de regulações mais estritas sobre as farmácias caminharam junto da expansão do mercado farmacêutico, da reprodução de desigualdades sociais e sanitárias no acesso e nos padrões de consumo de medicamentos.

A partir dos anos 2000, a forte expansão do varejo farmacêutico foi acompanhada pela financeirização dos padrões de acumulação das grandes redes de farmácias. A entrada de investidores e a inserção ativa das empresas na lógica financeira tornaram-se fundamentais para a concorrência pois ampliaram as possibilidades de capitalização e valorização patrimonial, potencializando o ritmo de expansão, ampliação de escala, verticalização e concentração de capital.

Os impactos da financeirização sobre preços, estratégias comerciais das farmácias, padrões assistenciais e tecnológicos são temas que requerem maior atenção social e científica. A dominância financeira pode potencializar a mercantilização e a segmentação, acentuar disparidades já existentes, fortalecer politicamente atores privados e dificultar o avanço de regulações mais abrangentes sobre o setor.

Um olhar aprofundado sobre a provisão privada é fundamental para compreensão de todo o circuito de produção, circulação, prescrição e consumo de medicamentos. Sem considerações mais apropriadas sobre a dinâmica econômica e sanitária da comercialização de medicamentos e sobre a financeirização, corre-se o risco de superestimar a capacidade do SUS em orientar o desenvolvimento técnico e produtivo e as políticas farmacêuticas para as necessidades coletivas.

REFERÊNCIAS

1. Borrell JR, Cassó C. Pharmacies. *In:* Culyer AJ, organizador. Encyclopedia of Health Economics. San Diego: Elsevier; 2014. p. 49–55.
2. Luiza VL, Silva RM, Mattos LV, Bahia L. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos no Brasil. *In:* Vulnerabilidades das Políticas Industrial e Tecnológica de Saúde. Rio de Janeiro: E-papers; 2018. p. 213-52
3. Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Aurea AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar. Cad Saúde Pública. 2013;29(8):1605–16.
4. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016;50:7s.
5. Brasil. Ministério da Saúde. PNAUM: Componente populacional: resultados. Brasília; 2016.

6. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23:1937–49.

7. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

8. Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-Satélite de Saúde: Brasil, 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

10. Interfarma. Guia 2019. São Paulo: Interfarma; 2019

11. Vogler S. Liberalization in the pharmacy sector. Paris: OECD Global Forum on Competition 2014.

12. Homedes N, Fugh-Berman A. Pharmacies and the Pharmaceutical Industry in Latin America. World Med Health Policy. 2019;2(11):188–202.

13. Giovanni G. A questão dos remédios no Brasil. Livraria e Editora Polis; 1980.

14. Oliveira NVBV. Farmácia no Brasil: o interesse público explorado pela iniciativa privada [Dissertação]. Rio de Janeiro: IESC/UFRJ; 2007.

15. Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 13.021 de 8 de agosto de 2014

16. Bastos CRG, Caetano R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Suppl 3):3541–50.

17. Naves J S, Fiolle AD. The Retail Pharmacy Market in the Brazilian Federal District. Pharm Regul Aff. 2015;4(4)

18. Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação para Farmacêuticos. Mercado farmacêutico 360o. Anápolis: ICTQ; 2014.

19. Frenkel J. O mercado farmacêutico brasileiro: evolução, mercados e preços. *In:* Negri B, organizador. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp; 2001.

20. Frenkel J. Medicamentos: políticas de acesso, segmentação da demanda e progresso técnico. *In:* Buss P et al., organizadores. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 167–98.

21. Machline C, Amaral Júnior JBC. Avanços logísticos no varejo nacional: o caso das redes de farmácias. Rev Adm Empres. 1998;38(4):63–71.

22. Valor Econômico. Análise Setorial: Farmácias e Drogarias. São Paulo: Valor; 2014.

23. Medici AC, Iwakami K, Beltrão FO. Política de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relatórios Técnicos IBGE; 1991.

24. Saab WG, Ribeiro R. Um Panorama do Varejo de Farmácias no Brasil. Brasília: BNDES; 2001.

25. Conselho Federal de Farmácia. Dados 2018. CFF; 2019.

26. International Pharmaceutical Federation. Pharmacy at a glance 2015-2017. Hague: FIP; 2017.

27. Písek J, Pícha K. Liberalization and integration of drug distribution in the EU 28. Ceska Slov Farm. 2018;67(1):14–24.

28. Raia Drogasil. Formulário de Referência. 2019.

29. Abrafarma. O varejo farmacêutico em números: 2018-2019. 2019

30. Zhu PC, Hilsenrath PE. Mergers and Acquisitions in U.S. Retail Pharmacy. J Health Care Finance. 2015;41(3).

31. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais. Cad Saúde Pública. 2016;32(suppl 2)

32. Hiratuka C, Rocha MA, Sarti F. Mudanças Recentes no Setor Privado de Serviços de Saúde no Brasil. *In:* Gadelha P, organizador. Brasil saúde amanhã. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.

33. Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, Mattos LV, Andrietta LS. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI. Econ E Soc. 2017;26(spe):1097–126.

34. Braga JC, Oliveira GC, Wolf PJW, Palludeto AWA, Deos SS. For a political economy of financialization. Econ E Soc. 2017;26(spe):829–56.

35. Mattos L, Carvalho EMCL, Barbosa DV, Bahia L. Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;(aprovado).

36. Andrietta LS, Cardoso AM. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor saúde brasileiro (2009-2015). Cad Saúde Pública. 2022;(aprovado)

37. Bahia L, Travassos C, Dal Poz M, Scheffer M, Levcovitz E, et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2022;(aprovado)

38. Hasenclever L, Kupfer DJ. Economia industrial. Elsevier Brasil; 2012.

39. Dias LLS, Santos MAB, Pinto CDBS. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil. Saúde Em Debate. 2019;43(121):543–58.

40. Organização Mundial da Saúde. The World Medicines Situation. OMS; 2011

41. Saltorato P, Domingues LC, Donadone JC, Sanches EC, et al. Fusões, aquisições e difusão da lógica financeira sobre as operações de varejo brasileiro. Gest Amp Produção. 2016;23(1):84–103.

42. Laporta T. Do auge à ruína em 6 anos. Exame, 13 de junho de 2019; Disponível em: https://exame.com/mercados/do-auge-a-ruina-em-6-anos-brasil-pharma-e-a-8a-empresa-a-deixar-a-bolsa-por-falencia/

43. Amorim L. Vim, vivi e perdi: a conflituosa passagem da CVS pelo Brasil. Exame, 26 de fevereiro de 2019; Disponível em: https://exame.com/negocios/vim-vi-perdi-a-curta-e-conflituosa-passagem-da-cvs-pelo-brasil/

44. Zimmerman A. Anvisa libera aplicação de vacinas em farmácias. G1, 13 de dezembro de 2017; Disponível em: http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/12/anvisa-autoriza-estabelecimentos-de-saude-aplicar-vacinas.html

45. Martins E. Anvisa estuda autorizar farmácias a realizar exames. O Globo, 19 de outubro de 2020; Disponível em: https://oglobo.globo.com/sociedade/anvisa-estuda-autorizar-farmacias-realizar-exames-laboratoriais-24699875

46. Luiz G. CPF em troca de desconto. G1, 16 de março de 2018; Disponível em: https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/cpf-em-troca-de-desconto-mp-investiga-venda-de-dados-de-clientes-por-farmacias.ghtml

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA DIMENSÃO PATRIMONIAL DE EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DE CINCO SEGMENTOS DO SETOR SAÚDE (2008-2017)

Neste capítulo são apresentados de forma exploratória os principais dados obtidos na dimensão patrimonial da pesquisa, que permitem caracterizar uma série de elementos relativos às estratégias empresariais, às diferentes dinâmicas internas de concorrência e acumulação, perfil de especialização e organização interna, propriedade e controle.

Trata-se de uma análise parcial e eminentemente descritiva, carecendo de maiores esclarecimentos sobre a as características gerais e a dinâmica de cada um dos mercados, para além das empresas selecionadas. Isso demandaria uma revisão de dados sobre tamanho, concentração, perfil da oferta e da demanda, cadeia e circuitos de valorização, potenciais e limites de expansão, padrões tecnológicos, dinâmica de concorrência, mecanismos de financiamento. Todavia, extrapola o escopo desta tese e é um esforço que merece trabalhos específicos, alguns deles em elaboração por colegas do GPDES.

Apresentamos alguns dados gerais do banco BDES-A, descritos individualmente e em maior profundidade para cada subsetor. Por fim, apresentamos algumas hipóteses e reflexões de pesquisa sobre as relações intercapitalistas políticas e econômicas entre os subsetores, sem, contudo, apresentar conclusões definitivas ou respostas fechadas para as questões discutidas.

5.1 PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

O **Quadro 10** mostra características gerais da dimensão patrimonial de empresas de planos e seguros de saúde em 2017. A maioria é sediada na região sudeste, especialmente no estado de São Paulo. As exceções são a Hapvida, do Ceará, e as autogestões Cassi e GEAP, do Distrito Federal. As seguradoras, medicinas de grupo e administradora de benefícios tem a natureza jurídica de sociedades anônimas, sendo Odontoprev, Sulamérica e Qualicorp empresas de capital aberto no mercado de ações, e passaram para esta condição em 2006, 2008 e 2011, respectivamente. A Amil também abriu capital em 2007, mas fechou após ser vendida para a United Health. Em função das especificidades jurídicas e históricas dos modelos de negócios, as Unimeds têm a forma de cooperativas, enquanto as autogestões são fundações (GEAP) ou associações privadas (CASSI).

O perfil dos sócios e acionistas mostra que nas seguradoras, medicinas de grupo e na Qualicorp, há uma forte presença de investidores institucionais no capital das empresas, além

do grupo estrangeiro United Health. Nas empresas de capital aberto, grande parte das ações está pulverizada no mercado. Empresários nacionais e famílias tiveram papel minoritário na composição do capital, ainda que em casos importantes estivessem na posição de controladores. A presença de investidores externos nestas empresas foi se intensificando ao longo do período de estudo associados a vendas de participação acionária, abertura de capital e oferta de ações na bolsa de valores. A única exceção neste grupo é a Hapvida, composta apenas por sócios de uma mesma família.

Nas cooperativas e autogestões não se aplicam as noções de controle e ações devido às suas naturezas jurídicas. As primeiras são propriedade de médicos associados (Unimed Rio e BH) ou do conjunto das Unimeds (Central Nacional). As últimas, CASSI e GEAP, pertencem aos patrocinadores – Banco do Brasil e órgãos da administração pública brasileira, respectivamente – e aos funcionários e servidores destas instituições.

As empresas passaram por um processo de expansão, seja em número de clientes, abrangência territorial ou tipos de atividades econômicas e assistências. A Amil e o Grupo Bradesco têm o maior número de clientes de planos de saúde, ambas com mais de 3,5 milhões. A segunda também é a maior empresa de planos odontológicos. Em seguida, aparecem Hapvida e Intermédica e a Sulamérica, todas com algo próximo de 2 milhões. As cooperativas médicas e autogestões estudadas tiveram entre 500 mil e 1,5 milhão. Também vale destacar a Qualicorp, que administra contratos de 4,6 milhões de pessoas.

As empresas de maior abrangência territorial no país foram as seguradoras e a Central Nacional Unimed, que tem como principal negócio seguros corporativos para grandes empresas, além da Qualicorp. As autogestões também se destacam neste aspecto por cobrirem instituições com funcionários em grande parte do território nacional. Entre as medicinas de grupo, a Amil está presente em centros urbanos importantes de três regiões, a Hapvida se consolidou nas regiões norte e nordeste e a Intermédica foca na grande São Paulo. As demais, Unimed Rio, Unimed BH e Intermédica tem negócios concentrados localmente em mercados de grandes capitais e cidades adjacentes na região sudeste. Isso indica que os mercados locais são heterogêneos entre si, na medida em que a o perfil das empresas dominantes e seus modelos de negócios variam em cada lugar.

As atividades desenvolvidas pelas empresas não se restringem apenas a planos e seguros de saúde ou odontológicos. Ao contrário, elas parecem cada vez mais se expandir para novos ramos e atividades através de aquisições e ou desenvolvimento de estruturas próprias, a partir de estratégias diversas, o que torna a concorrência mais complexa. Um movimento importante é o crescimento da integração vertical a partir da entrada em

segmentos relacionados à prestação de serviços. As medicinas de grupo Amil, Intermédica e Hapvida e, em menor escala, as Unimeds Rio e BH, incorporaram ao modelo de negócios hospitais, pronto-atendimentos, clínicas ambulatoriais e especializadas, ainda que não tenham se tornado totalmente independentes de prestadores.

Isso foi mais restrito entre as seguradoras, que legalmente não podem administrar diretamente serviços de saúde. Mas isso não impediu, por exemplo, que o grupo Bradesco se tornasse acionista e um dos controladores da Fleury, uma das maiores empresas de serviços de diagnóstico do país. De modo geral, as empresas de planos de saúde deixam de apenas competir entre si ou por margens com prestadores, se tornando concorrentes diretos também em outros elos de sua cadeia de valor, especialmente os hospitais.

A diversificação horizontal esteve relacionada ao investimento em novas capacidades produtivas e tecnológicas que potencializam os negócios já estabelecidos. É o caso, por exemplo, das tecnologias da informação e comunicação, que tem ganhado importância uma vez que a utilização de dados é cada vez mais central para mecanismos e técnicas de autorização de procedimentos, pagamento a prestadores, reembolso, controle de despesas e sinistralidade. Isso é particularmente notável nas seguradoras e empresas como Amil e Qualicorp e Cassi. Esta última se associou com a Bradesco Seguros e a Cielo para formar a Orizon, empresa de tecnologia que presta serviços para operadoras e prestadores. Também houve diversificação para outros setores da Economia, como a Hapvida que entrou no ramo de comunicação ao adquirir emissoras de televisões e rádios.

Quadro 10 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de planos e seguros de saúde segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil. 2017

Empresa	*Sede*	*NJ*[1]	*Acionistas / Sócio*	*País*	*Perfil*	*Part.*[2]	*Ctrl.*[3]	*Presença e magnitude*	*Atividades*
Amil	*SP*	*SAF*	*UnitedHealth Group*	*EUA*	*GE*	*90,2 %*	*Sim*	*Medicina de grupo de abrangência nacional; Hospitais: 21 em 6 estados (SP, RJ, CE, PE, RN e DF); 3,79 milhões de clientes assistência médica e 1,94 mi odontológico;*	*Plano de saúde/odontológico, atendimento ambulatorial, hospitais, oncologia, clínicas especializadas, diagnóstico imagem e hospitalar, Tecnologia da Informação (TICs)*
			Edson Godoy Bueno	*BRA*	*GN*	*5,0%*	*Não*		
			Dulce Godoy Bueno	*BRA*	*GN*	*4,8%*	*Não*		
Bradesco									
Bradesco Saúde	*SP*	*SAF*	*Bradesco Seguros S/A*	*BRA*	*INN*	*100%*	*Sim*	*Seguradora de abrangência nacional; Bradesco Saúde tem 3,5 milhões de clientes. Representa 42% do faturamento da Bradesco Seguros. Além de 5,4 milhões de clientes na Odontoprev e 307 mil na Mediservice. Participa do controle da empresa de diagnóstico Fleury.*	*Banco, Seguros e planos de saúde/ odontológicos Seguros, Investimentos, Previdência, atendimento ambulatorial, diagnóstico, Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)*
Mediservice	*SP*	*SAF*	*Bradesco Saúde S/A*	*BRA*	*INN*	*100%*	*Sim*		
Odontprev	*SP*	*SAA*	*Bradesco Saúde S/A*	*BRA*	*INN*	*50,2 %*	*Sim*		
			Genesis Asset Managers	*ING*	*INE*	*5,0%*	*Não*		
			Ações em Circulação	*-*	*-*	*44,8 %*	*-*		
Sulamérica	*RJ*	*SAA*	*Família Larragoiti*	*BRA*	*GN*	*27,4 %*	*Sim*	*Seguradora de abrangência nacional. Saúde representa 68% do faturamento. Tem 1,7 milhões clientes de seguro saúde e 365 mil odontológicos.*	*Seguros e planos de saúde/ odontológicos, investimentos, previdência, TIC, serviços terceirizados*
			Swiss RE Seguradora	*SUI*	*INE*	*14,9 %*	*Não*		
			Oppenheimer	*EUA*	*INE*	*8,2%*	*Não*		
			IFC	*EUA*	*INE*	*7,8%*	*Não*		
			Ações em Circulação	*-*	*-*	*41,7 %*	*-*		
NotreDame Intermédica	*SP*	*SAF*	*Bain Capital*	*EUA*	*INE*	*100%*	*Sim*	*Medicina de grupo concentrada em SP e presença no RJ; Hospitais: 13 em SP; 1,9 milhões de clientes assistência médica e 1,4 em odont.*	*Plano de saúde e odontológico, hospitais, atendimento ambulatorial, clínicas especializadas, diagnóstico imagem, laboratorial e hospitalar*
Qualicorp	*SP*	*SAA*	*José Seripieri Filho*	*BRA*	*GN*	*15,1 %*	*Sim*	*Administradora de benefícios de abrangência nacional; 4,6 milhões de clientes de contratos administrados.*	*Administradora de benefícios, corretora seguro e plano saúde, TIC, consultoria, serviços terceirizados, gestão de*
			GIC Private Limited	*SIN*	*INE*	*7,6%*	*Não*		

Empresa	*Sede*	*NJ*[1]	*Acionistas / Sócio*	*País*	*Perfil*	*Part.*[2]	*Ctrl.*[3]	*Presença e magnitude*	*Atividades*
			BlackRock Inc	*EUA*	*INE*	*4,9%*	*Não*		*operadoras*
			Ações em circulação	*-*	*-*	*72,4 %*	*-*		
Hapvida	*CE*	*SAF*	*Cândido P. K. de Lima*	*BRA*	*GN*	*50%*	*Sim*	*Medicina de grupo presente em 10 estados N/NE; Hospitais: 24 em N/NE; grande estrutura ambulatorial; 2,1 milhões de clientes assistência médica e 1,3 mi odontológica.*	*Plano de saúde e odontológico, atendimento ambulatorial, hospitais, oncologia, diagnóstico imagem, laboratorial e hospitalar.*
			Jorge F. P. K. de Lima	*BRA*	*GN*	*25%*	*Sim*		
			Cândido P. K. de Lima Jr	*BRA*	*GN*	*25%*	*Sim*		
Unimed Rio[4]	*RJ*	*COP*	*5.155 médicos associados*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*Cooperativa médica presente em 2 cidades RJ. 712 mil clientes planos; 42 mil odontológico*	*Planos de saúde e odontológico, hospital, pronto atendimento, clínicas especializadas*
Unimed BH[4]	*MG*	*COP*	*5.623 médicos Associados*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*Cooperativa médica regional. 1,2 milhões de clientes planos em MG; 283 mil odontológicos*	*Planos de saúde e odontológico, hospital, pronto atendimento, clínicas especializadas*
Central Nac. Unimed[4]	*SP*	*COP*	*327 cooperativas associadas*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*Cooperativa médica de abrangência nacional. 1,47 milhões clientes planos de saúde.*	*Planos de Saúde*
CASSI[4]	*DF*	*AP*	*Banco do Brasil e funcionários*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*Autogestão de abrangência nacional, 702 mil clientes planos de saúde*	*Planos de saúde e odontológico, atendimento ambulatorial, PBM*
GEAP[4]	*DF*	*F*	*Órgãos da adm. pública e servidores*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*Autogestão de abrangência nacional, 512 mil clientes planos de saúde*	*Planos de Saúde e odontológicos*

1) Natureza Jurídica. 2) Participação percentual no capital. 3) Participação no grupo controlador. 4) Participação no capital e controle são noções que não se aplicam a entidade jurídicas como cooperativas, associações privadas e fundações. O mesmo vale para sócios e acionistas. Nestes casos optou-se por mencionar os associados estatutariamente responsáveis pelas instituições e empresas em questão.

Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia et al. 2020).

A conformação de grandes grupos econômicos a partir da concentração de capital e ampliação de escala fica mais evidente quando se analisa as operações patrimoniais realizadas pelas empresas entre 2008 e 2016 (**Tabela 9**). As 112 operações representam aproximadamente um terço do total no setor saúde, a maior frequência entre todos os subsetores. Destas, 87 foram aquisições e 12 compra de participação em outros negócios. Elas foram centrais para a formação de grupos de destaque – Amil e Qualicorp, seguidas de Hapvida e Intermédica. Estes adquiriram principalmente concorrentes menores e hospitais. A expansão da Bradesco Seguros em planos odontológicos também se deu a partir de aquisição (OdontoPrev). Ainda que não se configurem como aquisições, tanto a CNU quanto a Unimed BH incorporaram e passaram a administrar Unimeds locais menores. As autogestões Cassi e GEAP não participaram destes processos.

Tabela 9 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas de planos e seguros de saúde brasileiras selecionadas*, acumulado de 2008 a 2016.

Número	*AML*	*INT*	*HAP*	*BRA*	*SUL*	*QUA*	*URJ*	*PSS*	*SSaúde*
Aquisição	*42*	*6*	*13*	*1*	*3*	*20*	*2*	*87*	*223*
Compra Part.	*2*	*-*	*-*	*2*	*-*	*7*	*1*	*12*	*33*
Fusão	*-*	*-*	*-*	*1*	*-*	*-*	*-*	*1*	*7*
IPO / AO	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*2*	*-*	*2*	*9*
Venda	*2*	*1*	*-*	*-*	*-*	*1*	*-*	*4*	*18*
Venda Part.	*1*	*-*	*-*	*-*	*3*	*2*	*-*	*6*	*15*
Total	*47*	*7*	*13*	*4*	*6*	*32*	*3*	*112*	*305*
Valor									
Aquisição	*5864*	*145*	*49*	*145*	*361*	*1233*	*0*	*7797*	*33768*
Compra Part.	*5*	*-*	*-*	*557*	*-*	*604*	*5*	*1171*	*2673*
Fusão	*-*	*-*	*-*	*NSA*	*-*	*-*	*-*	*NSA*	*NSA*
IPO / AO	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*2603*	*-*	*2603*	*8730*
Venda	*13539*	*2422*	*-*	*-*	*-*	*2165*	*-*	*18126*	*29424*
Venda Part.	*3709*	*-*	*-*	*-*	*1578*	*598*	*-*	*5884*	*13541*
Total	*23117*	*2567*	*49*	*702*	*1939*	*7203*	*5*	*35582*	*88136*
Valor Médio Op.	*496*	*367*	*4*	*176*	*323*	*225*	*2*	*318*	*296*

PSS – Planos e seguros de saúde; SSaúde – Setor Saúde; AML – Amil; INT – Notredame Intermédica; QUA – Qualicorp; BRA – grupo Bradesco; SUL – Sulamérica; HAP – Hapvida; URJ – Unimed Rio de Janeiro. As demais empresas do estudo, Unimed Belo Horizonte, Central Nacional Unimed e Cassi e GEAP não realizaram nenhuma operação entre as analisadas.
Valores deflacionados pelo IPCA-IBGE de 31 de dezembro de 2016.
Fonte: Elaboração própria a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia *et al*., 2020)

Foram movimentados aproximadamente 33 bilhões de reais, também a maior participação no setor saúde entre todos os subsetores. Os valores das operações de venda somadas (venda, venda de participação, oferta de ações) superam bastante os valores totais e médios das operações de compra (aquisição, compra de participação). Contribuiu para a diferença nos valores duas grandes operações de venda integral, da Amil para seguradora United Health em 2012, a maior operação do setor saúde no Brasil, e da Intermédica para a empresa de investimentos Bain Capital. A Qualicorp foi progressivamente vendendo fatias de seu capital para fundos de investimento com estadia de curto prazo e alta rotatividade, sem que seu proprietário original saísse da posição de controle.

Nestes casos, a intensificação das aquisições foi importante para a rápida valorização e venda posterior das empresas ou de partes do capital, de famílias para investidores externos. Quando passam a fazer parte de grupos econômicos maiores ou quando recebem aportes de capital de investidores, potencializam ainda o financiamento da expansão o próprio processo de acumulação.

Outra fonte externa de financiamento foi através da emissão de debêntures, títulos financeiros utilizados ao longo do estudo por Amil, Sulamérica, Qualicorp, Intermédica e Unimed Rio. Fontes tradicionais, como empréstimos de bancos privados e públicos também foram relevantes para algumas empresas específicas, como a Unimed BH, que recebeu aportes do BNDES.

Por fim, o **Quadro 11** mostra a trajetória e fatos relevantes de cada uma das empresas.

Quadro 11 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Planos e Seguros de Saúde entre 2008 e 2016

Empresa	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Amil United Health	*Abre capital ano anterior; adquire dois planos de saúde e hosp. (DF);*	*Emite debêntures; adquire um plano de saúde e um hospital (DF);*	*Adquire rede hospitalar, dois hosp. e dois plano de saúde*	*Adquire dois hosp., plano de saúde; parceria exclusiva DASA*	*Vendida para United Health (EUA); vende part. Medise (decisão CADE); fecha capital;*	*Adquire três hosp. (CE, SP e Portugal) e empresa de diagnóstico; resgate de debêntures*	*Adquire cinco hosp., plano de saúde, odont.; inaugura hosp.; investimento em TI (Optum)*	*Adquire três hosp. (PE, RN e SP) e rede de clínicas oncológicas*	*Adquire grupo hosp., dois hosp., clinica oftalmo.; reestruturação (três divisões: planos, hosp., TI)*
Bradesco	*Adquire plano; joint venture c/ Cassi Cielo; cria plano od.*	*Adquire part. Odontoprev e no lab. Fleury (no controle)*			*Venda de planos em agências bancárias*	*Cria plano odontológico*	*Unificação da venda de todos os seguros*		
Sulamérica	*Abre capital*		*Compra participação em plano de saúde e encerra joint venture com BB*	*Emissão debêntures, liquida notas swap; compra plano odont.;*		*IFC e Swiss adquirem participação; aquisição Sulacap*	*Emissão de debêntures; ING vende 10% das ações.*	*Cria joint venture com Healthways (tecnologia e gestão)*	*Emissão de debêntures*
Notredame Intermédica	*Inaugura filial DF; adquire plano odont..*	*Adquire plano de saúde (SP);*		*Inaugura hosp. e inicia reforma de outro*	*Inaugura hosp. (SP)*	*Inaugura clínica oncológica (SP)*	*Vendida para Bain Capital*	*Debêntures; adquire grupo hosp. e clínicas*	*Adquire plano de saúde (SP) e hospital (RJ)*
Qualicorp	*Vende 46% p/ fundo General Atlantic;*	*Inicia atuação como adm. de benefícios.; adquire três corretora seg.*	*Fundo Carlyle adquire 70%; emite debêntures*	*Adquire gestora benef. e distrib. seguros; Abre capital, Carlyle vende parte;*	*Fundo Carlyle vende parte restante e sai; adquire três adm/corretoras*	*Cria empresa para adm. carteiras setores C e D.*	*Vende ações nos EUA; compra seg. e part. maior em negócio*	*Emite debênture; adquire 60% de grupo de rádio e TV*	*Emissão de ações; lano odont. (PR)*
Hapvida	*Compra plano de saúde (PE); inaugura três hosp. (PE e AL); cria plano od.*	*Adquire hosp. e carteira plano(PE); inaugura hosp. (PE_*	*Adquire plano de saúde (PE); inaugura hosp. (PE)*	*Compra três planos de saúde e plano odont.. (CE,MA,BA,AL) ; inaugura 2 hosp.*		*Inaugura dois hosp. (PB e CE)*	*Adquire e inaugura hosp. (CE), adquire duas emissoras de TV (AL, RN);*	*Adquire grupo de comunicação Diário Associado Inaugura dois hosp. (AM e PA)*	*Adquire clínica diagnóstico; inaugura hosp. (BA)*
Unimed Rio	*Cria empresa de empreendimentos*		*Inaugura hosp..; cria empresa de participações e investimentos*	*Adquire 30% de hosp; Inaugura pronto atend. e clínica própria*	*Inaugura hospital*	*Adquire carteira Golden Cross; emite debênture*	*Joint venture p/ c. oncológico*	*Intervenção ANS*	*Intervenção ANS*
Unimed BH	*Lança fundo de pensão*	*Incorpora duas Unimeds*	*Financiamento BNDES*		*Incorpora Unimed Betim*	*Empréstimo BNDES*			*Aquisição Hospital*
Central Nac. Unimed		*Abre filial Salvador*	*Abre filial Brasília*		*Adquire nova sede*	*Assume carteira Unimed São Luis*		*Assume carteira Unimed Paulist.*	

Fonte**:** Elaboração própria a partir de dados sobre operações patrimoniais, crescimento interno e financiamento (BDES-A2).

5.2 HOSPITAIS PRIVADOS

Os **Quadros 12 e 13** mostram as características gerais dos hospitais privados selecionados e a trajetória singular de cada uma das empresas.

As formas jurídicas dos hospitais selecionados mostram dois diferentes padrões de organização empresarial: ou se tratam de SAs de capital fechado ou de Associações Privadas, em todos os casos estudados entidades filantrópicas.Entre as sociedades anônimas, os grupos hospitalares (Rede D'Or, Amil/ESHO e Ímpar) se inserem claramente no processo de consolidação e financeirização, constituindo redes de hospitais em diferentes cidades e estados principalmente através de fusões e aquisições, mas também com a construção de hospitais próprios.

O Grupo D'Or tem ascensão notável. Até 1998 era apenas um laboratório de diagnóstico. Em 2007, quando compra 2 hospitais em Pernambuco, tinha 4 hospitais no RJ. Em 2017 chegou a 35 hospitais. Sua trajetória de expansão se dá através de fusões e aquisições se inicia em 2007 e se acelera bastante a partir de 2010, com a entrada do Banco BTG Pactual como acionista. Mas também é notável a construção de hospitais próprios. Em 2015, na crise do banco, parte das ações são vendidas para fundos de investimentos internacionais (Carlyle – sócio majoritário da Qualicorp – e fundo suberano de Cingapura). Todavia o controle permaneceu com o empresário Jorge Moll, que se tornou o maior bilionário do setor saúde em 2020. Além das fusões e aquisições, o grupo se concentra em cidades grandes, com grande participação nos mercados locais (RJ, SP, PE e DF). Essa concentração inclusive levou a alguns problemas nas aquisições do grupo no CADE.

No processo de fusões e aquisições, o grande concorrente parece ter sido a Amil United Health e o empresário Edson Bueno. Enquanto era presidente da Amil, o empresário tinha sua própria rede de Hospitais, a ESHO criada antes mesmo da Amil na década de 70. Ambos começam a adquirir hospitais em 2008, notadamente o 9 de Julho pela ESHO e a Casa de Saúde Santa Lúcia pela Amil. Em 2010 a Amil exerce opção de compra da ESHO, e a empresa é incorporada pela operadora. O ritmo de aquisições se mantém nos anos seguintes e continua acelerado mesmo após a venda para a United Health. Em 2013, como parte da venda da Amil para a United Health, parte dos Hospitais da Amil passam para o controle de Edson Bueno com sua nova empresa, a Ímpar, que não adquire nenhuma empresa após a cisão. O empresário, capitalizado com a venda, assumiu o controle do laboratório de diagnósticos DASA.

Importante notar que o grande processo e fusões e aquisições envolve apenas dois grupos (D'Or e Amil), que disputam em mercados similares (principalmente SP, RJ e DF). Muito relevante notar a correlação desses movimentos com a lei de abertura da saúde ao capital estrangeiro. Há indícios de que a lei foi feita sob encomenda para estes grupos. O outro grande grupo de hospitais presentes no estudo são os filantrópicos, especialmente os beneficiados do PROADI-SUS, que entra em vigor em 2009, momento que as fusões e aquisições começam a ficar mais frequentes.

Neste grupo, destacam-se os hospitais paulistas Einstein e Sírio-Libanês, que iniciam o período estudado à frente filantrópicos por serem "marcas" associadas à alta tecnologia e às elites paulistana, brasileira e até de outros países (turismo médico). Apesar de menor "escala" que os grandes grupos (Amil e Rede D'Or), os serviços tem alto valor agregado. Ambos já atuavam também como OS no estado de SP, administrando hospitais e serviços públicos. Parecem ser importantes competidores no mercado de diagnóstico voltado para o público de alta renda, competindo diretamente com o Fleury, por exemplo. Também tem parcerias para administração de clínicas oncológicas e realizam consultorias. As contrapartidas do PROADI fortaleceram estes hospitais especialmente no setor de formação/educação e pesquisas biomédicas. Foram milhões de reais dedicados à formação e capacitação de profissionais e instituições do SUS. Além de cursos de pós-graduação e residência, o Einstein passa ofertar também curso de graduação em medicina, em 2016.

Estes hospitais parecem ser não apenas importantes vetores de incorporação de tecnologias e estabelecimento de padrões, mas pólos de disseminação de ideias para todo o conjunto do sistema de saúde. Os hospitais passaram também por grande expansão, ampliando suas capacidades no mercado paulista, mas também iniciando em menor escala atuação em outros locais, o que pode ser tendência. Focados em segmentos de altíssima renda, parecem liderar a concorrência em termos de tecnologia e tratamentos de alto custo (como oncologia), e apesar de filantrópicos atuam em forte lógica empresarial.

Os outros grupo de hospitais participantes do PROADI, o Moinhos de Vento (RS) e Oswaldo Cruz (SP), também se expandiram de maneira significativa. Todavia, parecem estar um patamar abaixo dos outros dois, tanto em termos de diversidade de atividades como de liderança do processo de incorporação de tecnologias. O Moinhos de Vento parece ser bastante relevante no RS, assim como Mater Dei (SA) é em Belo Horizonte.

Outra observação importante é o entrelaçamento entre os setores de Hospitais, Planos de Saúde e Medicina Diagnóstica. Uma possível explicação é a importância de cada setor nos custos da cadeia de valor dos outros (Planos de Saúde querem reduzir custos com hospitais e

exames; Hospitais querem aumentar rentabilidade com planos e reduzir custos com diagnóstico; Medicina Diagnóstica quer aumentar margens com ambos, etc.).

A Amil, que surgiu em seus primórdios como operadora de planos a partir da ESHO, tem atualmente um grande parque hospitalar em expansão, sendo um dos principais braços da empresa, o que pode ser interpretado como um movimento de verticalização para conter custos com hospitais conveniados. A Rede D'Or surge de uma empresa de diagnóstico (Labs D'Or, vendida para o Fleury em 2011) antes de se tornar a maior rede de hospitais do Brasil. Einstein e Sírio disputam com o Fleury o segmento de alta renda na medicina diagnóstica paulista.

Em resumo, a concorrência no setor parece ser impulsionada pelos segmentos de alta renda, centrada em capacidade de investimento, escala, tecnologia e por outras atividades (especialmente no caso dos filantrópicos). E não ficaram imunes à financeirização do setor.

Quadro 12 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de hospitais privados segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017

Empresa	*Sede*	*NJ*[1]	*Acionistas / Sócio/ Mantenedora*	*País*	*Perfil*	*Part.*[2]	*Ctrl.*[3]	*Presença e magnitude*	*Atividades*
Rede D'Or	*SP*	*SAF*	*Jorge Moll e família* *GIC Private Limited* *Carlyle Group* *Minoritários*	*BRA* *SIN* *EUA* *-*	*GN* *INI* *INI* *-*	*59,6%* *26,9%* *12,3%* *1,2%*	*Sim* *Não* *Não* *-*	*Maior rede hospitalar brasileira com 35 hospitais e cerca de 5.000 leitos nas regiões metropolitanas das capitais do RJ, DF, SP e PE. Forte no mercado especialmente alta renda.*	*Hospitais, Pesquisa, Formação, Imobiliário, Oncologia, Diagnóstico, Consultoria*
ESHO	*RJ*	*SAF*	*Amil Assistência Médica Internacional / UHG*	*EUA*	*GI*	*99,6%*	*Sim*	*Rede hospitalar subsidiária do grupo Amil United Health, com 21 hospitais e clínicas em RJ, SP, CE, RN e PE*	*Hospitais, Clinicas Especializadas, Oncológico*
Ímpar	*RJ*	*SAF*	*Edson e Dulce Bueno*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*	*Rede hospitalar com 6 hospitais e 1.250 leitos no Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília. Era parte da Amil, ficou com a família Bueno no processo de venda para United Health*	*Hospitais, Clínicas, Oncologia*
Mater Dei	*MG*	*SAF*	*José Salvador Silva e família*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*	*Rede com 2 complexos hospitalares em Belo Horizonte, com cerca de 560 leitos. Focado no público de alta renda.*	*Hospitais, Oncologia, Diagnóstico, Pesquisa*
Santa Lúcia	*DF*	*SAF*	*Medgrupo Participações* *José do Patrocínio Leal e família*	*BRA* *BRA*	*GN* *GN*	*67,5%* *32,5%*	*Sim* *Sim*	*342 leitos. Integra Grupo Santa, com outras 5 unidades no DF focados nos públicos de alta renda. Grupo possui empresa de cursos preparatórios para residência.*	*Hospital, Diagnóstico, Oncologia, Formação*
Saúde da Mulher	*PA*	*Ltda*	*Família Zoghbi*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*	*227 leitos em Belém/PA, focado em público de alta renda.*	*Hospital, Oncologia, Diagnóstico*
Sírio Libanês	*SP*	*AP*	*Soc. Benefecente de Senhoras Hospital Sirio Libanes*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*710 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do PROADI-SUS, também administra serviços públicos como OS e atua na formação.*	*Hospitais, Pesquisa, Consultoria, OS, Gestão, Formação, Plano de Saúde, Oncologia, Diagnóstico*
Einstein	*SP*	*AP*	*Soc. Beneficente Israelita Brasileira Hosp. Albert Einstein*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*1.244 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do PROADI-SUS, também atua como OS, faculdade e na formação de profissionais.*	*Hospitais, Pesquisa, Consultoria, OS, Gestão, Formação, Plano de Saúde, Oncologia, Diagnóstico*
Oswaldo Cruz	*SP*	*AP*	*Hospital Alemão Oswaldo Cruz*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*350 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do PROADI-SUS, também atua como OS.*	*Hospitais, Oncologia, Formação, Pesquisa, Gestão, OS*
Moinhos de Vento	*RS*	*AP*	*Associação Hospitalar Moinhos de Vento*	*BRA*	*GN*	*-*	*-*	*380 leitos em Porto Alegre/RS. Hospital do PROADI-SUS, também atua como OS.*	*Hospitais, Oncologia, Diagnóstico, Formação,Pesquisa*

Santa Izabel	*BA*	*AP*	*Santa Casa de Misericórdia da Bahia*	*BRA*	*GN*	-	-	*Hospital com 553 leitos em Salvador, possui também faculdade.*	*Hospital, Formação, Diagnóstico*

1) Natureza Jurídica. 2) Participação percentual no capital. 3) Participação no grupo controlador. Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia et al. 2020).

Quadro 13 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Hospitais Privados entre 2008 e 2016

Empresa	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Rede D'Or	*Adquire dois hospitais (PE); empréstimo IFC (banco mundial)*	*Inaugura hospital (RJ)*	*Adquire dois hospitais e grupo hosp. (SP); vende 25,6% para BTG Pactual; cria Instituto de Pesquisa/Ensino*	*Emite debêntures; Adquire três hosp. (SP, PE) e imobiliária; vende Labs D'Or (Fleury); inaugura dois hosp. (RJ)*	*Emite três debêntures; Adquire dois hosp. (DF) e três (SP); tenta fusão com Santa Lúcia, barrada pelo CADE*	*Emite debênture; Adquire 50% grupo oncológico (DF); inaugura dois hospitais (DF)*	*Emite debêntures empréstico IFC; vende imóveis p/ fundo; recebe ações Fleury (Labs D'Or); adquire hosp. (SP)*	*Vende 12% p/ fundo; BTG vende parte p/ fundo; adquire 4 hosp. (SP, DF); emprést. BNDES*	*Emite debêntures, empréstimo BNDES; Adquire três hospitais (PE, RJ, e SP)*
Ímpar	*Hospital 9 de Julho vendido*					*Incorpora hospitais da ESHO*	*Financiamento BNDES*	*Empréstimo BNDES*	*Arrendamento mercantil*
ESHO	*Adquire hospital 9 de Julho (SP)*		*Vendida para Amil, do mesmo dono, passa a incorporar hosp. do grupo*			*Grupo Ímpar se desmembra da Amil e reúne hospitais de Edson Bueno*			*Se torna Serviços Médicos das Américas, reúne hospitais e clínicas da United Health*
Sírio-Libanês	*Cria Instituto de Responsabilidad e Social; adesão ao PROADI-SUS*	*Anuncia unidade em Campinas*	*Inaugura nova unidade em SP; arrecada R$ 150 mi em doações*	*Operação de hosp. como OS; inaugura centro oncológico (DF)*	*Inaugura centro oncológico (SP), assume gestão de Instituto*	*Inaugura serviço de radioterapia (DF); investe em expansão*	*Curso de medicina c/ faculdade priv.; Operação de hosp. como OS*	*Investe em TI; inaugura torres (SP) e c. cardiovascular*	*Inaugura centro diagnóstico (DF)*
Einstein	*Operação de Hosp. público de SP como OS; adesão ao PROADI-SUS*	*Inaugura grande hospital (SP) financiado BNDES*	*Inaugura nova unidade SP*	*Inicia expansão em medicina diagnóstica*	*Inaugura centro oncológico; operação hosp. de SP como OS*		*Investe 322 mi; operação de hosp. de SP como OS*	*Inaugura centro de ensino (RJ)*	*Abre graduação medicina; unidade de ensino (MG); convênios com c. oncológicas*
Oswaldo Cruz	*Adesão ao PROADI-SUS*	*Inaugura c. oncológico*			*Inaugura expansão*	*Inaugura escola técnica*	*Inaugura faculdade*		
Moinhos de Vento	*Adesão ao PROADI-SUS*			*Inaugura maternidade*			*Inaugura hospital*	*Parceria prefeitura*	*Inaugura centro oncológico*
Mater Dei		*Inicia Residência*			*Anuncia prédio com 320 leitos; crédito BNDES*		*Inaugura unidade com c. oncológico e de diagnóstico*		*Anuncia novo hospital (320 leitos)*

Fonte**:** elaboração própria, a partir de dados sobre operações patrimoniais, crescimento interno e financiamento (BDES-A2).

5.3 SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA

O **Quadro 14** 1 mostra características gerais da dimensão patrimonial de empresas de serviços de diagnóstico e apoio à terapia em 2017. Quase todas são sediadas nos estados de São Paulo e Minas Gerais e tem como natureza jurídica a sociedade anônima, com exceção do laboratório Sabin, originário do Distrito Federal e que se constitui como sociedade empresária limitada. Quatro empresas – Dasa, Fleury, Alliar e Hermes Pardini – tem capital aberto. Entraram no mercado de ações em 2004, 2009, 2016 e 2017, respectivamente.

As empresas apresentam a presença de basicamente dois perfis de sócios e acionistas na composição do capital. Em Fleury, Hermes Pardini e Alliar o capital é composto majoritariamente por grupos nacionais (famílias e/ou empresários médicos) e, de forma minoritária, investidores institucionais (fundos de investimentos nacionais e estrangeiros, seguradora) com controle compartilhado por ambos. Em duas, Sabin e Salomão Zoppi, apenas grupos nacionais estão presentes no capital e no controle. No Dasa, a maior parte do capital e controle é da mesma família ex-proprietária da empresa de planos de saúde Amil desde 2014, e uma fatia pequena é pulverizada no mercado de ações.

Ao longo do período estudado, as empresas passaram por um processo de expansão geográfica, ampliação de escala e estrutura logística e diversificação de atividades. Com exceção do Salomão Zoppi, todas tem atuação em mais de uma região do país, atendendo diretamente em entre 5 e 13 estados em 2017, o que indica que a concorrência é cada vez mais nacionalizada. A análise de fontes primárias como os relatórios de administração mostra ampliação de escala passou pelo crescimento dos pontos de coleta e atendimento, crescimento da estrutura logística através de expansão orgânica ou aquisições, e automação de processos.

Quadro 14 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, presença e magnitude, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017

Empresa	*NJ*	*Sede*	*Acionistas / Sócio*	*País*	*Perfil*	*Part.*[2]	*Ctrl.*[3]	*Presença e magnitude*	*Atividades*
Fleury	*SAA*	*SP*	*Bradesco Seguros S/A*	*BRA*	*INN*	*16,3 %*	*Sim*	*Rede própria em 7 estados (141 unidades de atendimento, 6 marcas, 7 laboratórios centrais); Forte em hospitais e premium*	*Serviços terceirizados, diagnóstico imagem, laboratorial e hospitalar, laboratório referência, pesquisa clínica, P&D*
			Advent International	*EUA*	*INE*	*13,1 %*	*Sim*		
			Integritas Part.[A]	*BRA*	*GN*	*11,9 %*	*Sim*		
			Médicos Sócios[A]	*BRA*	*GN*	*13,9 %*	*Não*		
			Ações em circulação	*´-*	*-*	*44,8 %*	*-*		
DASA	*SAA*	*SP*	*Edson Godoy Bueno*	*BRA*	*GN*	*12,0 %*	*Sim*	*Rede própria em 13 estados (532 unidades de atendimento, 24 marcas, 11 laboratórios centrais);*	*Serviços terceirizados, diagnóstico imagem, laboratorial e hospitalar, laboratório referência, vacinação, pesquisa clínica, franquia*
			Dulce Godoy Bueno	*BRA*	*GN*	*11,6 %*	*Sim*		
			Cromossomo Part. II[B]	*BRA*	*GN*	*73,9 %*	*Sim*		
			Ações em circulação	*-*	*-*	*2,5 %*	*-*		
Hermes Pardini	*SAA*	*MG*	*Áurea Pardini*[C]	*BRA*	*GN*	*23,3 %*	*Sim*	*Rede própria em 5 estados (111 unidades de atendimento, 6 marcas, 6 laboratórios centrais) Forte laboratório de referência*	*Serviços terceirizados, Diagnóstico imagem, laboratorial, laboratório de referência, vacinação, P&D*
			Regina Pardini[C]	*BRA*	*GN*	*23,3 %*	*Sim*		
			Victor Pardini[C]	*BRA*	*GN*	*23,3 %*	*Sim*		
			Gávea Investimentos	*BRA*	*INN*	*30,1 %*	*Sim*		
Alliar	*SAA*	*MG*	*Pátria Investimentos*	*BRA*	*INN*	*25,4 %*	*Sim*	*Rede própria em 10 estados (104 unidades de atendimento, 21 marcas). Forte em Imagem.*	*Serviços terceirizados, diagnóstico imagem, laboratorial e hospitalar, vacinação*
			Sérgio Tufik	*BRA*	*GN*	*23,1*	*Sim*		

			Roberto Kalil	*BRA*	*GN*	*17,1 %*	*Sim*		
			Geraldo Mol	*BRA*	*GN*	*6,1 %*	*Não*		
			Claudio Ramos	*BRA*	*GN*	*5,6 %*	*Não*		
			Kinea Investimentos	*BRA*	*INN*	*7,0 %*	*Não*		
			Médicos Sócios[D]	*-*	*-*	*15,7 %*	*-*		
Sabin	*Ltda*	*DF*	*Janete A. R. Vaz*	*BRA*	*GN*	*50,0 %*	*Sim*	*Rede própria em 11 estados (229 unidades de atendimento, 7 marcas). Forte análises clínicas*	*Diagnóstico imagem, laboratorial, vacinação*
			Sandra S. S. Costa	*BRA*	*GN*	*50,0 %*	*Sim*		
Salomão Zoppi	*SAF*	*SP*	*Luís Vitor Salomão*	*BRA*	*GN*	*50,0 %*	*Sim*	*Rede própria na grande SP (11 unidades, 1 laboratório central)*	*Diagnóstico imagem, laboratorial, P&D*
			Paulo Sergio Zoppi	*BRA*	*GN*	*50,0 %*	*Sim*		

1) Natureza Jurídica. 2) Participação percentual no capital. 3) Participação no grupo controlador. A – Médicos sócios participam como acionistas individuais e através da empresa Integritas; B – Empresa dos mesmos acionistas; C – Participam como pessoas físicas e jurídicas como acionistas; D – Médicos donos de laboratórios locais incorporados pelo Alliar se tornaram sócios.
Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (BAHIA *et al*., 2020).

O subsetor de serviços de diagnóstico, todavia, não se expandiu para novos ramos da economia ou elos de sua cadeia de valor. Em outras palavras, não se tornaram multissetoriais. A diversificação de atividades foi horizontal em atividades, produtos e mercados complementares às competências originais das empresas. Entre o rol de serviços, estão diagnósticos laboratoriais (análises clínicas), por imagem e hospitalar, que podem ser prestados diretamente ao setor público (SUS) e privado (empresas de planos de saúde, hospitais) ou de modo terceirizado a laboratórios menores, até mesmo fora do Brasil. Cada uma das empresas se especializa em um ou mais de um desses nichos. Em conjunto do subsetor, é possível dizer que a diversificação foi por todas as frentes.

O processo de expansão também tem relação direta com a intensificação das aquisições e outras operações patrimoniais (**Tabela 10**). Ao todo foram movimentados 9,6 bilhões de reais entre 2008 e 2015. Das 74 operações identificadas no subsetor, a grande maioria, 63, foram aquisições ou compras de participação, principalmente de laboratórios menores, e totalizaram cerca de 3,6 bilhões de reais. Todas as empresas realizaram uma quantidade relevante de compras, com destaque para Alliar, o que mostra que este é um aspecto central da concorrência. Em termos de valores, Fleury foi a empresa que mais se destacou, seguida de DASA e Alliar.

As operações de venda (venda, venda de participação e oferta pública de ações) representam um número pequeno no total, 9 operações. O volume de recursos envolvidos, cerca de 6 bilhões de reais supera bastante o que foi gasto com aquisições. Estas operações são relativas a entrada de investidores institucionais, como fundos de investimentos e seguradoras no Hermes Pardini e Alliar e Fleury. No caso do DASA, também ocorreram vendas de ativos para atender a determinações do Conselho Nacional de Defesa Econômica (CADE), em função de uma fusão e da entrada do proprietário da Amil no controle do DASA. Uma operação de fusão envolvendo quatro laboratórios foi o ponto de fundação da Alliar e de seu modelo de negócios em 2010.

A intensificação das fusões e aquisições foi importante para a valorização e capitalização das empresas no momento da venda total ou de partes do capital, de famílias para investidores externos. Quando as empresas recebem aportes de capital de investidores, o processo de expansão e acumulação se potencializa. Também contribuiu para isso a crescente utilização de outras fontes externas de financiamento externo tipicamente financeiras, como a emissão de debêntures, que ocorreu em Fleury, DASA e Alliar. O **Quadro 15** mostra a trajetória de cada uma das empresas.

Tabela 10 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas brasileiras selecionadas* de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, acumulado de 2008 a 2016

Número	*FLE*	*DAS*	*HER*	*ALL*	*SAB*	*SADT*	*SSaúde*
Aquisição	*10*	*11*	*7*	*20*	*11*	*59*	*223*
Compra Part.	*-*	*-*	*4*	*-*	*-*	*4*	*33*
Fusão	*-*	*-*	*-*	*2*	*-*	*2*	*7*
IPO / OA	*1*	*-*	*-*	*1*	*-*	*2*	*9*
Venda	*1*	*3*	*-*	*-*	*-*	*4*	*18*
Venda Part.	*1*	*1*	*1*	*-*	*-*	*3*	*15*
Total	*13*	*15*	*12*	*23*	*11*	*74*	*305*
Valor							
Aquisição	*1838*	*666*	*225*	*867*	*ND**	*3596*	*33768*
Compra Part.	*-*	*-*	*38*	*-*	*-*	*38*	*2673*
Fusão	*-*	*-*	*-*	*NSA*	*-*	*NSA*	*NSA*
IPO / OA	*1026*	*-*	*-*	*782*	*-*	*1809*	*8730*
Venda	*18*	*2401*	*-*	*-*	*-*	*2419*	*29424*
Venda Part.	*438*	*862*	*433*	*-*	*-*	*1733*	*13541*
Total	*3320*	*3929*	*696*	*1649*	*-*	*9594*	*88136*
Valor Médio Op.	*255*	*195*	*58*	*72*	*0*	*130*	*296*

DT – subsetor de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia; SSaude – setor saúde; FLE – Fleury; DAS – Dasa; HER – Hermes Pardini; ALL – Alliar; SAB – Sabin. ND – valores das operações não disponíveis; NSA – valores de operação não se aplicam a fusões.
*A empresa Salomão Zoppi não realizou nenhuma operação.
Valores deflacionados pelo IPCA-IBGE de 31 de dezembro de 2016.
Fonte: Elaboração própria a partir de informações do banco de dados BDES-A (BAHIA *et al*., 2020).

Quadro 15 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia entre 2008 e 2016

Empresa	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fleury	Aquisição GR e Champagnat (PR), BIESP e Campana (SP);	Abre capital; aquisição Centro Mastologia (RJ), Weimann (RS); parcerias com hosp.. privados	Oferta pública de ações (R$630mi); Aquisição DI (SP); chega a 141 unidades	Emissão de debênture (R$ 450mi); aquisição Diagnoson (BA) e Labs D'Or (RJ); cria A+ diagn	Aquisição Papaiz Diag.; chega a 190 unidades de atendimento e 29 hospitais atendidos.	Emissão debênture (R$ 500 mi); reestruturação – foco no segmento "premium"	Negocia venda p/ fundo Gávea e fusão Hermes Pardini, não se concretiza	Vende 13% p/ fundo Advent; investimento em tecnologia; vende Cruzeiro do Sul (RJ)	-Chega a 141 unidades, 6 marcas e 22 hospitais atendidos
Dasa	Aquisição Maximagem (SP); Cedic e Cedilab (MT); Unimagem (CE); emite notas internacionais (U$ 250 mi);	Chega a 321 unidades em 12 estados, 19 marcas	Aquisição CERPE (PE); cria Instituto de Ensino/Pesquisa; Fusão com MD1 diag. da Amil; aquisição notas emitidas em 2008	Aquisição Previlab e Cytolab; CADE analisa e adia fusão com MD1	Emissão de debênture (R$ 250 mi); chega a 452 unidades, 26 marcas e 13 estados	Emite debêntures (R$ 450 mi); CADE aprova fusão com MD1 e DASA tem que vender ativos no RJ; 28 clientes setor público	Edson Bueno adquire 38% restantes e se torna controlador; vende ProEcho e Lafe	Emissão de debêntures (R$ 500 mi; chega a 466 unidades e 66 hospitais, em 13 estados,	Aquisição lab. G. Cidrim, Lab. Oswaldo Cruz (SP), Leme (BA), Gaspar (MA); debênture (R$ 200 mi)
Alliar			Fundada pelo Fundo Pátria fusão 4 lab. locais; aquisição Plani (SP), DI Imagem (RJ) e grupo MG	Aquisição de três grupos locais (RS, PA e MG)	Aquisição de quatro grupos locais (MG, PR e MS)	Aquisição de nove grupos locais; emite debêntures (R$ 50 mi)	Ganha licitação p/ gestão de SADT em hosps. (BA); aquisição de um grupo local	Chega a 97 unidades	Oferta primária de ações, fundo Pátria vende 20% deixa o negócio; aquisição Delfim e Multilab;
Hermes Pardini				Fundo Gávea adquire 30%	Compra Digimagem Biocod, Progenétic e Diagnostika, parceria CEMDI	Aquisição Lab. Padrão (GO), Diagpar, CDDI (RJ), HP import	Aquisição IHP		Entra com pedido de abertura de capital na CVM
Sabin		Duas novas unidades (BA)			Fusão Labaclen (BA)	4 novas unidades (BA)	Aquisição lab. interior S0050	Aquisição três lab. (SP, MG, MS)	Aquisições lab. MG e PR; inaugura núcleo técnico op.
Salomão Zoppi	Inaugura núcleo técnico operacional			Nova unidade e nova sede (SP)	Nova unidade (SP)	Nova unidade (SP)	2 novas unidades (SP)	Negocia venda p/ fundos de invest.	

Fonte**:** elaboração própria, a partir de dados sobre operações patrimoniais, crescimento interno e financiamento (BDES-A2).

5.4 INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O **Quadro 16** mostra características gerais da dimensão patrimonial de empresas da indústria farmacêutica em 2017. Todas as empresas brasileiras têm sede no estado de São Paulo. Em sua maioria, são sociedades anônimas de capital fechado, sem a presença de investidores externos, com capital e controle exclusivamente familiar (Eurofarma, Ache e Grupo NC). A única exceção é a Hypermarcas, inicialmente uma empresa do ramo de produtos de consumo, que ao longo do período do estudo entrou no setor farmacêutico e ao final migrou definitivamente para este. Ela é uma empresa de capital aberto desde 2008, que em 2017 era controlada por um empresário brasileiro e um grupo de empresários mexicano. Conta com investimentos de três fundos de *private equity* e *venture capital* brasileiros e estrangeiros e quase metade do capital diluído no mercado de ações.

Entre as estrangeiras, quatro são de origem europeia, uma norte-americana e uma japonesa, e suas sedes se situam também em São Paulo, com exceção da GlaxoSmithKline, no Rio de Janeiro. A organização societária e a forma jurídica são distintas das brasileiras. Em geral, as multinacionais possuem mais de uma empresa ou fábrica em território nacional, porém consolidam seus resultados apenas no exterior. A grande maioria destas subsidiárias no país são sociedades limitadas, além de duas sociedades anônimas de capital fechado.

Essa separação em diferentes empresas está associada às próprias divisões internacionais das empresas (Sanofi, Sanofi-Pasteur e Merial, por exemplo), a movimentos de fusões e aquisições no Brasil (Sanofi e Medley; Takeda e Multilab) ou fora (Pfizer e Wyeth; GSK e Stiefl; Bayer e Schering). Cada uma das unidades no Brasil se liga a diferentes partes da holding multinacional do grupo estrangeiro proprietário, o que faz com que muitas vezes as empresas no Brasil sejam subsidiárias de empresas de países distintos da sede global dos grupos. Um exemplo é a Takeda, que apesar da origem japonesa, são empresas europeias da holding que são donas das subsidiárias brasileiras. O mesmo acontece com Bayer, Pfizer e Sanofi. Em muitos casos as plantas industriais destas empresas no Brasil são também base de exportação para outros países da América Latina.

Quadro 16 – Características gerais de empresas selecionadas do subsetor de indústria farmacêutica segundo sede, natureza jurídica, perfil de acionistas e sócios, estrutura e controle de capital, atividades econômicas e assistenciais. Brasil, 2017

Empresa	*NJ[1]*	*Sede*	*Acionista / Sócio*	*País*	*Perfil*	*Part.[2]*	*Crtl.[3]*	*Atividades*
Hypermarcas	*SAA*	*SP*	*João de Queiroz Filho* *Maiorem SA de CV* *Fundo Votorantim* *Capital World Investors* *BlackRock Inc.* *Ações em Circulação*	*BRA* *MEX* *BRA* *EUA* *EUA* -	*GN* *GE* *INN* *INE* *INE* -	*20,1%* *14,8%* *5,5%* *5,5%* *5,0%* *47,4%*	*Sim* *Sim* *Não* *Não* *Não* -	*Produção de medicamentos (similares, isentos de prescrição - MIPs, genéricos, biológicos); produtos dietéticos e suplementos; cosméticos, participações e investimentos;*
Grupo NC (EMS)	*SAF*	*SP*	*Carlos Sanchez e família*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*	*Produção de medicamentos (similares, MIPs, genéricos, hospitalar, biológicos); mercado imobiliário; investimentos e participações; inovação*
Eurofarma	*SAF*	*SP*	*Maurizio Billi e família*	*BRA*	*GN*	*100%*	*Sim*	*Produção de medicamentos (similares, MIPs, genéricos, biológicos, hospitalares); comercialização; pesquisa clínicas; vacinas veterinárias*
Aché	*SAF*	*SP*	*Família Baptista* *Família Siaulys* *Família Depieri*	*BRA* *BRA* *BRA*	*GN* *GN* *GN*	*33,3%* *33,3%* *33,3%*	*Sim* *Sim* *Sim*	*Produção de medicamentos (similares, MIPs, genéricos, biológicos); inovação; comercialização e distribuição; imobiliário*
Sanofi				*FRA*				
Sanofi Aventis Farm.	*Ltda*	*SP*	*Sanofi Biotechonlogy SAS*	*EUA*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	*Produção de medicamentos (similares, MIPs, genéricos); vacinas; produtos e medicamentos veterinários; biotecnologia; pesquisas clínicas*
Medley Farm.	*Ltda*	*SP*	*Sanofi Aventis Farm.*	*BRA*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Genzyme	*Ltda*	*SP*	*Sanofi Biotechnology SAS*	*EUA*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Pfizer				*EUA*				
Laboratórios Pfizer	*Ltda*	*SP*	*Pfizer Brazil Holding LLC*	*EUA*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	*Produção de medicamentos (genéricos, similares, MIPs, biológicos); vacinas; produtos e medicamentos veterinários; pesquisas clínicas*
Pfizer Med. Genéricos	*Ltda*	*SP*	*Pfizer Louxembourg SARL*	*LUX*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Wyeth Ind. Farm.	*Ltda*	*SP*	*Pfizer Louxembourg SARL*	*LUX*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Bayer				*ALE*				*Produção de medicamentos (similares, MIPs); agrotóxicos; produtos veterinários; vacinas; polímeros e materiais; distribuição*
Bayer SA	*SAF*	*SP*	*Bayer Hispania SL*	*ESP*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Schering do Brasil Farm.	*Ltda*	*SP*	*Bayer Hispania SL*	*ESP*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Takeda				*JAP*				*Produção de medicamentos (similares, MIPs genéricos)*
Takeda Pharma	*Ltda*	*SP*	*Takeda GMBH*	*ALE*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Multilab Ind. e Com.	*Ltda*	*RS*	*Takeda Pharma SA*	*HOL*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Novartis				*SUI*				*Produção de medicamentos (similares, MIPs, genéricos); insumos farm.; vacinas; produtos veterinários; pesquisas clínicas*
Novartis Biociências	*SAF*	*SP*	*Novartis Holding AG*	*SUI*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
Sandoz do Brasil	*Ltda*	*PR*	*Novartis Holding AG*	*SUI*	*GE*	*99,9%*	*Sim*	
GSK				*ING*				
GlaxoSmithKline Brasil	*Ltda*	*RJ*	*SmithKline Beecham Ltd* *GlaxoSmithKline Biol. SA*	*ING* *BEL*	*GE* *GE*	*60,4%* *39,6%*	*Sim* *Sim*	*Produção de medicamentos (MIPs, similares, cosméticos); produtos de consumo; vacinas*

Empresa	*NJ[1]*	*Sede*	*Acionista / Sócio*	*País*	*Perfil*	*Part.[2]*	*Crtl.[3]*	*Atividades*
Laboratórios Stiefl	*Ltda*	*RJ*	*Stiefl Laboratories Inc.*	*EUA*	*GE*	*79,6%*	*Sim*	
			Stiefl Labs. Ireland Ltd	*IRL*	*GE*	*20,2%*	*Sim*	

1) Natureza Jurídica – sociedade anônima abertas (SAA), fechada (SAF) e sociedade limitada (Ltda). 2) Participação percentual no capital. 3) Participação no grupo controlador. Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia et al. 2020).

Com relação às atividades desenvolvidas, as principais são a produção de medicamentos de marca, genéricos e isentos de prescrição, com diferentes graus de especialização em cada categoria dependendo da empesa e de sua origem. Mas de modo geral são produtos de baixo valor agregado e distantes da fronteira tecnológica global. Nenhuma multinacional produzia medicamentos biológicos ou oncológicos no Brasil até 2016. Os investimentos nas primeiras fábricas de medicamentos biológicos similares começaram apenas em 2012. Outras atividades relevantes desenvolvidas em menor escala por algumas delas é a produção de medicamentos veterinários, vacinas, produtos dietéticos, cosméticos, agrotóxico se sementes transgênicas, insumos químicos e farmacêuticos, além de pesquisas clínicas. O grau de importância de cada uma varia de acordo com os modelos de negócio.

Os números, valores e tipos de operações patrimoniais realizadas pelas farmacêuticas entre 2008 e 2016 mostram outros aspectos relevantes (**Tabela 11**). Ao todo foram movimentados cerca de 26,4 bilhões de reais em 48 operações. Apesar da quantidade de ter sido relativamente pequena frente a todo o setor saúde (pouco mais de 15%), os valores médios por operação foram quase o dobro, o que mostra em geral são operações de maior porte. As principais aquisições e compras de participação ocorreram entre 2008 e 2012. Alguns exemplos são a compra das empresas de genéricos Medley pela Sanofi, de 40% da Teuto pela Pfizer, ambas em 2009, e da Multilab pela Takeda em 2012. A Eurofarma adquiriu diversas fábricas e laboratórios na América Latina. Já a Bayer focou em empresas do setor agrícola. Um caso peculiar é o do Grupo NC, que ao longo do estudo passou a investir em outros setores como construção, imobiliário, comunicação, produção de energia eólica, além de participações em outros empresas.

Todavia, o grande destaque é da Hypermarcas, empresa que realizou o maior número de operações e movimentou o maior volume de recursos, o que parece ter uma relação direta com a estrutura do seu capital e da presença de investidores externos. A aquisição dos laboratórios Farmasa, NeoQuímica e Mantecorp entre 2008 e 2010 custaram somadas quase 7,5 bilhões de reais (valores corrigidos para 2016). Foi também a única empresa que realizou vendas, relacionadas à reorientação da estratégia, de ativos nos segmentos de produtos de

consumo, alimentos, higiene e cosméticos para focar exclusivamente no setor farmacêutico. Foi também a única a realizar oferta públicas de ações.

Tabela 11 – Número e valores (milhões de reais) de operações patrimoniais realizadas por empresas selecionadas* do subsetor de indústria farmacêutica com atuação no Brasil, acumulado de 2008 a 2016

Número	*HYP*	*EMS*	*EUR*	*ACH*	*SAN*	*PFI*	*TAK*	*BAY*	*IF*	*SSaúde*
Aquisição	*16*	*2*	*8*	*3*	*1*	*-*	*1*	*5*	*36*	*223*
Compra Part.	*-*	*-*	*2*	*-*	*-*	*1*	*-*	*-*	*3*	*33*
IPO / OA	*2*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*2*	*9*
Venda	*5*	*-*	*1*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*6*	*18*
Venda Part.	*1*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*1*	*15*
Total	*24*	*2*	*11*	*3*	*1*	*1*	*1*	*5*	*48*	*305*
Valor										
Aquisição	*11096*	*875*	*756*	*49*	*2444*	*-*	*737*	*ND*	*15957*	*33768*
Compra Part.	*-*	*-*	*44*	*-*	*-*	*615*	*-*	*-*	*659*	*2673*
IPO / OA	*2076*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*2076*	*8730*
Venda	*6564*	*-*	*ND*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*6564*	*29424*
Venda Part.	*1132*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*1132*	*13541*
Total	*20686*	*875*	*756*	*49*	*2444*	*615*	*737*	*0*	*26389*	*88136*
Valor Médio Op.	*862*	*438*	*69*	*16*	*2444*	*615*	*737*	*0*	*550*	*296*

*As empresas GSK e Novartis não realizaram nenhuma operação identificada. IF – subsetor de indústria farmacêutica; SSaude – setor saúde; HYP – Hypermarcas; EMS – Grupo NC; EUR – Eurofarma; ACH – Ache; SAN – Sanofi; PFI – Pfizer; TAK – Takeda; BAY - Bayer. ND – valores das operações não disponíveis. Valores deflacionados pelo IPCA-IBGE de 31 de dezembro de 2016.

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do banco de dados BDES-A (BAHIA *et al*., 2020).

As empresas brasileiras se destacaram na formação das *joint ventures* BioNovis (EMS, Ache e Hypermarcas) e Orygen (Eurofarma, Biolab, Cristália e Libbs – posteriormente as duas últimas deram lugar a Pfizer em 2016). O BNDES teve grande relevância no financiamento destes investimentos e em diversos outros das empresas nacionais. Outra fonte de financiamento que cresceu em importância foi a emissão de debêntures, realizada pela Hypermarcas e pela EMS.

O **Quadro 17** mostra a trajetória de cada uma das empresas.

Quadro 17 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas da Indústria Farmacêutica entre 2008 e 2016, Brasil

Empresa	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Hypermarcas	*Abre capital; aquisição Lab. Farmasa, grupo de cosméticos e duas marcas higiene/beleza*	*Aquisição Neoquímica, três fabricantes higiene/beleza; entrada de 2 fundos*	*Emite debênture; Aquisição dois laboratórios; aquisição quatro empresas higiene e beleza*	*Vende parte dos ativos de higiene e beleza, alimentos e limpeza*	*Recompra de ações; forma joint venture BioNovis (biológicos)*	*Inaugura expansão Neoquímica*	*Inaugura centro de distribuição Higiene/beleza; vende terrenos, crédito BB*	*Vende negócios cosméticos, preservativos e fraldas;*	*Reestruturação: foco exclusivo em med. e abandona demais negócios; crédito BNDES*
Eurofarma		*Aquisição Quesada (Arg)*	*Aquisições Uruguai, Chile, Bolívia; fábrica de soros*	*Torna-se S.A.; joint venture Supera c/; investe fábrica saúde animal*	*Forma joint venture Orygen (biológicos)*	*Aquisições fábricas Colômbia, Guatemala e Peru; cria subsidiária Momenta*	*Aquisição no Chile; compra parte da Biotech (EUA)*	*Aquisição fábrica Argentina*	*Vende Inova Biotec., de saúde animal; parceriais p/ vacinas e biossimilares; crédito BNDES*
Aché		*Crédito BNDES*	*Aquisição 50% Melcon; entra mercado nutracêuticos; lança linha cosméticos*	*Crédito BNDES*	*Planeja abrir capital e volta atrás; forma joint venture BioNovis*	*Negocia venda com BTG, Hypermarcas e estrangeiras, mas desiste.*		*Cria núcleo de inovação*	*Aquisição lab. Nortis e Tiraju; investe em novo c. distribuição e fábrica; crédito BNDES*
Grupo NC	*Cria construtora e imobiliária*	*Anuncia invest. em fábricas; parceria c/ coreana p/ biossimilar; crédito BNDES*		*Emissão de debêntures; financiamento BNDES*	*Forma joint venture BioNovis (biológicos); financiamento BNDES*	*Cria empresa (EUA) de participação em startups de med. Biológicos; faz PPP para administrar lab. FURP (SP)*	*Inaugura nova fábrica (AM)*	*Financiamento BNDES*	*Aquisição grupo comunicação e usina eólica; financiamento BNDES*
Novartis	*Venda divisão de produtos alimentícios infantis (Int.)*		*Anuncia construção de fábrica de vacinas e biotec. (PE)*		*Financiamento BNDES*	*Investe em pesquisas clínicas*	*Vende divisão saúde animal e vacinas p/ GSK (Int.); desiste de fábrica de vacina*		
Sanofi		*Adquire Medley, entra no mercado de genéricos*					*Investe em fábrica de vacinas*	*Inaugura fábrica de med. veterinários e c. distribuição*	
Pfizer		*Compra 40%*	*Anuncia*		*Vende divisão*		*Divisão animal*		*Entra na joint*

Empresa	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
		Teuto, entra em genéricos; incorpora Wyeth (Int.);	*investimento em fábricas*		*de alimentos Wyeth para Nestle (Int.)*		*desmembrada (Int.)*		*venture Orygen; não exerce opção de compra e sai da Teuto*
Bayer		*Anuncia investimento*	*Integração com Schering (Int.)*	*Aquisição empresa agrícola (GO)*	*Adquire três empresas agrícolas*			*Aquisição empresa sementes (RS); desativa fábrica polímeros; centro pesquisa*	*Emite títulos rurais*
Takeda				*Aquisição Nycomed (Int.), chega no Brasil*	*Aquisção do Multilab (RS)*				
GSK		*Incorpora Stiefl (Int.)*					*Compra divisões Novartis (Int.)*		

Fonte: elaboração própria a partir de dados sobre operações patrimoniais, crescimento interno e financiamento das empresas (BDES-A2).

5.5 VAREJO FARMACÊUTICO

A análise detalhada destes dados já foi realizada no artigo do Capítulo 4. Apresentamos apenas uma tabela adicional, o **Quadro 18**.

Quadro 18 – Trajetória, expansão e fatos relevantes de empresas do subsetor do Varejo Farmacêutico no Brasil (2008 a 2016)

Empresa	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Raia Drogasil	*Drogasil abre capital; Fundo investimentos entra na Raia; adquire rede Vision (DF)*		*Raia abre capital, cria marca higiene/beleza; empréstimo BNDES*	*Fusão Raia e Drogasil, forma maior grupo BR; investe em 2 centros de distribuição (PR E GO), abre 99 lojas*	*Aquisição de duas redes no CO; inaugura 2 centros de distribuição e 101 lojas*	*Abre 131 lojas; empréstimo BNDES*	*Abre 131 lojas e chega a 5 estados NE*	*Adquire empresa do varejo de especialidades e Cria PBM própria, abre 156 lojas*	*Abre 212 lojas. Inaugura centro de distribuição (PE)*
DPSP			*Empréstimo BNDES*	*Fusão São Paulo e Pacheco, segundo maior grupo brasileiro*	*Abre 31 lojas, investe em TI e logística*	*Abre centro de distribuição (MG) e 100 lojas*	*Recusa venda CVS (EUA). Abre 154 lojas; crédito BNDES*	*Inaugura centro de distribuição (SP) e 141 lojas*	*Abre Centro de distribuição (BA) e 100 lojas*
BR Pharma		*Fundada pelo BTG Pactual*	*Aquisição de cinco redes regionais;*	*Abre 86 lojas*	*Oferta de ações, emite debêntures; adquire duas redes (BA PA), empresa de higiene/beleza,*	*Ações caem, descumpre cláusula debênture; inaugura centro de distribuição (RS) e 96 lojas*		*BTG vende rede para fundo de investimento; oferece ativos para rivais.*	*Vende rede para distribuidora Profarma; oferta de ações*
Pague Menos		*Abre 32 lojas*	*Abre 67 lojas*	*Abre capital, negocia fusão com Ultrafarma; Abre 89 lojas*	*Emite debêntures, abre 96 lojas*	*Emite debêntures, Abre 68 lojas, inaugur centro de distribuição (RS)*	*Emite debêntures, Inaugura centro de distribuição (GO), abre 96 lojas*	*Vende 17% p/ General Atlantic; compra 26% ePharma (PBM);*	*Inaugura 146 lojas e centro distribuição (BA)*
PanVel				*Recusa venda BR Pharma; Inaugura centro distribuição (PR)*	*Abre 8 lojas e investe em lab.próprio*	*Abre 15 lojas*	*Inaugura centro. distribuição (RS), abre 14 lojas*	*Abre 26 lojas e investe em TI*	*Abre 23 lojas, entra no mercado SP*
Extrafarma		*Chega ao AP e PI*				*Chega ao RN*	*Vendida p/ Ultra (distribuidor de combustíveis); chega a SP, PE, PB*		

Fonte: elaboração própria, a partir de dados sobre operações patrimoniais, crescimento interno e financiamento (BDES-A2)

5.6 HIPÓTESES E REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE COMPETIÇÃO E ACUMULAÇÃO ENTRE AS PRINCIPAIS EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

A apresentação descritiva dos dados suscita uma série questões que merecem maior atenção no futuro para aprofundar a compreensão da dinâmica capitalista do setor saúde brasileiro contemporâneo. Uma primeira necessidade de aprofundamento é na compreensão das interrelações entre os subsetores, os fluxos financeiros de financiamento e de recursos entre eles, e a articulação da lógica da valorização produtiva e financeira de cada um dentro de um todo. Isso implicaria: (1) na identificação de relações de competição e complementariedade entre subsetores, que envolve elementos de cada conjuntura e os interesses políticos e econômicos heterogêneos, em alguns momentos contraditórios; (2) na compreensão de padrões de especialização na oferta e na demanda, na prestação de serviços e fornecimento de insumos aos diferentes estratos sociais e parceiros comerciais, na utilização, incorporação e disseminação de tecnologias; (3) na elucidação de articulações entre o desenvolvimento do processo de acumulação em cada segmento, a reprodução de distintos modelos e práticas assistenciais, de padrões desiguais de acesso, consumo e utilização de serviços de saúde, com implicações distintas para cada classe social; (4) na dimensão política e ideológica da ação empresarial (interesses, ideias, práticas, propostas, entidades de representação, esferas de influência política)

Há também uma necessidade de maior compreensão sobre grau de dependência de cada subsetor das políticas públicas como um todo (padrão de articulação público-privado, financiamento e acesso ao fundo público, políticas sanitárias, fiscais, tributárias, industriais, comerciais e trabalhistas), das oscilações na economia nacional e internacional (crises, desvalorização cambial, influxos de capitais externos, evolução da renda e do mercado de trabalho etc.). Longe de entrar profundamente em todas estas questões e temas, estase servirão neste momento apenas de pano de fundo para algumas breves reflexões e hipóteses.

Entre as principais empresas, investidores e os subsetores analisados, há uma grande heterogeneidade de interesses de mercado, que podem convergir e divergir em diferentes pautas econômicas e políticas, conjunturais e locais. Todos são subsetores bastante interdependentes, algo que tem sido corretamente destacado pelo conceito de CEIS quando defendem uma perspectiva sistêmica, mas que ainda carece de maior compreensão e evidências empíricas.

Ao analisar os dados apresentados neste capítulo, é cristalino que para as maiores empresas do setor saúde, os mercados mais dinâmicos e relevantes para o faturamento são dependentes de fontes privadas de financiamento. O setor público como financiador parece ter maior peso apenas entre as organizações sociais (que em alguns casos estão ligadas a hospitais privados) e entre parte dos hospitais filantrópicos (não incluídos no estudo, por não se tratar das maiores empresas).

Segundo dados da Abramed, da ANS e da Anahp, as despesas assistenciais dos planos de saúde foram 57% com internações hospitalares e 17% com exames, 10% com consultas e 5% com terapias. Cerca de 82% das receitas de internações nos hospitais privados da ANAHP e do pagamento por exames em serviços de apoio ao diagnóstico e terapia são oriundas dos planos e seguros de saúde. Pela análise dos subsetores, estes três componentes parecem compor um primeiro conjunto de atividades altamente relacionadas e interdependentes entre si em termos econômicos e comerciais, e com uma clara dominância dos planos de saúde, as que mais se impulsionaram com o processo de financeirização. Como destaca Andrietta (2019):

> tanto hospitais quanto empresas de medicina diagnóstica definem suas estratégias a reboque das decisões tomadas pelos planos. O padrão de expansão geográfica e as práticas comerciais são majoritariamente encaminhadas no sentido de ampliar sua participação enquanto prestadores de serviços para os maiores planos de saúde e aumentar seu poder de barganha diante de seus principais compradores. (ANDRIETTA, 2019, p. 221).

E a financeirização complexificou bastante este cenário, diluindo muitas fronteiras entre os negócios. A centralização de capital (consolidação) em todos os subsetores, especialmente nos planos, intensifica as estratégias de integração vertical, atuação multissetorial, ampliando o escopo e a importância das fusões e aquisições. Os planos se tornaram os principais concorrentes na disputa por ativos no setor hospitalar, enquanto neste setor existem poucos grupos de abrangência nacional, sendo a Rede D'Or o único que conseguiu fazer frente, durante o período estudado, ao ritmo de aquisições e crescimento interno da rede hospitalar dos planos de saúde como Amil, Intermédica e Hapvida.

Em 2019, em resposta a estes movimentos das operadoras crescentemente verticalizadas, a Rede D'Or adquiriu 10% da Qualicorp e se tornou uma das controladoras da empresa, cujas atividades principais são a captação de clientes e intermediação comercial da venda de planos de saúde coletivos por adesão, mercado criado pela ANS em 2009 e praticamente monopolizado pela Qualicorp.

Em 2021 a Rede D'Or realizou seu IPO, o que alavancou seu proprietário para um dos dez brasileiros mais ricos e capitalizou a empresa para mais uma grande rodada de aquisições e concentração. Em 2020 outra operação gigante consolidou a fusão de Hapvida e Intermédica. Estas três empresas – Rede D'Or, Amil e Ímpar – adquiriram hospitais principalmente nos mercados de grandes capitais e regiões metropolitanas como Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Recife, Fortaleza, Salvador (entre outras) durante o período estudado. As Unimeds ainda são bastante relevantes a nível nacional, em mercados de cidades de pequeno e médio porte, além de capitais, onde disputam as seguradoras e medicinas de grupo.

Todavia, dentro do mercado hospitalar como um todo, há muitas nuances, com hospitais de diferentes perfis institucionais, financiamento, públicos de atendimento, escala, densidade tecnológica, relevância econômica e política. Por exemplo, nos mercados mais dinâmicos das capitais, um nicho importante são os hospitais de atendimento exclusivamente privado, voltados para o topo da pirâmide social. Nestes, a força da "marca" é importante, identificada com padrões assistenciais de uma medicina para ricos, com médicos de "grife" no corpo clínico, altamente especializada, com utilização intensiva de tecnologias modernas e oferta instalações de hotelaria sofisticadas. O convênio com estes hospitais são centrais e estratégico para medicinas de grupo e, principalmente, seguradoras que não tem rede própria. Isso porque para competição entre planos de saúde nestes nichos altamente relevantes em termos financeiros, é uma pré-condição o acesso a estes hospitais-marcas. A Rede D'Or e Amil, por exemplo conseguiram movimentos importantes neste tipo de hospital em cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Recife.

Todavia, outros hospitais – privados ou filantrópicos – também conseguiram se expandir, se diversificar e permanecem dominantes em mercados locais relevantes, como Sírio, Einstein e Oswaldo Cruz em São Paulo, Mater Dei em Belo Horizonte e Moinhos de Vento em Porto Alegre. Com exceção do hospital mineiro, que se tornou uma rede local, os demais foram beneficiados diretamente pelo impulso financeiro do BNDES. Hoje, os chamados "hospitais de excelência", além de terem expandido suas unidades hospitalares, diversificaram seus negócios, se tornando também faculdades, disseminadores de técnicas gerenciais, cursos de capacitação profissional e gerencial, avaliadores da incorporação de tecnologias do SUS, organizações sociais e gestores de serviços públicos, consultores para os setores público e privado. Mas estes são poucos hospitais e restritos aos grandes centros.

Há, também, hospitais privados de atendimento exclusivamente privado e menor qualidade, densidade tecnológica intermediária e menor porte, voltados para planos de menor

cobertura das classes médias assalariadas. Estes planos também são dependentes dos hospitais filantrópicos e privados que prestam serviços tanto para o SUS quanto para planos. Nestes segmentos, Amil, Intermédica, Hapvida e Rede D'Or também avançaram e verticalizaram suas redes, possibilitando a oferta de planos mais baratos e de coberturas restritas. E é nestes segmentos onde a demanda dos planos de saúde pode afetar mais diretamente a oferta no SUS, na medida em que os planos remuneram melhor as internações e disputam a oferta dos prestadores.

Existe ainda o surgimento de micromercados especializados, como o de clínicas populares, oncológicas, oftalmológicas que tem despertado crescente atenção dos planos de saúde, além de empresas ligadas à tecnologia da informação, como PBMs, *startups* financeiras e de soluções para planos e serviços, nicho tecnológico essencial para os sistemas de pagamento, reembolso, precificação e controle de custos. Todas as empresas têm divisões internas voltadas para utilização de tecnologias de dados, tanto para comercialização de serviços para terceiros, quanto para aprimoramento de processos internos.

No subsetor de serviços e diagnóstico, as relações cruzadas também são complexas. O Bradesco, por exemplo, é um dos controladores do grupo Fleury, extremamente relevante para o mercado das classes altas, prestando serviços não apenas aos clientes dos planos, mas também a hospitais de luxo de São Paulo e do Sudeste. O grupo Fleury, por sua vez, adquiriu a rede de Laboratórios da Rede D'Or. O grupo Dasa, por sua vez, já tinha como um dos sócios o antigo proprietário da Amil, Edson Bueno, e quando este vendeu a empresa para a *United Health* em 2012, tornou-se proprietário da rede hospitalar Ímpar (separada da Amil na venda) e assumiu o controle do DASA. Em 2018, Amil e Dasa fizeram uma *joint venture* para clínicas populares. Em 2020, Dasa e Ímpar se fundiram e se tornaram um único grupo.

Os outros concorrentes, ao longo do período, deixaram de ser empresas familiares e de médicos de médio porte, para se lançarem como grupos econômicos de gestão profissionalizada. É o caso do Hermes Pardini, capitalizado pelo fundo Gávea em 2011 e com capital aberto em 2017. Sediado em Belo Horizonte, tem foco nas prestações de serviços para e atua também em outros países da América Latina. Ou do grupo Alliar, que nasceu a partir da fusão de diversos grupos locais, em associação entre médicos e o fundo de investimento Pátria, também com IPO em 2017. Também neste mercado, a competição tem sido altamente condicionada pela financeirização, já que os capitais externos são essenciais para sustentar o ritmo de ampliação de escala, aquisições, incorporação de tecnologia e automação, e para a fazer frente aos outros elos da cadeia, planos e hospitais. Todavia, existem padrões de especialização e estratégias de negócios distintas entre as empresas e, assim como entre

hospitais, existe uma grande fragmentação, com uma grande presença de pequenos e médios laboratórios.

Uma segunda cadeia envolve a indústria farmacêutica, farmácias, distribuidores, governo e instituições privadas. Considerando o canal de comercialização, 69% do faturamento do mercado, é oriundo se do varejo farmacêutico e 31% do mercado institucional (16% setor público e 15% privado), que engloba compras públicas dos três níveis de governo e compras diretas de hospitais, clínicas e serviços de saúde privados, segundo a Interfarma (2019). Com relação aos canais de distribuição, 58% do faturamento dos laboratórios vem da venda direta para distribuidores (73% do volume) e 19% para farmácias e drogarias (18% do volume), 15% para o governo (apenas 4% do volume) e 7% para estabelecimentos privados (3% do volume) (ANVISA, 2018).

Fica claro que o poder de compra do Estado e a capacidade do setor público em organizar a oferta e demanda de medicamentos é pequena relativamente à relevância da dimensão comercial do varejo para os laboratórios nacionais e transnacionais. Isso porque além do poder de compra ser muito menor, encontra-se diluído em estados e municípios. Isso também fica expresso no padrão de financiamento do consumo de medicamentos: 73,1% do gasto com medicamentos destinou-se ao consumo financiado pelas famílias, 14,8% ao consumo intermediário da saúde privada, 10,2% ao consumo intermediário da saúde pública e ao consumo final do governo (IBGE 2019). Gasto esse, que é extremamente regressivo, já que é o principal componente do gasto privado em saúde de famílias dos quintis mais baixos de renda.

Quando se observa a estrutura do mercado farmacêutico nacional, outros dados chamam a atenção. O faturamento do mercado é composto por medicamentos novos/referência (37%), medicamentos biológicos (21%), similares e OTC (21%), genéricos (14%), biossimilares (2%), outros (6%) (Anvisa, 2018). Grosso modo, os mercados de medicamentos de referência são dominados pelas transnacionais, pois se trata de medicamentos protegidos por patentes, assim como os medicamentos biológicos. Os medicamentos biológicos por sua vez, tem no governo um dos principais compradores e fabricante, disponibilizando no SUS medicamentos inacessíveis até para as classes altas e constantemente pressionados pela incorporação destes pelos laboratórios. Os biológicos também são relevantes nas instituições hospitalares privadas, e podem ser um importante componente do aumento de custos, já que sua incorporação é altamente influenciada pelos médicos, laboratórios e hospitais. O marketing direto aos prescritores também é fundamental para a incorporação de novos produtos de alto valor agregado na prática médica privada.

Produtores nacionais são mais fortes nos medicamentos genéricos, similares e medicamentos isentos de prescrição, mas também concorrem com as transnacionais. Nestes mercados a competição e a quantidade de produtores é maior, e se dá principalmente na diferenciação por marcas, preço, volume de vendas e marketing. Ou seja, a inovação é bem menos importante do que as estratégias comerciais, ainda que pequenas inovações incrementais possam permitir a competição em novos grupos farmacológicos.

Outro dado que reforça este padrão estrutural: observa-se que cerca de 50% do faturamento dos laboratórios é com produtos que custam acima de R$ 50, e representa menos de 5% do volume. Trata-se principalmente dos medicamentos de referência. Outros 41% do faturamento e do volume é de medicamentos que custam entre R$ 5 e 50. Os medicamentos que custam menos de R$ 5 reais representam 8% do faturamento e 54% do volume (Anvisa 2018). E são estas as faixas principais dos medicamentos similares, genéricos e isentos de prescrição.

Estes fluxos refletem não apenas as especializações tecnológicas de laboratórios nacionais e internacionais, mas também suas estratégias comerciais associadas a determinados padrões desiguais de consumo, que não são determinados apenas pela produção, mas também pelos padrões da oferta e comercialização e pela influência na prática médica.

Este ponto merece uma análise mais aprofundada. A hipótese é que no setor farmacêutico, o circuito entre produção/comercialização privada/prescrição privada/gasto privado, ainda é a principal estrutura do circuito de acumulação e de geração de necessidades. O setor público, por sua vez, cumpriria principalmente o papel de corrigir falhas de mercados com as políticas de assistência farmacêutica e de disponibilização de crescentes fatias do fundo público para garantir os mercados dos produtos biotecnológicos e patenteados das transnacionais. Em 2018, 62% do orçamento da Assistência Farmacêutica foi destinado a medicamentos do componente especializado e imunobiológicos (soros e vacinas).

Também é notável que as farmácias e as distribuidoras (não incluídas no estudo, mas merecem atenção) sejam elementos relevantes pouco considerados na dinâmica e competição do setor farmacêutico, para além da dinâmica tecnológica. O processo de financeirização afetou decisivamente o varejo farmacêutico, que experimentou crescimento médio anual em faturamento superior ao da indústria entre 2000 e 2015, e passou por um processo de concentração a partir de duas grandes fusões em 2011, que formou os grupos Raia Drogasil e DPSP, além da expansão da Pague Menos a partir do Nordeste, e chegando a todos os estados. Também vale destaque a experiência frustrada do BTG Pactual em tentar fabricar partir do capital financeiro um grande *player* do mercado, a BrPharma.

As grandes redes, apesar de representar pouco cerca de 10% dos estabelecimentos, concentram 44% do faturamento do varejo. Centradas na disputa de mercados geográficos rentáveis de grandes centros urbanos, também se expandiram fortemente por crescimento interno a quantidade de estabelecimentos. Muitas se verticalizaram passando a assumir cada vez mais as atividades de distribuição, visando garantir a expansão para novas estados e regiões. Também criaram divisões ou formaram *joint ventures* ligadas ao varejo de especialidades, tecnologia da informação e PBM.

As distribuidoras, que não foram analisadas no estudo, também se consolidaram, e tem grande poder de negociação frente às pequenas redes e farmácias independentes, que representam a grande maioria das farmácias e pouco mais da metade do faturamento do varejo. Grupos com a Profarma também passaram a atuar no varejo e muitas empresas adotaram a expansão por aquisições, como a Elfa e a Santa Cruz. O processo de consolidação e expansão mais acelerado nestes segmentos pode ter fortalecido a posição das maiores empresas do varejo e da distribuição frente aos laboratórios. Todavia, todas se beneficiam da extrema mercantilização presente no comércio farmacêutico, na medida em que as vendas continuam a crescer. Isso vale para as práticas de prescrição dos médicos, que merece ser mais estudada e consideradas.

Dentro desse cenário de enorme complexidade, uma hipótese plausível é a de que durante a conjuntura entre 2008 e 2016, (e, por extrapolação, 2003-2016), os possíveis interesses concorrenciais contraditórios, os conflitos intersetoriais nas cadeias de valor do CEIS foram relativamente estabilizados, em diferentes frentes.

O acirramento da concorrência decorrente de concentração e centralização de capital, ainda que em ritmos e intensidades distintas, aparentemente foi atenuados pela rápida e contínua valorização de todas as cadeias, proporcionada tanto pela ampliação do mercado de planos de saúde, pelo aumento da demanda e da oferta de medicamentos, pelas políticas públicas (fiscais, tributárias, de preços, estímulo à demanda), quanto pela grande fragmentação anterior dos mercados setoriais, muitas vezes pulverizado e heterogêneos.

Além disso, no período analisado a integração das empresas líderes à financeirização também ajudou a acomodar uma dinâmica conjunta de acumulação e modernização, já que possibilitou inúmeras vantagens competitivas aos principais *players* de todos os subsetores além de aportes de capitais externos que ajudaram a alavancar o crescimento. Este movimento beneficiou tanto à burguesia interna proprietária quanto os investidores que aportaram capital. Esta parece ter sido a tônica dos anos 2000 e 2010.

Estas são observações preliminares, e estudos mais densos são necessários para captar estas nuances e relações competitivas e cooperativas entre diferentes subsetores do setor saúde e as políticas públicas como um todo. Além disso, o posicionamento das empresas e as mudanças na concorrência na conjuntura pós-2016 merecem também melhores considerações dentro das tensões econômicas e políticas desta nova conjuntura, na qual a continuação e ampliação do processo de financeirização é a única certeza clara.

PARTE II – A Economia Política do Setor Saúde no Brasil (1988-2016)

CAPÍTULO 6 – PREÂMBULO: EM BUSCA DE UMA COMPREENSÃO DA ECONOMIA POLÍTICA DO SETOR SAÚDE NO BRASIL DEMOCRÁTICO E NEOLIBERAL

A reforma do setor na saúde no Brasil é considerada um importante marco na América Latina, por diversos motivos. Em primeiro lugar, porque foi fruto, em parte, da ação e articulação política do movimento da reforma sanitária, que envolveu a produção de conhecimento crítico, desenvolvimento de práticas, formação de uma estratégia política e intervenção na realidade concreta (ESCOREL, 1999; PAIM, 2008; FLEURY, 1989; FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2008; FLEURY, 2018). Em segundo lugar, a ação deste movimento garantiu a inserção do direito universal à saúde na constituição brasileira e contribuiu significativamente na implementação do SUS a partir dos anos 90, disputando concepções e propostas alternativas às tendências de reformas latino-americanas no contexto de ajuste estrutural, majoritariamente orientadas por princípios neoliberais, como ocorreu no Chile, México e Colômbia, entre outros. Em terceiro, as conquistas da reforma sanitária proporcionaram ganhos concretos para a saúde da população brasileira, seja a partir da expansão da oferta pública e inclusão de setores excluídos, seja pelos resultados e avanços socio-sanitários atingidos (PAIM *et al.*, 2011).

O processo de reorganização e modernização do setor saúde, iniciado entre meados dos anos 70 e começo dos anos 80, consolida-se em definitivo com a estabilização de um novo modelo assistencial nos marcos da implementação da democracia e do neoliberalismo, o que ocorre definitivamente apenas na década de 90, após o processo constituinte e adesão decidida dos governos e classes dominantes à nova ordem econômica mundial. As interpretações mais difundidas da reforma sanitária brasileira costumam tratar a universalidade como principal característica substantiva do sistema de saúde brasileiro, cuja expressão política, jurídica e institucional seria a criação do Sistema Único de Saúde e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Além da universalidade, a carta constitucional também incluiu os princípios da integralidade, da descentralização, regionalização e hierarquização. Esta é, sem dúvida, uma parte importante da história.

Todavia, muitas das intenções reformistas foram limitadas e diluídas dentro das novas condições econômicos, políticas e ideológicas nacionais e internacionais, das contradições intrínsecas do novo modelo assistencial, das estratégias e ação das diferentes forças políticas que integravam a nova estrutura de poder estabelecida no setor saúde. E também pelas

contradições da própria estratégia política do movimento sanitário e da fragilidade da base social de apoio e sustentação à universalização. As mudanças estruturais no setor saúde, muito mais do que a *superação* das contradições do modelo anterior, representam o estabelecimento de uma nova *economia política do setor saúde* no Brasil ou um novo padrão de *organização social da atenção à saúde*.

Isso passa pelas transformações das formas políticas, econômicas, ideológicos e institucionais de reprodução do sistema de saúde e das práticas de saúde como produto do conjunto das relações sociais, com diferentes funções e especializações dentro de um todo articulado e interdependente. De forma complexa e contraditória, a mudança na correlação de forças políticas e sociais no setor saúde nos anos 80 se refletiria na constituição de uma nova estrutura de poder setorial que, em maior ou menor grau, estabilizou por quase três décadas os conflitos distributivos e de classe que envolvem a assistência à saúde no país. Em última análise, este processo se dá no interior do neoliberalismo enquanto fase do desenvolvimento capitalista no Brasil e no mundo, e contradições fundamentais se situam exatamente entre as promessas de democracia política e justiça social expressas no processo de redemocratização e na Constituição e os imperativos políticos, econômicos e sociais do neoliberalismo, enquanto projeto hegemônico das classes dominantes e sistema de acumulação dirigido pelas finanças.

O processo de inclusão promovido pelo SUS foi acompanhado pela reconfiguração dos padrões de privatização e a segmentação, que avançaram sob novas bases ao lado de restrições financeiras e políticas ao SUS e dos próprios limites, funções e objetivos do Estado neoliberal e do regime político estabelecido. Estas se estabeleceram como dinâmicas estruturais que sustentaram a produção e reprodução de desigualdades assistenciais e do modelo assistencial hegemônico, o processo de acumulação setorial e sua integração à financeirização, a articulação das práticas de saúde com o conjunto das relações sociais, a incorporação e acomodação de demandas e interesses diversos, ao mesmo tempo em que estabeleceu limites políticos e materiais aos avanços democratizantes almejados pela proposta do SUS.

O estudo e compreensão da evolução destas contradições fundamentais e seus desdobramentos exige que se leve em conta uma série de dimensões mencionadas na Introdução. Partimos do pressuposto que as atividades econômicas e assistenciais no setor saúde são socialmente e historicamente construídas, politicamente instituídas, e os mercados e arranjos assistenciais constituídos, bem como seus padrões de expansão e organização em um determinado contexto, são fatores decisivos para compreensão crítica das políticas de saúde.

Por isso, é necessário considerar, de forma articulada, como o setor saúde se relaciona e se insere na mudança no padrão de desenvolvimento capitalista no Brasil, marcado pela transição econômica do sistema de acumulação da industrialização por substituição de importações para o neoliberalismo e pela transição política de um regime autoritário para uma democracia liberal. A atualização da posição dependente e periférica do Brasil no capitalismo global passou por ajustes estruturais na economia, nos padrões de intervenção do Estado (incluindo as políticas sociais), no mundo do trabalho, nas instituições e na sociedade, ou seja, mudanças profundas no modo de produção, na regulação do conflito e da reprodução social, nos padrões de dominação política e exercício do poder. A caracterização destes aspectos é fundamental para a análise do que se passa no setor saúde.

Na análise do processo histórico devem ser consideradas não apenas a abrangência e escopo do direito à saúde, sua estrutura de financiamento e dinâmica institucional, mas também as transformações nas práticas médicas e assistenciais, na estrutura e organização dos serviços, nas relações entre Estado, mercado e classes sociais, nos padrões de acumulação, na correlação de forças estabelecida, nos padrões de representação e disputa da hegemonia no setor saúde. Uma série tendências e relações observáveis a partir de vasto material empírico disponível podem ajudar a caracterizar a evolução da organização social das práticas de saúde em diferentes conjunturas entre as décadas de 1980 a 2010 à luz do pensamento crítico em saúde e da Economia Política da Saúde.

Nessa direção, consideramos que o conceito de *"neoliberalismo"* é central para caracterizar a *economia política* do modelo assistencial hegemônico no período democrático em seus diferentes momentos, o qual chamamos provisoriamente de *modelo assistencial neoliberal*, pois permite envolver dois níveis distintos de determinação. Em primeiro lugar, situa historicamente a forma de organização social da atenção à saúde dentro de uma fase histórica do desenvolvimento capitalista no Brasil e no mundo. Internamente, articula o modelo assistencial estabelecido às determinações estruturais gerais do sistema de acumulação neoliberal na formação social brasileira (SAAD FILHO; MORAIS, 2018). Deve-se considerar como o setor saúde interage com mudanças estruturais mais profundas na própria sociedade brasileira, ou seja, como as características e contradições das novas formas de organização social do setor saúde se relacionam com as determinações políticas e econômicas mais gerais do neoliberalismo e da democracia no Brasil.

No nível da especificidade e da historicidade setorial, permite articular aspectos políticos, econômicos e ideológicos para a compreensão do papel de cada segmento social e fração política dentro da estrutura de poder do setor saúde e do conflito distributivo e da

reprodução do modelo assistencial como um todo. Em analogia ao conceito marxista de formação econômica e social, Campos (1992) argumenta que seria possível identificar concretamente *diferentes modos de produção de serviços de saúde*:

> Uma forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articuladas de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem sua reprodução social. (CAMPOS, 1992, p. 38).

Dentro do mermo problema, Paim (2012) caracteriza os *modelos de atenção à saúde* ou *modelos assistenciais* como uma espécie de lógica ou racionalidade historicamente definida que orienta uma dada combinação de tecnologias (enquanto meios de trabalho) das práticas de saúde estruturadas em função de problemas e necessidades sociais de saúde individuais e coletivas. Para o autor, existem *modelos de atenção hegemônicos*, isto é, modelos relacionados à direção política e cultural exercida por um dado projeto de classe ou de um segmento social e acionados para a obtenção do *consenso* da população. O predominante no Brasil seria o *modelo médico hegemônico*, nos termos de Menéndez (1992), orientado pelo individualismo, pela compreensão de saúde e doença enquanto mercadorias, pelo biologicismo, pela a-historicidade da prática médica, pela medicalização, pelo privilégio à medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos consumidores. Dentro dele, a corrente hegemônica seria a *médico assistencial privatista*, seguida do *sanitarismo*. A percepção de que os aspectos centrais do *modelo médico hegemônico* já estabelecido no Brasil pela medicina previdenciária teriam de certa forma se mantido e convido com outros no contexto neoliberal é extremamente relevante.

Todavia, além dos modelos hegemônicos, existem diversos outros modelos subalternos ou alternativos, que convivem e se relacionam de forma complexa e se relacionam com a natureza conflitiva das políticas de saúde, na medida em que frações sociais com ideias e projetos distintos, podem emergir e lograr forças para conquistas transformações mais ou menos profundas.

Como destaca Garcia (1989), que adota o termo *modo de produção de serviços de saúde*, "em uma sociedade determinada historicamente, a produção de serviços de saúde não se efetua de uma forma homogênea. Em uma mesma sociedade podem encontrar-se, coexistindo diversas formas de produção". Mas, não se deve compreender as relações entre estes modos como um grande "mosaico". Alguns autores têm buscado justamente na ideia de

neoliberalismo a especificidade histórica e a organicidade do modelo assistencial hegemônico no Brasil contemporâneo.

Analisando a prática e a ideologia médica, (NOGUEIRA, 2008,[1981]) identificava a incorporação de duas novas dimensões à medicina liberal clássica decorrentes de uma crescente submissão da prática médica às relações capitalistas no setor saúde, que viriam a constituir o que o autor chama de *"ideologia médica neoliberal"*. Este padrão seria constituído a partir de dois movimentos principais: a transformação do pequeno produtor artesanal em microempresário e a inclusão da classe trabalhadora como alvo da assistência médica que presta. Campos (1992), também partindo de uma análise da prática médica e de sua relação com as reformas setoriais e os setores capitalistas, aponta que no início dos anos 90 já havia se conformado uma *forma neoliberal de produção de serviços de saúde* no Brasil, na qual os médicos e empresários teriam papel central tanto nas práticas de saúde e na organização dos serviços, quanto na articulação e legitimação dos interesses capitalistas setoriais aos quais estavam vinculados direta ou indiretamente.

O autor argumenta que esta forma compõe uma estrutura de serviços que usa várias modalidades assistenciais e que consegue assegurar a reprodução de uma prática mercantilista que sobrevive articulando interesses empresariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde, notadamente os médicos, além de papel importante do Estado. Aponta ainda que as bases políticas e ideológicas do projeto neoliberal se encontram inscritas na próprias estrutura organizacional do sistema de saúde, e que a consolidação deste modelo cria condições subjetivas e objetivas para a reprodução da estrutura de atenção privatizada e dos discursos e ideias que a justificam. Todavia, em função do próprio caráter regressivo da ordem neoliberal, e em virtude das limitações do próprio modelo hegemônico, este não seria capaz de atender igualmente a todos os múltiplos interesses, muitas vezes antagônicos, da sociedade (CAMPOS, 1992).

Mendes (1993) também aponta a constituição da hegemonia de um *projeto neoliberal* ao longo dos anos 80 e justifica a utilização do termo pela mudança no núcleo ideológico do modelo assistencial hegemônico, que passa pela reciclagem do projeto conservador e do modelo médico privatista e estabelece uma economia política que guarda correlações possíveis com as proposições mais gerais ligadas aos ajustes estruturais neoliberais, inclusive no setor saúde: privatização, descentralização e focalização.

Ainda que esta observação seja relevante, destacamos que tais tendências não devam ser tomadas de forma absoluta, já que tem sentidos muitos específicos nos anos 80 e durante implementação do SUS. Em adição a estas proposições destacadas pelo autor, poderíamos

falar diversas outras: financeirização, liberalização, abertura comercial, individualismo, separação das funções de financiamento e provisão do Estado, papel "regulador" deste etc. Monte-Cardoso (2013) também oferece pistas do que chama *modo de produção neoliberal de serviços de saúde*, que seria produto de uma dupla saída no momento de crise da medicina previdenciária que atualizou a lógica dos negócios e o padrão de segmentação: de um lado a autonomização do setor privado, de outro a generalização e universalização da assistência à saúde através do SUS sob bases materiais restritas.

Assim, do ponto de vista político e ideológico, a compreensão de que existem distintos formas de produção de serviços de saúde atenção à saúde e de que existem modelos assistenciais hegemônicos trazem como pressuposto para análise destes no neoliberalismo o reconhecimento de que existem frações políticas e econômicas, ideias e interesses dominantes que dirigiram o processo de constituição do *consenso* e da *hegemonia*, mas que se articularam, se adaptaram e cederam concessões aos objetivos das demais forças no processo de conflito, que por sua vez foram devidamente acomodadas dentro de um novo quadro político, financeiro, institucional e assistencial. Ao receberem ou conquistarem, na luta política, certas contrapartidas para seus propósitos, as demais frações legitimam e reproduzem o modelo como um todo, o que estabiliza os conflitos que emergiram no setor saúde brasileiro nos anos 70 e 80, dentro de e padrões gerais. Progressivamente, são construídas novas mecanismos, regras e instituições para direcionar e gerenciar demandas, interesses, recursos e conflitos diversos nas décadas seguintes.

Isso necessariamente se reflete no padrão de organização social da atenção à saúde e no posicionamento das forças políticas e sociais dentro de um todo complexo, dinâmico, contraditório e imbricado, mas com diferentes níveis de determinação e hierarquias de poder. Portanto, tão importante quanto captar as características e contradições fundamentais do modelo assistencial é entender como as tensões intrínsecas à sua conformação social são resolvidas e compatibilizadas em distintas conjunturas. Dessa forma, acreditamos que a noção de *modelo assistencial neoliberal*, mais do que se referir a um modelo de atenção específico, aponta para a delimitação e tentativa, necessariamente parcial e provisória, de apreensão da *totalidade* complexa e contraditória da organização social da atenção à saúde no neoliberalismo no Brasil.

E, sabemos de antemão, não é uma conceitualização isenta de lacunas e inconsistências relevantes, que deverão ser objeto de posterior reflexão crítica ou mesmo revisão. Para ficar em apenas uma, há um problema de validação externa, na medida em que a terminologia modelo *assistencial neoliberal* é aqui utilizada tendo como parâmetro apenas o

caso brasileiro e pelas razões acima enumeradas. Ela não poderia ser aplicada livremente a outros países no contexto neoliberal, tampouco seria possível afirmar que *todos (sic)* os países no contexto neoliberal têm um *modelo assistencial neoliberal.* Portanto, tem uma inespecificidade grande.

Feita esta ressalva e voltando ao caso brasileiro, o período analisado, sem sombra de dúvidas, não é caracterizado pelo *desmonte* ou pela *desestruturação* da política de saúde, ou ainda pela redução ou retirada do Estado. Ao contrário, a tendência de expansão da assistência e dos gastos em saúde, seja através do SUS seja através dos planos e seguros privados, pode ser constatada tanto em termos de mobilização de recursos financeiros públicos e privados; acesso, cobertura, utilização de serviços; abrangência e escopo de benefícios e ações; ampliação da infraestrutura e da força de trabalho; como pela notável expansão dos mercados. Os diversos governos do período, de orientações e coalizões políticas distintas, deram contribuições relevantes para a estruturação das políticas de saúde pelo SUS, ainda que não tenham incorporado a agenda da reforma sanitária e tenham prevalecido os interesses do capital (PAIM *et al.*, 2011; PAIM, 2013).

Para além da expansão e complexificação da assistência à saúde pública e privada, o cerne da economia política do modelo assistencial neoliberal reside na dinâmica social, ao mesmo tempo contraditória e complementar, estabelecida pela constituição simultânea do SUS, orientado pela universalização, e pela atualização do padrão de segmentação e estratificação, que dialeticamente condicionam e são condicionados pela dinâmica de acumulação global e setorial, pelo conflito social. Uma série de trabalhos se dedicaram a investigar essas contradições fundamentais captadas, por formulações como *universalização excludente* (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990), *cidadania invertida* (FLEURY, 1994), *americanização perversa da proteção social* (VIANNA, 1998), *dupla trajetória* (MENICUCCI, 2006), *universalização mitigada, estratificação subsidiada* (BAHIA, 2009), entre muitas outras. No que se pese os diferentes referenciais teóricos, enfoques analíticos e conclusões, em comum todas elas buscam ir além da aparente separação entre um subsistema público e outro privado, enfatizando a necessidade de um olhar integrado sobre ambos para compreender a dinâmica conflitiva e contraditória da questão da saúde.

Seguindo na mesma direção, outra ponto de partida para o estudo das transformações estruturais do setor saúde no Brasil durante entre os anos 1980 até meados dos anos 2010 se inspira na matriz para análise de reformas no setor saúde, elaborada pelo Grupo de Trabalho em Saúde Internacional e Soberania Sanitária da Clacso (BASILE; REYES, 2021). Consideramos uma importante contribuição para a operacionalização de uma economia

política crítica da saúde e atualização da abordagem da Saúde Coletiva, recuperando categorias gerais e articulando-as com dimensões de análise empírica dos sistemas, políticas de saúde e seus processos de reforma. A proposta parte de 3 atributos principais, que se desdobram em categorias de análise e perguntas norteadoras. Eles livremente adaptados para o estudo do caso brasileiro.

O primeiro atributo refere-se ao nível de abstração mais amplo: *(1) as relações das políticas e sistema de saúde com modo de regulação das relações sociais vigente.* Ou seja, de que forma o setor saúde se insere na produção e reprodução social dentro de um regime de acumulação e de um padrão de dominação política e exercício do poder. De que maneira essa inserção reflete a correlação de forças entre classes e frações de classes e diferentes estratégias de hegemonia e contra hegemonia, e refletindo-se na forma, conteúdo, escopo e dinâmica da ação do Estado, das instituições e da sociedade.

Nessa dimensão, algumas questões relevantes são: qual o modo de inserção do país na economia internacional e na divisão do trabalho? Quais as expressões do regime de acumulação na economia e nas políticas públicas? De que forma o complexo médico industrial e financeiro se altera e se relaciona com estas determinações? Quais são as mudanças na estrutura da economia nacional, nas relações de trabalho, na estrutura socioeconômica e na composição das classes sociais? Como elas se relacionam com as mudanças políticas, ideológicas e institucionais nas políticas sociais e de saúde? Como o setor saúde e as políticas sociais se inserem na estratégia de hegemonia das classes dominantes? Como se altera o balanço de forças entre as frações de classe ligadas ao setor saúde e qual a relação destas com distintos grupos políticos e o bloco no poder? Como se desenvolvem as alianças e estratégias de hegemonia e contra hegemonia, dentro e fora do Estado?

A análise deste atributo exige não apenas maior abstração, mas também de um diagnóstico mais completo de aspectos gerais do sistema de acumulação, do regime político, do modo de regulação, e, principalmente da própria dinâmica do setor saúde. O segundo e o terceiro atributo contribuem neste sentido, na medida em que compreendem o *processo de mudança estrutural* do setor saúde (2) e a *dinâmica sociopolítica das reformas* (3).

Com relação ao primeiro, processo de mudança é analisado a partir de *características estruturais* que compreendem aspectos históricos e socialmente determinados que marcam a conformação, inserção e desenvolvimento do sistema de saúde em um dado período. Neste estudo, analisaremos a evolução das características estruturais do sistema de saúde a partir de aspectos como: o estatuto jurídico-político e a extensão do direito à saúde; a estrutura de

financiamento; a dinâmica institucional e de organização dos serviços; o padrão de relações políticas, econômicas e ideológicas entre Estado, mercado e sociedade.

A evolução da complexa combinação e articulação entre as características refletem diferentes *estratégias* e trajetórias de modernização do padrão de organização social do setor saúde, de reformulação da produção e reprodução social, que se articulam com os padrões de acumulação e exploração dominantes e com a correlação de forças entre classes e frações de classe em uma determinada conjuntura e formação social. Em conjunto, tem potencial explicativo sobre o papel, evolução das contradições, limites e crises da política social no contexto mais amplo em que se inserem. E contribuem para a elucidação da estrutura de poder setorial.

A segunda, diz respeito à *dinâmica sociopolítica* da reforma se refere fundamentalmente à dinâmica de exercício do poder e disputa de hegemonia. Perpassa pela identificação e análise dos grupos políticos organizados e frações de classes, de suas posições na estrutura de poder, de suas estratégias de hegemonia, papel na produção de consenso e reprodução do modo de dominação política. Também permite a análise de resistências e movimentos contra hegemônicos no interior da ordem estabelecida.

Nesta dimensão, são relevantes questões como: Quem participa da reforma (classes, frações de classes, setores, grupos, movimentos)? Qual foi a composição de dos blocos de poder (estratégias, alianças, confrontos)? Quais as estratégias da tecnoburocracia nacional e internacional? Quais foram os campos e arenas de disputa? Qual o resultado da reforma? Como se desenvolvem as estratégias de implementação? Qual a dinâmica de resistências e reconfiguração de alianças? Quais os resultados das reformas frente a suas promessas originais? Qual a caracterização dos processos de mudança de hegemonia após a implementação?

Feitas estas considerações iniciais, os capítulos seguintes estão estruturados da seguinte forma. No capítulo 7 abordamos aspectos relevantes da sociedade brasileira dos anos 30 aos anos 80, marcada entre outros aspectos pela industrialização por substituição de importações (ISI), constituição do Estado brasileiro moderno e institucionalização dos sistemas de proteção social e de saúde. Analisamos com mais interesse o contexto dos anos 70 e 80, de redemocratização e transição para o e neoliberalismo. Caracterizamos o processo de constituição, evolução e crise da medicina previdenciária, seguida por uma profunda reforma setorial.

No capítulo 8 discutimos a *economia política do setor saúde* no Brasil neoliberal, analisando a evolução histórica das políticas e do sistema de saúde entre 1988 e 2016. Em

primeiro lugar identificamos aspectos-chave do contexto econômico, político e social do país no período. Em seguida analisamos os avanços, limites e contradições as políticas de saúde, identificando as características estruturais do que chamamos provisoriamente de *modelo assistencial neoliberal*, bem como sua dinâmica sociopolítica nas diversas conjunturas. Esse caminho é percorrido por três chaves principais: (1) financiamento, (2) universalização e descentralização, (3) mercantilização e segmentação. Por fim, apresentamos a síntese e principais conclusões no Capítulo 9.

CAPÍTULO 7 – FORMAÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

7.1 INDUSTRIALIZAÇÃO, ESTADO, REGIME POLÍTICO E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL – DOS ANOS 30 AOS 80

A "industrialização dirigida pelo Estado" ou industrialização por substituição de importações (ISI) é o padrão de desenvolvimento capitalista assumido pelos países latino-americanos a partir da crise de 1929, que pôs fim ao primeiro processo de globalização e deu início a uma fase na economia mundial, marcada pelo protecionismo, restrição do crédito e maior intervenção estatal. Este choque externo levou a região para uma profunda crise econômica com grande deterioração dos termos de troca (a oferta externa para importações diminui e demanda por exportações se reduz), colocando fim no modelo exclusivamente agroexportador e dependente da demanda externa. A região se recupera e entra então em um novo padrão de desenvolvimento que se mantém até o final dos anos 70 na crise da dívida externa (BÉRTOLA; OCAMPO, 2012).

As principais características deste novo padrão eram o foco na industrialização como passagem para o desenvolvimento econômico e a superação do subdesenvolvimento; uma considerável expansão do escopo de atuação do Estado em termos econômicos e sociais; além de uma orientação do crescimento pelo mercado interno. Dentro deste padrão, há uma primeira etapa associada à substituição de importações que vai da grande depressão até o fim da segunda guerra mundial e que é marcado por um crescimento econômico médio lento. A segunda etapa marca o apogeu do modelo que perdura até o final da década de 70, quando a região experimentou as maiores taxas de crescimento e ganhos de produtividade de sua história e assistiu a uma rápida urbanização com acelerado crescimento populacional, além da ascensão de governos militares autoritários (BÉRTOLA; OCAMPO, 2012).

Grandes transformações sociais ocorreram no período, como a expansão da cobertura da educação básica, o desenvolvimento de sistemas de saúde modernos e, em menor grau, da seguridade social; ampliação do emprego urbano e rural, com redução importante de relações de trabalho servis; melhoria dos indicadores sociais e redução da pobreza. Todavia, as grandes desigualdades de renda e os altos níveis de pobreza, bem como a heterogeneidade estrutural e dependência financeira e tecnológica externa não foram superados (BÉRTOLA; OCAMPO, 2012).

Segundo Celso Furtado, a problemática do *subdesenvolvimento* tem origem no modo como o capitalismo industrial se desenvolve e é difundido desde seu surgimento, no qual as nações centrais do sistema experimentaram aumentos de produtividade do trabalho decorrentes do progresso técnico (métodos produtivos mais eficientes e novos produtos de consumo) e da correspondente aceleração do processo de acumulação, engendrados pela realocação de recursos visando obter vantagens comparativas no comércio internacional e promovendo uma especialização geográfica produtiva global e uma divisão social e internacional do trabalho (FURTADO, 1974).

De modo articulado, entre os países periféricos este processo levou à especialização em atividades econômicas nas quais este progresso técnico era irrelevante ou na simples alienação e exploração das reservas de recursos naturais não-renováveis e outras matérias-primas. Neste momento, a agricultura de subsistência passa a conviver com a agricultura orientada para o comércio exterior, também beneficiada em certa medida pelo progresso técnico, e que gera um excedente de produtividade. Se, no modelo colonial, este excedente ficava quase totalmente retido nas metrópoles, no século XX parte dele é apropriado internamente para financiar a diversificação dos hábitos de consumo das classes dirigentes e elites através de importações (FURTADO, 1974).

Portanto, estes países foram transformados em importadores de produtos manufaturados e novos bens fruto da acumulação e progresso técnico no centro do sistema, mas a adoção de novos padrões de consumo seria irregular e limitada dado que o excedente é apropriado por uma minoria restrita e orientada pelos próprios padrões de consumo dos países centrais, irreprodutíveis para o conjunto da sociedade. Assim, tanto a esfera da produção quanto da circulação engendra uma dependência não apenas financeira e tecnológica, mas também cultural que está na base da reprodução das estruturas socioeconômicas. Quanto mais intenso o processo de modernização dos padrões de consumo descolado das bases técnicas e econômicas da acumulação, maior a pressão sobre as relações internas de produção pela ampliação do excedente através de aumento das exportações ou da taxa de exploração do trabalho, ou seja, sem um aumento do salário real e independente da assimilação de novas tecnologias (FURTADO, 1974).

> O subdesenvolvimento tem suas raízes numa conexão precisa, surgida em certas condições históricas, entre o processo interno de exploração e o processo externo de dependência. Quanto mais intenso o influxo de novos padrões de consumo, mais concentrada terá que ser a renda. Portanto, se aumenta a dependência externa, também terá que aumentar a taxa interna de exploração. Mais ainda: a elevação da taxa de crescimento tende a acarretar

> a agravação tanto da dependência externa corno da exploração interna. Assim, taxas mais altas de crescimento, longe de reduzir o subdesenvolvimento, tendem a agravá-lo, no sentido de que tendem a aumentar as desigualdades sociais. (FURTADO, 1974, p. 94).

Já Florestan Fernandes (1975), ao analisar o caso brasileiro, aponta que o capitalismo dependente é uma formação social constituída pela dupla articulação entre dependência externa e segregação social. Por um lado, a sociedade seria dependente dos padrões econômicos, políticos, sociais, técnicos e culturais dos países centrais do capitalismo, tributária dos interesses externos por dominação ou associação. A burguesia se constitui como uma classe frágil frente ao imperialismo, mas forte internamente para afirmar seus interesses junto às classes dominadas, especialmente quando se associa por contingência ou necessidade aos primeiros. Por outro, o regime de segregação social herdado do período colonial e da escravidão é reformulado permanentemente no processo de industrialização, se refletindo nas condições de trabalho, renda, direitos sociais, políticos, no racismo estrutural e nas barreiras aos benefícios do progresso técnico e material capitalista, de modo que sob o capitalismo dependente os padrões estruturais de desigualdade asseguram a existência, continuidade, crescimento e desenvolvimento da própria ordem capitalista.

As classes dominadas, por sua vez, não se proletarizam completamente, de modo que o trabalho formal passa a ser identificado como privilégio, e a heterogeneidade material, cultural e regional, a precariedade generalizada dificultam a solidariedade de classes e resulta em organizações frágeis frente ao Estado e ao poder. Assim, a dupla articulação aponta que a convivência entre o moderno e o atraso, entre forças produtivas e relações de produção modernas induzidas de fora e relações de exploração e produção arcaicas, de modo que a combinação entre ambas permite a maximização da exploração do trabalho e a articulação ao sistema econômico global, distribuindo o excedente internamente e externamente.

Complementando, Furtado (1974) aponta que:

> [...] a característica mais significativa do modelo brasileiro é a sua tendência estrutural para excluir a massa da população dos benefícios da acumulação e do progresso técnico. Assim, a durabilidade do sistema baseia-se grandemente na capacidade dos grupos dirigentes em suprimir todas as formas de oposição que seu caráter antissocial tende a estimular. (FURTADO, 1974, p. 111).

No Brasil, enquanto sistema de acumulação a ISI se orientava pela internalização da produção de bens manufaturados na tentativa de aliviar a restrição da balança de pagamentos

pela redução da importação destes bens, buscando gerar empregos e incorporar tecnologias e padrões de consumo associados a valores culturais dos países centrais (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018). Entre os anos 1930 e 1980, a ampliação da capacidade produtiva se deu por diversificação horizontal e vertical da indústria, apoiada na expansão da infraestrutura econômica relacionada insumos essenciais e serviços públicos (infraestrutura de transportes, comunicação, eletricidade, saneamento, petróleo, produtos químicos, bens de capital etc) e importante papel dos bancos estatais na provisão de crédito e financiamento da acumulação. Esse processo teve como ponto de partida a produção de bens de consumo não duráveis (alimentos processados, bebidas, tabaco, têxteis), em geral dominada por pequenas e empresas nacionais; progressivamente vai incorporando bens duráveis (automóveis e eletrodomésticos) e produtos químicos e farmacêuticos básicos em geral produzidos por multinacionais. Em uma terceira etapa inclui-se a produção de bens de capital (máquinas e motores) por grandes oligopólios nacionais, e bens tecnologicamente mais complexos e estratégicos por empresas estatais (infraestrutura, aço, petróleo, gás, construção naval, aviação, produtos eletrônicos) por grandes oligopólios nacionais e empresas estatais. Neste período a economia brasileira cresceu expressivamente, a participação da indústria no PIB passou de 14% em 1910 para 41% em 1980, enquanto a agricultura se reduziu de 36% para 10% (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

As profundas transformações econômicas foram acompanhadas e constituídas por mudanças sociais, políticas, demográficas e culturais igualmente profundas e que moldaram uma sociedade com nova classes sociais e grupos de interesse. Migrações internas e externas, urbanização, crescimento populacional acelerado, formação de grandes massas urbanas marginalizadas, surgimento de uma classe operária moderna, de classes médias urbanas, de funcionários públicos, de diferentes setores proprietários são apenas alguns exemplos de processos que se relacionam e se dão simultaneamente à expansão econômica.

O Estado desenvolvimentista teve papel central na ISI, não apenas do ponto de vista do apoio à acumulação, mas também do ponto de vista da mediação de conflitos sociais através de suas políticas, instituições, regimes políticos e padrões de regulação do conflito distributivo. Assim, cumpriria a função central na organização do pacto desenvolvimentista enquanto pacto conservador, especialmente através das relações econômicas e políticas do Estado com o capital privado, as classes trabalhadoras e das relações de poder do Estado com as oligarquias regionais e as classes médias urbanas (FIORI, 1992).

Segundo Fiori (idem), três aspectos seriam marcantes no período: no campo econômico, a manutenção das relações da estrutura da propriedade agrária, e as recorrentes

crises fiscais e dos termos de troca agravadas por restrições crônicas de natureza financeira; no campo sociológico, as diversas e recorrentes manifestações de autoritarismo nas relações sociais de produção; e, no campo político, as tensões constantes entre o autoritarismo centralizador e poderes locais, entre o populismo civil e o intervencionismo militar (FIORI, 1992). Assim, entre muitas instabilidades, o reformismo do Estado teria sempre dificuldades de conciliar seu papel desenvolvimentista de fomentar a acumulação e manter a coesão social e impedir a explosão de conflitos que ameaçassem a ordem.

Em uma primeira fase, que vai da década de 1930 a meados dos anos 1950, prevalece o nacional desenvolvimentismo fortemente associado ao populismo, entre períodos autoritários e democracias frágeis e instáveis. A figura do líder populista, por um lado, se identifica com intervencionismo estatal e a ideia de construção da Nação e do interesse comum, e, por outro, se identifica com "o povo" de forma ampla, a grande massa urbana trabalhadora ou marginalizada, do qual era o porta voz dos desejos e demandas e promotor de melhorias nas condições de vida (emprego, salário, direitos, renda). Ao mesmo tempo, identifica nas "elites", setores agrários e capitais externos os opositores, ainda que mantenha relações com ambos. Assim como o desenvolvimentismo, o populismo é transformador na economia e conservador do ponto de vista social (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Estas contradições vão se tornando inconciliáveis devido à instabilidade econômica derivada da vulnerabilidade externas, aos constrangimentos na balança de pagamentos, paralelamente às sequenciais crises políticas e emergência de movimentos de massa contestando os padrões sociais vigentes (no país, no continente e em todo o Sul Global). O esgotamento das formas de dominação política e as ameaças reformistas do governo João Goulart foram resolvidas com uma saída reacionária, através do fechamento total do regime político pelo golpe civil militar de 1964, que derivou de uma aliança emergente entre o capital industrial interno, o capital externo, proprietários de terra tradicionais e classes médias urbanas (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Para Florestan Fernandes (1975), o golpe representou a consolidação da revolução burguesa no Brasil, que, de um lado, responde às crescentes pressões do imperialismo contra qualquer ameaça à ordem e pela garantia de espaços de reprodução ampliada dos capitais centrais e, de outro, a escolha da burguesia interna pela subordinação aos interesses destes capitais ao mesmo tempo em que reforça sua capacidade autocrática de impor a dominação pela força e aprofundar as estruturas socioeconômicas da segregação, reproduzindo as enormes assimetrias sociais e raciais herdadas do período colonial. Isso tudo apontaria para a ampliação da dependência externa, da desigualdade social e do subdesenvolvimento. A

revolução burguesa se consolida como uma contrarrevolução permanente, identificada com a "modernização", "segurança nacional" e "crescimento econômico" como cerne de seu discurso ideológico.

Politicamente, o regime militar proibiu progressivamente a maior parte das formas de organização social e oposição política. Os sindicatos foram submetidos a controle estatal, a imprensa passou a ser censurada, os partidos políticos tradicionais foram abolidos, foram instaurados mecanismos extra institucionais de assassinatos e tortura pelo Estado, diversos políticos e parlamentares foram presos e cassados e a esquerda em especial foi perseguida e jogada na clandestinidade. A ditadura havia permitido a existência de apenas dois partidos para mante o véu de normalidade, a Arena, ligado diretamente ao governo militar, e o MDB.

Do ponto de vista econômico, a estratégia de acumulação do governo militar passaria por diferentes fases. Entre 1964 e 1967 prevalecem políticas ortodoxas de controle sem sucesso da inflação, achatamento dos salários reais, aumento do desemprego, mas o crescimento não decolou. Paralelamente ao endurecimento da repressão, entre 1967 e 1968 a estratégia se torna fortemente expansionista apoiada no investimento público em energia e infraestrutura e na expansão do setor de bens duráveis com financiamento externo e concessão de créditos aos consumidores. A forte expansão da demanda se apoiou no crescimento de renda das camadas superiores, no endividamento público por empréstimos externos e abertura ao capital internacional, que consolidou o chamado "milagre brasileiro", com taxas de crescimento superiores a 10% ao ano entre 1968 e 1973 (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Esse grande ciclo histórico da industrialização brasileira começaria a dar sinais de esgotamento nos anos 70. Aa progressiva degradação da situação econômica do país passou pela crise do petróleo de 1973, que colocou fim ao milagre. O governo militar respondeu com adoção de uma estratégia de crescimento ainda mais ambiciosa, o II PND de Geisel (1974-1979), baseado no protagonismo das empresas estatais associadas a capitais nacionais e internacionais em megaprojetos de infraestrutura e ampliação da densidade tecnológica da indústria, financiados a partir de empréstimos externos. Mas, em 1979, um novo choque externo devido a mais uma crise do petróleo, o aumento dos juros globais pelos EUA e a afirmação do dólar como moeda forte fizeram com que o modelo baseado no endividamento externo entrasse em colapso com forte deterioração dos termos de troca, aumento do déficit fiscal e hiperinflação, paralelamente à uma maior concentração de renda e perda nos ganhos do trabalho (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Não se tratou de apenas mais um choque externo, mas o início de uma sequência de eventos econômicos e políticos que expressavam uma crise estrutural profunda da ISI e do

Estado desenvolvimentista, paralelamente à ascensão global do Neoliberalismo com a retomada da hegemonia estadunidense e o novo consenso conservador e neoliberal representado pelos governos de Reagan nos EUA e Thatcher no Reino Unido (FIORI, 1992; TAVARES, 1997).

7.2 A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA: FORMAÇÃO, EXPANSÃO E CONTRADIÇÕES

A emergência dos sistemas de proteção social da América Latina tem início precoce, no final do século XIX, quando as primeiras políticas de proteção surgem na forma de pensões voltadas para militares e servidores civis, vinculando os benefícios à estratégia de construção dos Estados modernos da região e legitimação do poder central. Com o início do processo de urbanização e industrialização altera-se qualitativamente o conflito distributivo, a partir da formação de novos grupos sociais como operários e setores médios urbanos aglutinados em torno do aparelho do Estado que demandam participação na sociedade. O Estado passa intervir na proteção social como forma de regular o conflito entre capital e trabalho, se legitimando como mediador. Similares ao modelo *bismarckiano* (meritocrático em termos de organização institucional e financiamento), os sistemas de proteção social se configuram também como ferramentas de cooptação na medida em que oferta generosos benefícios aos segmentos emergentes, ao mesmo tempo em que marginaliza parte significativa da sociedade, em geral os que estão à margem do mercado de trabalho (FLEURY, 1994).

No Brasil a proteção social também se constituiu estruturalmente de forma centralizada, residual, através de instituições fragmentadas e estratificadas com forte função de cooptação das frações mais organizadas e bem remuneradas dos trabalhadores, com um padrão de financiamento regressivo, reduzidos os impactos redistributivos e fortemente atravessada pela privatização e interesses corporativos. A formação desse padrão remonta ao longo processo de industrialização, urbanização e institucionalização das políticas sociais paralelamente à construção do Estado desenvolvimentista. Além da proteção social, com um todo, o movimento histórico de constituição e transformação da medicina previdenciária e das políticas de saúde pública em diferentes conjunturas políticas, econômicas e sociais são assuntos que são exaustivamente aprofundados por uma série de trabalhos com referenciais distintos (SANTOS, 1987; COHN, 1980; BRAGA; PAULA, 2018; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; CORDEIRO, 1980, 1984; AURELIANO e DRAIBE, 1989; FLEURY, 1994; VIANNA, 1998, BAHIA, 1999; FAGNANI, 2005; MONTE CARDOSO, 2013, DRAIBE;

RIESCO, 2009, LEVCOVITZ; COUTO, 2019; LAVINAS, 2020, BASILE; REYES, 2021, dentre muitos outros).

Ainda que o foco de interesse nesta sessão esteja principalmente nas décadas de 1970 e 1980, um breve panorama inicial sobre a constituição de um sistema de proteção social e uma política nacional de saúde de meados da década de 1920 até meados da década de 1960 faz-se necessário para compreender a formação do sistema de saúde brasileiro, especialmente durante a ditadura civil militar e na transição democrática (1964-1988).

Nos anos 1920, paralelamente à crise do liberalismo oligárquico da República Velha e do modelo agroexportador e do próprio Estado, a *questão social* emerge no Brasil como cristalização das mudanças no conflito distributivo e na estrutura social (BRAGA; PAULA, 2018). Em resposta às crescentes reivindicações do movimento operário que emergiu com o início da formação de uma classe assalariada urbana, há uma crescente aceitação por parte das elites oligárquicas de demandas pela mudança do padrão de intervenção estatal, o que se refletiu na crescente normatização e regulação do trabalho e da questão social, paralelamente à ampliação dos poderes do governo federal e do espaço de intervenção do legislativo (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Nessa década, já se observava algumas características fundamentais do padrão de intervenção no campo da saúde que se desenvolveria a partir dos anos 30, especialmente a separação entre ações coletivas e preventivas ligadas à *saúde pública* e a oferta de serviços médicos curativos e individuais no âmbito da *medicina previdenciária*, restrita em termos de cobertura e altamente diferenciada entre as categorias profissionais incluídas.

Em 1923, estabelece-se um dos marcos inaugurais do sistema previdenciário brasileiro com a Lei Eloy Chaves, que legitimou uma série de formas de atendimento médico e seguro social que emergiam desde o final do século XIX entre setores da sociedade civil e no aparelho burocrático Estatal. A lei instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), entidades mutualistas voltadas à trabalhadores de uma mesma empresa. Inspiradas no modelo de *seguro social*, o financiamento se dava a partir da contribuição de empregados e empregadores e a gestão a partir de comissões compostas por representantes de ambos. A lei vinculou a oferta de serviços médicos aos benefícios pecuniário (aposentadorias e pensões) e estendeu a cobertura aos familiares. De início, os serviços médicos nas CAP eram prestados exclusivamente por terceiros (consultórios e hospitais), mas a partir de 1926 abriu-se a possibilidade que cada uma criasse serviços próprios (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). A prática médica dominante era fundamentalmente autônoma, com a predominância de hospitais religiosos e filantrópicos, além da inexistência de condições políticas econômicas e

tecnológicas para o empresariamento da medicina (CORDEIRO, 1984). Todavia, destaca-se a importância da assistência médica dentro deste modelo, o que seria contestado a partir da década seguinte.

Simultaneamente, há a consolidação do padrão de intervenção no campo da *saúde pública* voltadas para a expansão de programas de saneamento, higiene, educação sanitária e controle de endemias, a partir de ações verticais voltadas para combate de vetores, isolamento de doentes, aplicação de vacinas e soros. Isso se deu junto do fortalecimento da ideia de que o Estado nacional deveria se responsabilizar pelas questões relativas à saúde das populações e ao saneamento. Ao longo das décadas de 1900 e 1910, as elites nacionais se viram sensibilizadas ou obrigadas a responder aos graves problemas sanitários nacionais. A ação do movimento sanitarista a partir dos anos 10 teve grande influência na medida em que colocou a saúde como *questão social e política*, como obstáculo à civilização. E teve desdobramentos políticos mais concretos, na medida em que impulsionou a ampliação da autoridade sanitária estatal sobre o território e iniciou a construção de um aparelho burocrático sanitário, como por exemplo o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (LIMA, FONSECA e HOCHMANN, 2005).

A partir da década da revolução de 1930 e a chegada de Vargas ao poder, o início da articulação de uma aliança nacional desenvolvimentista em torno da industrialização passava tanto pela necessidade de acomodação dos assalariados urbanos quando pela necessidade de garantir as condições do processo de acumulação, dentro do modelo populista. Isto, somado às próprias transformações no Estado, criou condições para que a questão da saúde e a questão social fossem enfrentadas a partir de um bloco sistemático e orgânico de políticas. As políticas sociais tiveram papel crucial neste processo, e a política de saúde consolidou seu caráter nacional, organizada nos subsetores de Saúde Pública e Medicina Previdenciária. Braga e Paula (2018) descrevem as bases de uma dinâmica política e econômica que perduraria durante décadas:

> É neste sentido que deve ser entendido o conjunto das políticas sociais elaboradas no período: legislação trabalhistas, montagem do sistema previdenciário [...], sindicalismo atrelado ao Estado, etc., foram a forma de controlar política e economicamente a classe trabalhadora, respondendo por vezes a seus movimentos, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores. Assim, a partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação, sob a dominação do capital industrial, produz seus resultados característicos – aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde, habitação, etc. –

> novas exigências pressionam no sentindo de efetivação e ampliação das políticas sociais. (BRAGA; PAULA, 2018, p. 101).

Entre o conturbado período que vai de 1930 a 1966 ocorre a formação de uma política nacional de saúde (BRAGA; PAULA, 2018) em diferentes fases. Em 1933, tem início, no governo Vargas, a conversão das CAP em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), autarquias sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), o que marca a entrada do Estado no financiamento e gestão das instituições previdenciárias, dividida com trabalhadores e empregadores. Além da vinculação e maior controle estatal, os IAPs passariam a representar categorias profissionais, e não mais trabalhadores de cada empresa. O contexto restritivo das finanças e do Estado no contexto pós-crise de 1929 não impediram a estruturação do aparelho previdenciário e a multiplicação dos IAP paralelamente ao avanço da industrialização, embora o regime "contencionista" orientasse para restrição orçamentária dos benefícios, em especial da assistência à saúde. Esta perdeu importância normativa e espaço nos gastos dos IAPs e posteriormente nas reestruturações dos institutos durante a ditadura do Estado Novo (1937-1946), sendo que a capitalização dos fundos do seguro social também foi usada para apoio estatal à industrialização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; CORDEIRO, 1984).

Nesse período, a Saúde Pública ganha *status* de Ministério (da Educação e da Saúde Pública) em 1930 e incorporando o DNSP. A partir de 1935 são retomadas as campanhas sanitárias, elementos centrais da institucionalização das ações de Saúde Pública e da centralização e capilarizarão da política nacional de saúde, que tiveram destaque no modelo assistencial até meados dos anos 50 e 60 e estiveram muitas vezes vinculadas aos chamados problemas do desenvolvimento (MONTE CARDOSO, 2013).

A partir de 1937 o Departamento é reformulado e passa a intervir na tentativa de integrar, coordenar e uniformizar a estrutura burocrática e assistencial dos diversos programas e órgãos estaduais fragmentados, estimular a formação de uma rede de centros de saúde por distritos, criar serviços verticalizados por doenças, endemias ou setor, além de impulsionar a interiorização das ações de atenção à saúde e assumir a responsabilidade pela formação de sanitaristas. Em 1941 há incorporação dos vários serviços de combate a endemias que foram criados do DNSP; já nos anos seguintes são criados uma série dos chamados "serviços próprios" e forma-se o arranjo institucional que posteriormente seria consolidado na criação do Ministério da Saúde em 1953. Em 1956, mais um passo em direção a centralização e fortalecimento do modelo de campanhas foi dado com a criação do Departamento Nacional de

Endemias Rurais, ainda que houvesse claras dificuldades e resistências decorrentes da excessiva centralização (BRAGA; PAULA, 2018; MONTE CARDOSO, 2013).

Por outro lado, a partir do processo de redemocratização até meados da década de 1960, há uma revisão do princípio da contenção na Previdência Social e a introdução de elementos de repartição, com uma progressiva ampliação heterogênea dos benefícios e uma mudança do objetivo restrito de "seguro" para "seguridade". Também houve diferentes tentativas de unificação e centralização do sistema previdenciário, articulação da rede de serviços e maior autonomia frente ao MTIC. Nesse contexto, a saúde volta a ganhar importância, com grande expansão dos gastos com assistência médica e da rede hospitalar (compostas por serviços próprios dos institutos, mas majoritariamente estabelecimentos privados filantrópicos contratados e com surgimento do segmento lucrativo), especialmente a partir de meados dos anos 1950.

Esse processo culmina na aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960 que completou a unificação de dos direitos de todos os segurados e a extensão dos benefícios a trabalhadores rurais, com crescimento substantivo da assistência médica. Simultaneamente, há uma rápida deterioração da situação financeira dos Institutos, evidenciando o impasse político decorrente da falência do regime de capitalização, da redução do espaço de cooptação e incorporação de demandas do modelo, e da insuficiência das bases financeiras e institucionais para o processo de capitalização da medicina (BRAGA; PAULA, 2018, FLEURY; TEIXEIRA, 1985, CORDEIRO, 1984). Mesmo com toda a expansão, os IAPs atendiam a apenas 10% da população (BAHIA, 2005).

Também neste momento há o início da subordinação das relações sociais de prestação de serviços de saúde às relações capitalistas, ainda que as bases financeiras e técnicas desse processo fossem limitadas. A predominância de uma prática médica liberal, autônoma e ligada à caridade e uma base tecnológica estreita impedia a generalização de transformações que as articulassem interesses da categoria médica a interesses incipientes no campo da produção de equipamentos e medicamentos, ou a constituição de empreendimentos médico-hospitalares estritamente privados a partir de capitais individuais. De toda forma, a ampliação da cobertura, do escopo e da tecnificação da assistência médica contribuiu para a pressão crescente sobre as despesas que se tornou base de uma importante crise econômica e financeira. Já no final dos anos 50 e na década de 1960 o cenário muda e a diversificação do consumo passa a refletir a entrada do setor saúde em um padrão de acumulação industrial, subordinado às transnacionais, e à constituição embrionária de um setor capitalista de atenção

à saúde, relacionados incialmente aos hospitais (BRAGA; PAULA, 2018, FLEURY; TEIXEIRA, 1985; CORDEIRO, 1984).

Em resumo, no período há uma clara divisão entre uma *medicina curativa*, atrelada à previdência e ao Ministério da Indústria, e uma *medicina preventiva*, atrelada ao Ministério da Saúde (e da Educação, antes de 1953). Em essência, essa divisão refletia as diferentes abordagens da *questão social* para segmentos distintos da sociedade – de um lado a previdência como instrumento de mediação política e incorporação de demandas circunscrita aos segmentos de trabalhadores mais organizados e vinculados ao centro dinâmica da economia; e, de outro, um aparelho de saúde pública voltado por programas verticalizados e focalizados voltados para médicas coletivas e de erradicação de endemias. Assim, o processo de segmentação do modelo de atenção combina elementos *modernos* – assistência hospitalar e acesso a tecnologias e padrões de consumo avançados – e *atrasados* – garantia de mínimos de reprodução da força de trabalho dentro das condições precárias de vida nas áreas rurais e periferias urbanas (MONTE CARDOSO, 2013).

O período democrático nas décadas de 50 e a primeira metade dos anos 60 marcaram não apenas a articulação dos discursos oficiais sobre saúde à problemática do desenvolvimento, mas também o estabelecimento de disputas e questionamentos em torno das concepções e objetivos das políticas de saúde. Enquanto no âmbito da medicina previdenciária, os ares do plano Beveridge no pós-guerra conformou grupos "contencionistas" e "expansionistas" no interior da burocracia. Os primeiros representados principalmente pela tecnocracia do IAP dos industriários (IAPI), defendiam uma perspectiva meramente atuarial e contributiva dos seguros de saúde, contenção das despesas do regime de capitalização e a disseminação dos convênios direto de empresas com a previdência que se iniciava em setores industriais de São Paulo Os segundos dispersos entre outros IAPs, defendiam teses sobre universalização de direitos e financiamento por impostos gerais (MONTE CARDOSO, 2013; BRAGA; PAULA, 2018; CORDEIRO, 1984).

No âmbito das estruturas da saúde pública, os sanitaristas tradicionais que foram hegemônicas em todo o período, influenciados pelas ideias estadunidenses, da Fundação Rockfeller e da Organização Mundial de Saúde, que atribuíam à erradicação da doença uma condição para erradicação da pobreza e da miséria, alinhados aos preceitos mais gerais do capitalismo dependente. Ao longo dos anos 50, e especialmente nos anos 60, uma corrente minoritária composto por nacionalistas e comunistas, que considerava que a superação do subdesenvolvimento era o pressuposto para alteração do quadro sanitário, ou seja, as condições de saúde estavam ligadas às condições de vida. Do ponto das políticas de saúde,

defendiam uma proposta mais universalista atrelada à descentralização dos serviços de saúde púbica, com a criação de uma rede assistencial integrada baseada nos municípios, além de maior controle e regulação sobre a indústria farmacêutica. Essa fração ganharia maior proeminência nos governos João Goulart, que incorporou as propostas da III Conferência Nacional de Saúde, marco das formulações do sanitarismo desenvolvimentista, no bojo das reformas de base (MONTE CARDOSO, 2013; BRAGA; PAULA, 2018).

Todavia, as aspirações reformistas foram totalmente interrompidas pelo caráter regressivo e autoritário do regime instalado a partir do golpe de 1964, e as mudanças subsequentes viriam a reforçar a privatização, a modernização e a segregação (MONTE-CARDOSO, 2013). A direção do aparelho previdenciário foi assumida por setores burocráticos ligados ao IAPI, mais ligados às propostas privatizantes e aos emergentes setores médicos-empresariais. A formação do modelo assistencial hegemônico e a consolidação de um sistema de saúde no período ditatorial acontece a partir de1966 com a unificação dos IAP no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), seguido de uma série de reformulações em arranjos políticos e institucionais.

A contrarreforma da ditadura centralizou o controle dos recursos financeiros e das estruturas burocráticas previdenciárias e ampliou sua capacidade financeira com aumento das contribuições; excluiu setores organizados da classe trabalhadora das estruturas de decisão, poder e controle sobre o sistema previdenciário, destruindo os canais de participação e cooptação do populismo; há uma progressiva uniformização dos benefícios da previdência entre as diferentes categorias assalariadas e ampliação da assistência médico-hospitalar a outros setores da população; aceleração do empresariamento da medicina através das políticas previdenciárias e consolidação da hegemonia das transnacionais do setor farmacêutico; além do esvaziamento e do retrocesso financeiro e político das ações de saúde pública (CORDEIRO, 1984; MONTE-CARDOSO, 2013; BRAGA; PAULA, 2018)

Neste processo, conformam-se as principais características do modo de organização dos serviços de saúde: (1) extensão da cobertura previdenciária para quase a totalidade da população urbana e rural; (2) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de Saúde Pública; (3) a consolidação, apoiada na intervenção estatal, de um Complexo Médico-Industrial, articulando setores industriais (medicamentos, equipamentos – cujo padrão tecnológico é determinado fundamentalmente pelas multinacionais) a um setor propriamente capitalista de assistência à saúde (hospitais e empresas médicas); (4) o desenvolvimento de um padrão de organização das práticas de saúde orientado pela lucratividade, propiciando a capitalização, assalariamento e tecnificação da

prática médica e o privilégio ao produtor privado de serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Mesmo com tais mudanças, a estratégia de transferir demandas econômicas para o aparelho estatal através de concessões em políticas sociais, de forma a atenuar as tensões sociais e buscar legitimidade, se mantém e se amplia.

Se de início parte das classes dominantes também perderam espaço nos IAPs, durante os anos 70 seriam incorporadas ao núcleo do processo decisório dentro das novas políticas de saúde, através de alianças informais entre a tecnoburocracia da previdência, produtores de serviços e bens (Federação Brasileira de Hospitais - FBH, Associação Brasileira de Medicina de Grupo- Abramge) e setores das instituições médicas (Associação Médica Brasileira - AMB e cooperativas médicas) que sustentariam e se beneficiariam da expansão do modelo (CORDEIRO, 1984; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

A chegada do capital industrial no setor saúde ainda nos 50 e 60 associada a um papel ativo do Estado e de arranjos burocráticos empresariais levaram à consolidação de um CMI que finalmente encontrava as bases institucionais, técnicas e financeiras para estabelecer e generalizar uma dinâmica setorial de acumulação e um processo de capitalização da prática médica, de forma articulada a profunda transformações em aspectos técnicos e assistenciais da atenção à saúde (CORDEIRO, 1980, 1984; BRAGA; PAULA, 2018). Entre as principais iniciativas nessa direção, destacam-se: o financiamento da construção e modernização dos hospitais privados através de empréstimos públicos; o credenciamento de serviços privados (consultórios, hospitais e diagnóstico) para atendimento dos segurados, remunerados por unidade de serviços e fortemente permeáveis à corrupção; o estabelecimento dos "convênios médicos" entre a Previdência e empresas, que retiravam a responsabilidade de atendimento pelo INAMPS e subsidiava a contratação de "empresas médicas" ou "medicinas de grupo" para atendimento dos empregados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Paim (2008) chama de "médico assistencial privatista" o modelo que prevaleceram no Brasil no âmbito da assistência filantrópica e liberal e que consolidou sua hegemonia com a capitalização da medicina por meio do Inamps, especialmente a partir dos anos 70. Suas bases fundamentais seriam: a centralidade na clínica e na atenção individual; a organização da assistência médica através de procedimentos e especialidades; a priorização dos serviços hospitalares; a utilização intensiva de tecnologias como meio de trabalho; a tendência ao consumismo médico e a superprodução de serviços e procedimentos; a centralidade no médico e no especialista, com pacientes com participação passiva e subordinada; e, por fim, a ausência de ações preventivas e de promoção da saúde.

Nesse arranjo político, econômico e institucional, o regime de acumulação setorial se assentou em um tripé onde o Estado é o grande financiador do sistema através da Previdência Social, o setor privado nacional o maior prestador de serviços de atenção médica e o setor privado internacional o principal produtor de insumos, medicamentos e equipamentos (MENDES, 1993). Também destacamos o papel central dos médicos, seja pela submissão da prática profissional às transformações capitalistas, seja pelo seu papel na criação novas modalidades assistenciais intermediando esquemas privativos tipicamente empresariais e lucrativos para atendimento das classes assalariadas.

Entre 1974, no contexto da primeira crise do petróleo e do esgotamento do milagre econômico, a resposta econômica do governo foi o lançamento do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), programa de investimentos públicos que tinha como orientações gerais modificar a estrutura produtiva, com aumento da participação da indústria pesada, aumentar a importância da empresa privada nacional, reduzir a concentração produtiva regional e melhorar a distribuição de renda. Na saúde, como uma das áreas prioritárias, já eram diagnosticadas uma série de disfuncionalidades acumuladas, que seriam enfrentadas por uma série de reformas institucionais sem que a essência do modelo fosse alterada. Ao contrário, diversas iniciativas fortaleceram as tendências anteriores e foram incapazes de racionalizar o sistema como um todo.

Entre elas, destacamos a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)em 1974 que reforçou dicotomia saúde pública / medicina previdenciária; a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), voltado a financiar projetos de interesse público e privados nas áreas sociais, que em grande medida foi utilizado para financiar a construção de hospitais privados; os Planos de Pronta Ação (PPA), que buscaram expandir a cobertura, otimizar o uso da capacidade instalada e normatizar o complexo previdenciário a ampliação de convênios com estados, municípios e universidades; a instituição do DataPrev na tentativa de ampliar o controle do INPS sobre os gastos hospitalares; a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975 e do Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas), em 1977 subordinado ao MPAS e instituído junto do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); a regulamentação do seguro saúde individual em 1976 e a Lei Complementar da Previdência de 1977, que estimulou os serviços médicos fechados a empresas ou órgão público específico (MONTE CARDOSO, 2013; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Com relação ao setor farmacêutico destaca-se a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971, que nasce entre intenções nacionalistas de maior autonomia externa e

protagonismo estatal na produção de fármacos, ligado a setores das forças armadas, e os fortes interesses ligados ao capital internacional. Na prática, a política da CEME estimulou os laboratórios oficiais e o setor privado interno, mas se concentrou fundamentalmente na aquisição e distribuição de medicamentos, não conseguiu cumprir a promessa de redução da dependência externa, a dominação das multinacionais e as farmácias privadas se manteve como principal canal de oferta (CORDEIRO, 1980; BRAGA; PAULA, 2018; MONTE-CARDOSO, 2013).

Assim, ao final da década de 70, produziu-se um sistema de saúde segmentado entre diferentes estratos sócio-ocupacionais, fragmentado em suas estruturas institucionais, privatizado na provisão, desigual na distribuição de recursos e nos padrões de consumo e assistência entre as classes sociais, focado em ações curativas e ineficaz na resposta às necessidades de saúde da população e com tendência ao descontrole dos gastos, que iam sendo contornadas, sem muito sucesso, na medida em que a economia se mantinha em crescimento. O cenário muda drasticamente no início dos anos 80, também como reflexo da conjuntura mais ampla a medicina previdenciária entre em profunda crise ideológica, financeira e de legitimidade (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

As políticas sociais são um exemplo emblemático da crise estrutural do modelo de desenvolvimento, do sistema de acumulação e do próprio Estado. Suas contradições intrínsecas foram se acirrando na medida em o regime político autoritário ia perdendo legitimidade e a crise da dívida colocava o país em um impasse histórico. Para Fleury (1994):

> O desenvolvimento com base no modelo de substituição de importações esgotara as possibilidades de crescimento sem ter gerado a superação da dependência em relação ao mercado e aos capitais externos e sem ter eliminado a heterogeneidade estrutural. A política social, utilizada em maior ou menor grau para reduzir as desigualdades sociais pela incorporação dos trabalhadores mostrara-se incapaz de superar os limites impostos pelo próprio processo de acumulação e pela teia de interesses tecida ao redor das instituições de proteção social: como política compensatória, acabara por reificar as iniquidades do mercado, como instrumento de controle da participação acabara por tornar-se um poder para os trabalhadores que escapava ao domínio das elites técnicas e políticas: como articulação de uma aliança nacional-desenvolvimentista acabara por isolar os trabalhadores no momento de crise econômica e integração subordinada de seus possíveis aliados ao capital internacional (FLEURY, 1994, p. 196).

7.3 ECONOMIA E POLÍTICA NA TRANSIÇÃO PARA A DEMOCRACIA E PARA O NEOLIBERALISMO NO BRASIL

Em 1981 a crise econômica estourou e o Brasil passou pela primeira recessão desde 1930. E, diante das ameaças às empresas brasileiras – privadas e estatais – e aos bancos endividados no exterior, o governo nacionalizou a dívida externa visando evitar o colapso das estatais e do sistema econômico; o que, em contrapartida aumentou as pressões fiscais e levou à ampliação da emissão de moedas e ao corte de investimentos públicos e gastos sociais, levando a uma deterioração dos serviços públicos. Todavia, isso não foi suficiente para conter a hiperinflação que persistiu até os anos 90. O Brasil assistia ao início de uma transição econômica gradual e relativamente tardia para o neoliberalismo, permeada por sucessivas crises e tentativas fracassadas de estabilização da economia, que incluíram tanto medidas heterodoxas quanto políticas fiscais e monetárias ortodoxas. Ao longo do tempo, as últimas foram ganhando maior proeminência, através de seguidos choques contracionistas entre os planos de estabilização. (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018, FILGUEIRAS, 2006 e 2018; FIORI, 1992). Como destaca Fiori (1992), nos anos 80 o Brasil assistiu a:

> [...] oito planos de estabilização monetária, quatro moedas diferentes, onze índices distintos de cálculo da inflação, cinco congelamentos de preços e salários, quatorze políticas salariais, dezoito modificações nas normas cambiais, cinquenta e quatro alterações nas normas de controle de preços, vinte e uma propostas de negociação da dívida externa e dezenove decretos governamentais sobre austeridade fiscal. (FIORI, 1992, p. 184-5).

Também neste contexto há a entrada do Brasil no processo financeirização, ainda que restrita a pequenos setores da sociedade. A partir de condições institucionais estabelecidas ainda nos anos 70 e com a crise da dívida, há uma forte expansão da acumulação bancária e financeira a partir dos ganhos inflacionários, com indexação de preços e salários, maior concentração bancária, fortalecimento das elites financeiras e rentistas, perda de autonomia progressiva do Estado, maior concentração de renda, queda do investimento produtivo e estagnação econômico, afirmação de comportamentos rentistas em empresas não-financeiras e famílias de alta renda (PAULANI, 2008; LAVINAS, ARAUJO e BRUNO, 2017; BRUNO e CAFFE, 2017;).

Todavia, a marcha rumo ao neoliberalismo só daria sua guinada definitiva na política econômica e social a partir dos anos 90, com a eleição de Collor. A demora na adoção decidida de um projeto neoliberal no Brasil, quando comparada aos demais países latino-

americanos, demonstrava, de fundo, um impasse histórico mais amplo onde as disputas políticas e correlação de forças entre classes e frações refletiam o esgotamento das formas de dominação política, a crise estrutural da ISI e do próprio Estado desenvolvimentista (FILGUEIRAS, 2006; SAAD FILHO; MORAIS, 2018).

Do fim do milagre econômico em 74 até a posse do primeiro presidente civil em 85, o regime militar encontra crescentes dificuldades de legitimação, de contenção das pressões distributivas e de abertura democrática, e adotou uma estratégia de distensão progressiva do controle da sociedade civil enquanto buscava sustentar o modelo econômico. Internamente, especialmente a partir da segunda metade da década de 70, a oposição se fortaleceu a partir de duas forças principais. A primeira era uma esquerda renovada apoiada em trabalhadores do setor formal, sindicatos, partidos de esquerda ilegais, alas progressistas da Igreja Católica, entidades da sociedade civil, parte da classe média urbana, exilados políticos anistiados. Tinham como demandas principais a volta à democracia e políticas econômicas e sociais distributivas. Principalmente a partir do início da abertura política em 1978, protestos estudantis, greves, movimentos de trabalhadores urbanos e rurais emergem com vigor (ALVES, 1988, SAAD-FILHO, 2018).

No inícios dos anos 80 são fundados o Partido dos Trabalhadores (PT), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), configurando uma nova esquerda com maior autonomia de classe frente às demais forças políticas do processo de transição, e possibilitando canais de representação para setores historicamente excluídos do processo político no Brasil. Outra parte da esquerda, como o Partido Comunista Brasileiro (PCB), se aglutinou no partido oficial da oposição à ditadura, o Partido da Mobilização Democrática Brasileira (PMDB), que também eram composto de conservadores e políticos das elites tradicionais. Estes se fortaleceram com a volta das eleições para governos estaduais e municipais nos anos 70, com a crescente insatisfação de estados e municípios com a centralização federativa excessiva e a demanda por mais recursos e protagonismo. O PMDB chega à década de 80 como a principal frente política de oposição ao regime, bastante heterogênea entre si, porém com a predominância de lideranças social-democratas (ALVES, 2005; SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

O crescente consenso da necessidade de uma democracia colocou as classes dominantes divididas entre dois projetos, um de reforma e renovação da ISI e um de abertura internacional e adesão ao neoliberalismo (FILGUEIRAS, 2006, SAAD-FILHO, 2018). Desde os anos 70, cresciam os grupos ligados ao grande capital interno e externo, dos setores financeiros e industriais, insatisfeitos com o intervencionismo e fechamento do governo, o

que progressivamente fortaleceu a visão de que os militares não eram mais capazes de assegurar seus interesses de classe e que a transição para a democracia poderia trazer mais estabilidade política. A disputa pela hegemonia e direção desse processo dividiu frações da burguesia.

O primeiro grupo era predominante no início da década 80 e tendia para uma maior aproximação com o movimento democrático, pautando uma reforma da ISI que acomodasse as demandas populares e mantivesse a centralidade do Estado no processo de acumulação e desenvolvimento. O segundo, liderado por frações emergentes ligadas ao setor financeiro, defendia que a transição se desse paralelamente à uma modernização que permitisse a integração do capital brasileiro ao capital transnacional e ao mercado financeiro, passando por uma mudança na intervenção do Estado na economia através de cortes de gastos, privatizações, abertura comercial, liberalização financeira, reformas tributárias, fiscais e na seguridade (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; FILGUEIRAS, 2006, 2018). Este último grupo tem dificuldade de estabelecer as bases políticas de um novo bloco hegemônico, mas ganha força na segunda metade da década na medida em que fracassavam os planos de estabilização heterodoxos, avançava o processo de financeirização e crescia a organização e força dos trabalhadores e do movimento democrático.

A campanha por eleições diretas para presidente em 1983 e 1984 colocou na rua um movimento de massas inédito após décadas de repressão, exigindo eleições diretas para presidente, mas a proposta foi derrotada na câmara dos deputados por pequena margem. As frações da elite que apoiaram o movimento, principalmente ligadas ao PMDB, passaram a temer a perda de controle do processo. Um acordo entre ala do principal partido de apoio ao governo, o PDS, e o PMDB levou à formação da Aliança Democrática, que posteriormente negociou com os militares a realização de eleições indireta, vencida por Tancredo Neves e José Sarney. Conformou-se uma transição política pactuada pelo alto, que ainda que sob uma hegemonia progressista, não contemplou o conjunto das forças políticas da transição e as demandas populares emergentes (ALVES, 1988, 2005).

Uma nova rodada de disputas e embates se daria a partir do acordo para realização de uma Assembleia Constituinte em 1986, que definira as bases de funcionamento do novo regime político. A conjuntura mostrava que tanto as classes dominantes quanto as classes populares não tinham forças para implementar um projeto de recomposição do poder civil. Mesmo com as diversas tentativas de blindar e restringir a participação ampla no processo, a ação eficaz da bancada de esquerda e a intensa mobilização popular surpreenderam a desarticulada burguesia. Em resposta ao texto progressista que surgia das comissões, articulou

através do PMDB o chamado Centrão, bloco suprapartidário de que determinou como nenhum outro o conteúdo e os limites da nova constituição e vetou quaisquer propostas que fossem uma ameaça à ordem (SAMPAIO, 2009; ALVES, 1988). Essa frágil e específica correlação de forças vai definir a principal característica da carta de 1988: *a ambiguidade*. Por um lado, reforça a ordem burguesa (livre iniciativa e concorrência, direito de propriedade e herança) e, por outro, ordena a garantia de uma sociedade livre, soberana, justa e solidária, capaz de enfrentar a pobreza e as desigualdades (SAMPAIO, 2009).

O texto da nova constituição representou o estabelecimento de um novo pacto social que estabeleceu uma democracia liberal como novo regime político, que se mostrou nos anos posteriores o mais aberto e estável da história, com garantia formal de liberdade política, eleições livres e direitos civis básicos, sem interferência do poder militar. Também continha avanços inéditos ao ampliar os direitos de cidadania e estabelecer bases constitucionais para a inclusão social de setores historicamente excluídos, através da construção de políticas sociais abrangentes e universalistas, estruturadas a partir da lógica da seguridade social, ainda que mesclasse elementos contributivos e não-contributivos.

Todavia a essência deste pacto não alterava a natureza excludente do Estado Brasileiro, na medida em que as demandas econômicas distributivas foram ignoradas em grande medida, o que seria ainda mais notável a partir da década de 90 com a adesão definitiva ao neoliberalismo. Além disso, o sistema político criado apresentava uma série disfuncionalidades e fragilidades, como a descentralização do poder para as esferas subnacionais, especialmente na provisão de políticas sociais, mas sem garantia financeiras adequadas; a independência do poder judiciário mas não estabeleceu nenhum controle social sobre o mesmo; criou um sistema presidencial com eleições em dois turnos ao mesmo tempo limitou os poderes presidenciais a partir da estrutura legislativa bicameral, hegemonizada por setores oligárquicos e conservadores urbanos e rurais. Essa estrutura exigia a formação de grandes coalizões com forças de centro para garantir a governabilidade, alimentando relações fisiológicas entre Executivo e Legislativo e criando uma enorme barreira para mudanças mais profundas e combate a privilégios (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

É apenas após a promulgação da CF 88 que nova hegemonia neoliberal se consolida politicamente, a partir das eleições de Collor em 1989. A unificação de distintos interesses das frações da burguesia e consolidação um novo bloco político dominante liderado pelo setor financeiro se deu com a ameaça concreta de perda de controle do processo político. A derrota do PT, que representava uma esquerda com certa independência de classe e, no segundo turno todo o progressismo, legitimou a aplicação do programa ortodoxo de internacionalização,

abertura comercial, privatização e ajuste fiscal que representariam um constrangimento constante das possibilidades dos novos direitos adquiridos, ainda que não tenha evitado a expansão do gasto social e das políticas sociais.

Assim, o período democrático é fundado sobre a tensão entre a democracia política formalmente conquistada e a democracia econômica inexistente, entre a promessa de inclusão e garantia de direitos e o imperativo de manutenção e atualização das estruturas econômicas e políticas da dependência e da segregação dentro da transição para o neoliberalismo, pressionando para a financeirização, concentração de renda, reestruturação produtiva e restrição das condições de vida. Estas contradições fizeram com que a transição política pelo alto produzisse uma democracia frágil, com um sistema político desequilibrado e travado, ainda que capaz de manter a estabilidade e em certos momentos promover avanços pontuais dentro dos limites da dinâmica geral do neoliberalismo. Esse ponto de partida é essencial tanto para compreender o caráter da expansão das políticas de saúde nos anos 90 quanto para decifrar os mecanismos de inclusão/exclusão social e reprodução do modelo assistencial que operariam nos anos seguintes.

7.4 SAÚDE É DEMOCRACIA! E NEOLIBERALISMO?

A crise da Previdência na esteira da abertura política e início da redemocratização se tornou solo fértil para a cristalização de uma disputa pela direção política e ideológica de reformas do sistema de saúde entre distintas frações que buscavam a nova hegemonia. Forma-se certo consenso entre diferentes setores da sociedade sobre a necessidade de reforma nas políticas de saúde, cujas bases financeiras se mostravam insuficientes em meio à crise, cujas instituições eram consideradas ineficientes e corruptas e associadas ao regime militar, e que se mostrava incapaz de atender as crescentes demandas distributivas e por direitos sociais que ganhavam um forte impulso no processo de abertura (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

O deslocamento na correlação de forças da medicina previdenciária era fruto tanto da ascensão do movimento sanitário e das esquerdas no cenário nacional, quanto das crises internas da previdência e das mudanças capitalistas no setor (OLIVEIRA; FLEURY, 1985; MENDES, 1993; RODRIGUEZ NETO, 2003). Neste cenário conformaram-se quatro frações principais. A primeira era uma fração conservadora/privatista, representada por hospitais privados da FBH que tiveram grande influência e protagonismo no modelo anterior. Tinham como proposta a manutenção do modelo assistencial, com ampliação dos recursos assistenciais e melhorias dos mecanismos de controle e fiscalização dos gastos do INAMPS.

A segunda era a corrente modernizadora/privatista (RODRIGUEZ NETO, 2003), representada por burocratas do Ministério do Trabalho, da Fazenda e da Secretaria de Planejamento da Presidência e pelas empresas médicas da Abramge, que haviam crescido e se fortalecido nos anos 70 e com a crise da medicina previdenciária conseguiram expandir suas bases de clientes a partir de contratos privados. Apesar de não haver consolida uma agenda claramente neoliberal de reformas no setor saúde, as transformações no padrão de acumulação das empresas médicas e do próprio processo de reformulação institucional da medicina previdenciária impulsionaram um processo de *reestratificação* que viria a ser uma das bases fundamentais do sistema de saúde no neoliberalismo. Tais empresas advogavam a reorganização do sistema com referência no modelo estadunidense, com delegação das responsabilidades assistenciais da previdência a estas empresas, que seriam mantidas com recursos dos usuários. Os diversos segmentos vinculados à previdência deveriam ser incorporados no ascendente mercado de planos e seguros de saúde e o setor público deveria ser responsável pelas ações de saúde públicas e atendimento dos marginalizados.

A terceira corrente, majoritária, era ligada ao pensamento médico liberal e defendia um reforço ao setor público, maior controle sobre o setor privado, eficiência da máquina pública, não intervenção sobre a prática liberal, contra o mercantilismo e o assalariamento, no intuito de restaurar uma moralidade ética da medicina que havia sido corrompida pelo modelo previdenciário. Visava sobretudo, dentro do corporativismo médico, proteger a autonomia sobre as escolhas clínicas e liberdade de escolha profissional. Contava com o apoio das entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, mas também com uma série de entidades sindicais e patronais e burocratas (RODRIGUEZ NETO, 2003; MONTE-CARDOSO, 2013, CAMPOS 1992).

A quarta corrente, racionalizadora/reformista – o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), era a força progressista emergente que se constituiu durante a resistência à ditadura militar através as articulações e processos políticos e institucionais diversos que foram se potencializando ao longo dos anos 70. Entre suas distintas frações, destacamos uma vanguarda oriunda das universidades (que posteriormente, impulsionaram a formação do CEBES e da Abrasco) e dos partidos de esquerda (especialmente o PCB, mas também PT e PC do B), do movimento estudantil, do movimento sindical de profissionais de saúde, do movimento municipalista e do movimento popular de saúde. A síntese desses acúmulos se encontra, por exemplo, no documento “A questão democrática na área da saúde” de 1979 e no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Em linhas gerais, o movimento propunha uma concepção ampliada de saúde partindo da ideia de *determinação social* do processo saúde-doença; uma reformulação do sistema de saúde a partir da criação de um sistema único sob os princípios da seguridade social, integral, descentralizado, regionalizado e com mecanismos de participação social e controle popular; o enfrentamento ao setor privado e à apropriação de recursos públicos, que deveria ser estatizado ou submetido ao controle estatal (PAIM, 2008; MONTE-CARDOSO, 2013). Assim, o projeto da RSB era uma proposta de reforma social radical nos marcos de uma democratização política e econômica profunda da sociedade brasileira, ainda que em seu interior houvesse divergências de setores mais socialistas ou social-democratas nas aspirações de mudanças, mais movimentistas ou institucionalistas na estratégia política (MONTE-CARDOSO, 2013). Dentro da conjunção "democracia e saúde", Paim (2008) define os elementos constituintes da proposta da seguinte maneira:

> a) Democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes, o reconhecimento do direito à saúde como direito de cidadania, garantindo acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento e gestão das políticas de saúde; b) Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) Democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p. 73).

Em meio a intensas disputas, o processo de reforma do sistema de saúde nos anos 80 é marcado por três eixos centrais, que se desenvolvem de forma complexa, paralela e articulada, e são descritos por uma série de trabalhos (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MÉDICI, 1992; CAMPOS, 1992; MENDES 1993; BAHIA 1999; MONTE-CARDOSO, 2013, entre muitos outros).

O primeiro eixo é o estabelecimento das bases de uma nova universalização, baseada na *descentralização*, na *racionalização institucional da intervenção estatal* e na *expansão da provisão pública*. No sistema de proteção social brasileiro, mesmo no modelo corporativo, a universalização já se mostrava como tendência estrutural. Todavia, nos anos 80 os novos sentidos e conteúdos políticos destes processos foram idealizados e protagonizados pelo MRSB em aliança com governos locais e os municipalistas, e passou pela ocupação de espaços institucionais do INAMPS e do MS a partir de articulação com os partidos de

oposição no contexto das Diretas Já e das eleições indiretas (notadamente o PMDB, no qual o PCB estava inserido entre muitos outros).

Concretamente, as políticas implementadas passaram pelo descredenciamento de prestadores privados da previdência e o fortalecimento da provisão pública a partir dos governos estaduais e locais, especialmente no nível ambulatorial, com forte resistência e polarização com os prestadores privados. Uma série de projetos, ações e políticas foram parte dessa estratégia e da aliança e são descritas por Oliveira e Teixeira (1985); Mendes (1993); Monte Cardoso (2013), entre outros. Já na constituinte, a direção do processo de reforma na Saúde teve grande incidência da esquerda e de setores progressistas do movimento democrático no processo constituinte, que representou sua maior conquista.

Por outro lado, o tensionamento provocado pelo movimento sanitário e a ameaça de perda do controle político sobre as reformas propostas, identificadas como "socialistas e estatizantes", ajudaram a unificar o setor privado e setores médicos na oposição ao reformismo e na constituição de um novo modelo assistencial, visando evitar qualquer restrição mais profunda à iniciativa privada e manter a prática médica livre do controle estatal, o que também ficaria expresso no texto constitucional (CAMPOS, 1992).

O segundo eixo é a *restrição e instabilidade financeira*, decorrente das crises econômicas, dos choques ortodoxos, da hiperinflação e da estagnação do crescimento na década de 80, do esgotamento da medicina previdenciária e das subsequentes tentativas de reformulação do papel do Estado, o que limitaria as possibilidades e alcance das reformas institucionais e financeiras que antecederam a constituinte, a velocidade de ampliação do acesso e a própria qualidade dos serviços públicos. As fortes oscilações do financiamento, alterando momentos de alta e restrição, foram a tônica do período, culminando em um período de forte declínio após a constituinte (MÉDICI, 1992; MÉDICI, 1997).

Para Faveret Filho e Oliveira (1990), a constituição de 1988 rompeu com o padrão de intervenção corporativista do Estado formado desde os anos 30, no qual os benefícios eram entendidos como concessão e a contribuição previdenciária como requisito para o atendimento nos serviços de saúde. Do ponto de vista distributivo, a institucionalização do direito à saúde e de um sistema de saúde universal permitiria uma significativa transferência de recursos dos trabalhadores e empresas contribuintes na direção dos trabalhadores informais, não contribuintes. Todavia, no caso brasileiro haveria uma *universalização excludente*, na qual a velocidade de incorporação de novos segmentos nos serviços públicos de saúde era sempre superior aos recursos financeiros e meios políticos e institucionais para

expandir efetivamente sua rede, levando a uma tendência estrutural de racionamento e restrição da oferta frente à expansão da demanda.

O terceiro é o processo de *autonomização do setor privado, reestratificação* e *recomposição das bases da privatização*. Diferentemente da tendência geral de progressiva *universalização* da cobertura previdenciária e da *homogeneização* dos benefícios, com desmantelamento da estrutura de cooptação corporativa e escassez de uma base financeira pública que sustentasse a expansão do Complexo Médico-Industrial, a expansão do modelo assistencial inaugurado pelas empresas médicas generalizou progressivamente uma nova lógica de articulação política, econômica e ideológica entre trabalhadores, classes capitalistas, medicina e Estado. Nela, os recursos financeiros de trabalhadores e empresas destinados à assistência médica ambulatorial e hospitalar, anteriormente intermediados pela Previdência, passaram a ser captados e geridos pelas empresas de planos de saúde, o que viabilizou a incorporação de grandes contingentes de trabalhadores formais no subsistema privado, processo marcado pela expansão acelerada dos planos, seguros de saúde, cooperativas médicas e caixas próprias de empresas estatais e funcionários públicos. O modelo assistencial impulsionado ativamente pelas classes capitalistas, empresas médicas e o Estado para os trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia e do funcionalismo público conta também com a adesão das frações mais organizadas dos trabalhadores, das elites urbanas e classes dominantes, profissionais liberais etc.

Estes mecanismos de financiamento privado ganhariam centralidade na alavancagem da demanda ao potencializarem a capacidade de gasto das classes médias e altas, reduzindo substancialmente a dependência do gasto público como centro de sustentação financeira do setor privado. Ao mesmo tempo, o próprio grau de cobertura e acesso aos esquemas privados seria altamente segmentado, de acordo com a categoria, qualificação profissional, nível de remuneração, o caráter e tamanho das empresas empregadoras, a força dos sindicatos, e assim por diante. Isso teria grandes impactos na organização da oferta de serviços públicos e privados, nos padrões assistenciais diferenciados entre distintos classes sociais, na produção e reprodução de desigualdades socio-sanitárias. Ou seja, a recomposição das próprias forças de mercado do setor saúde, do modelo médico hegemônico, da dinâmica setorial de acumulação, da segmentação sob novas bases. Se é fato que estes arranjos foram gestados e ampliados durante a ditadura militar, a partir dos anos 80 os negócios eles ganham nova escala e qualidade (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MONTE-CARDOSO, 2013; MENDES 1993).

Assim, apesar de uma reforma institucional inspirada no paradigma *beveridgeano*, observa-se uma tendência estrutural com predomínio do setor privado e ação estatal compensatória. A *universalização excludente*, portanto, assume a função não de incluir todos as classes sociais nos serviços públicos de saúde, mas de garantir atendimento às classes populares ao mesmo tempo em que exclui o subsistema privado e as classes médias assalariadas ligadas aos polos mais dinâmicos da economia. Isso possibilita que o Estado e o setor público se capacitem e se especialize, tendo em vistas suas limitações financeiras, para atender efetivamente os setores sociais de menor poder aquisitivo que que tem nele seu referencial de atendimento. Isso configuraria um padrão de intervenção estatal mais próximo do residual, ainda que no caso brasileiro a extrema concentração de renda e a heterogeneidade estrutural fazem como que o "residual" represente a grande maioria da população, e não apenas os marginalizados (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Esse processo tem outra importante consequência no campo político e ideológico: a viabilização do acesso meritocrático dos segmentos de renda média e alta a um subsistema privado contorna a possível resistência dos "de cima" a entrada de novos segmentos no setor público impulsionada pela universalização. Ao reduzir suas expectativas com relação ao sistema de saúde público e direcionar seus padrões e referenciais para o subsistema privado provoca uma acomodação em todo o sistema (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

A nova arquitetura institucional e a nova estrutura de poder setorial refletiriam as tensões políticas, econômicas e ideológicas estabelecidas. De um lado, o movimento sanitário consegue inserir o direito universal à saúde na carta, trazendo a promessa de um sistema público, abrangente e redistributivo e direcionando suas energias para uma estratégica política de ocupação e disputa dos espaços institucionais ligados ao SUS. De outro, os limites do novo sistema político e da adesão à nova ordem econômica mundial, as posições conquistadas pelos planos e seguros de saúde nos anos 80, o alinhamento dos setores médicos à ideologia neoliberal, a crescente força das multinacionais farmacêuticas somados aos interesses do emergente setor financeiro sobre o setor saúde, conformaria uma situação na qual estas frações impulsionassem um novo modelo de organização social do setor saúde, conciliando a expansão dos mercados, a modernização dos padrões de consumo, a lógica da segregação e a implementação de um sistema público inclusivo, porém limitado financeiramente, deliberadamente impotente frente ao setor privado e funcional ao avanço da mercantilização. É este processo que analisaremos em maior profundidade adiante.

CAPÍTULO 8 – A ECONOMIA POLÍTICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO ENTRE O NEOLIBERALISMO E A DEMOCRACIA (1988-2016)

8.1 O BRASIL NO CONTEXTO DEMOCRÁTICO E NEOLIBERAL

A trajetória do neoliberalismo no Brasil atravessou diferentes fases entre as décadas anos 90 e 2010. Mas, de modo geral é possível apontar uma série de elementos políticos e econômicos que permeiam todo o período e diferenciam o padrão de desenvolvimento capitalista da ISI do padrão liberal periférico no Brasil. Liberal, pois seria constituído a partir da abertura comercial, financeira, das privatizações e da liberalização da economia sob hegemonia do capital financeiro; e periférico pois o neoliberalismo assume características ainda mais regressivas em sua implantação e operacionalização nos países dependentes, o que no Brasil se expressou, por exemplo, no aprofundamento da dependência financeira e tecnológica e na extrema vulnerabilidade externa estrutural, na medida em que a economia acompanha de perto as oscilações cíclicas da economia internacional (FILGUEIRAS, 2018).

Entre os aspectos gerais que caracterizam o neoliberalismo no Brasil, Filgueiras (2006, 2018) destaca: (1) ampliação da assimetria na relação capital trabalho em função da reestruturação produtiva e abertura comercial que levaram ao aumento do desemprego estrutural, terceirização e precarização do trabalho; (2) mudanças nas relações intercapitalistas, com o capital financeiro (nacional e internacional) ocupando papel dominante e deslocando os setores do capital industrial, além de crescente protagonismo dos exportadores de bens primários no agronegócio. (3) a inserção do país na divisão internacional do trabalho se deteriorou, com uma reprimarização da pauta de exportações, desindustrialização, com ampliação da dependência financeira e fragilização das possibilidades do Estado na política macroeconômica e transformação do país em plataforma de valorização financeira pelo mecanismo da dívida pública; (4) o financiamento da acumulação muda de investimentos estrangeiros diretos e empréstimos externos para investimentos estrangeiros nos mercados financeiros (títulos da dívida, bolsa) e o financiamento estatal cai fortemente, junto do investimento público; (5) a estrutura da propriedade e a distribuição de renda entre capital e trabalho não se alteram, apesar da redução da pobreza e melhoras distributivas decorrentes das políticas sociais e governos petistas; (6) redução da capacidade de incorporação do progresso técnico, devido a redução do financiamento público, privatizações de estatais, venda de empresas brasileiras para investidores e multinacionais e, principalmente, pelo endurecimento dos regimes de

propriedade intelectual; (7) novas formas de representação política das distintas classes e frações de classes com significativa ampliação da esfera da sociedade civil no regime democrático; (8) constituição de um novo bloco no poder, sob hegemonia absoluta em um primeiro momento do capital financeiro, dos grandes grupos econômicos nacionais, produtivos e financeiros, seguida do fortalecimento de frações da burguesia interna ligadas ao agronegócio e da indústria, comércio, serviços que não tem maiores contradições com os capitais estrangeiros ou são 'nacionalistas'.

Aprofundando a caracterização do novo Bloco no Poder que afirmou o projeto político neoliberal e redefiniu as relações políticas entre classes e frações de classe Filgueiras (2006) destaca que fazem parte dessa configuração hegemônica|:

> [...] o capital financeiro internacional expresso na movimentação dos fundos de pensão, dos fundos mútuos de investimentos e dos grandes bancos dos países desenvolvidos; os grandes grupos econômico-financeiros nacionais, que conseguiram sobreviver ao processo de globalização, em função de sua capacidade competitiva ou através da associação (subordinada) com capitais estrangeiros; e o capital produtivo multinacional (associado ou não ao capital nacional). (FILGUEIRAS, 2006, p. 183-184).

As demais frações do bloco dominante, situadas em posição subordinada seriam os grandes grupos econômicos, não ligados diretamente à esfera financeira, mas subordinado à lógica geral das finanças, e os grandes e médios capitais que têm uma maior especialização no processo de acumulação: agronegócio, indústria, comércio ou serviços, estando voltados para o mercado externo e/ou interno. Além destes, teriam como importantes aliados as classes médias alta e elites econômicas que rejeitam políticas distributivas e a construção de um Estado de Bem-Estar Social e que deveriam financiar por meio de impostos, embora não fizessem uso de seus serviços. Seriam compostos por executivos de empresas, segmentos de profissionais liberais, a alta burocracia governamental, setores identificados com os valores, hábitos e padrões de consumo estrangeiros, que se beneficiaram das importações e das altas taxas de juros (FILGUEIRAS, 2006).

A transição para o neoliberalismo, justificada ideologicamente pela necessidade da estabilização monetária e controle da inflação, ganhava fôlego desde os últimos anos de Sarney, quando houve o relaxamento dos controles cambiais e sobre os fluxos internacionais de capital, o sistema financeiro foi reformado, iniciou-se um processo unilateral de liberalização das importações e concluiu-se a renegociação da dívida externa, retornando aos mercados internacionais de capitais. Todavia, é o início da década de 90 que a marca a

implementação definitiva do sistema de acumulação neoliberal (PAULANI, 2008; SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

As gestões de Collor e Itamar impuseram políticas monetárias contracionistas para controlar (sem sucesso) a inflação, atrair capital estrangeiro, aumentar a competitividade internacional e gerar excedentes de exportação, desarticulando definitivamente a ISI. Reformas constitucionais eliminaram barreiras entre empresas nacionais e estrangeiras, retiraram o monopólio estatal de áreas estratégicas, abriram espaço para a reconfiguração do aparelho do Estado com privatizações extinção de agências governamentais, além da flexibilização do mercado de trabalho. Apesar da instabilidade política que marcou o período 1990-1994 e da brusca e tumultuada ruptura com a ISI, o programa econômico do setor financeiro tornou-se hegemônico no bloco no poder, entre elites econômicas, políticas e acadêmicas (SAAD-FILHO, 2018, FILGUEIRAS, 2006).

A implementação de uma estratégia econômica que viabilizasse definitivamente o novo sistema de acumulação se deu com o Plano Real a partir em 1994, que ofereceu uma alternativa segura para conter a inflação, estabilizar a moeda, legitimar o sistema de acumulação neoliberal e suas reformas. Partindo do princípio de que a inflação era causada pelos déficits fiscais do Estado e persistia em função da indexação, uma série de políticas-chave estruturam o Plano Real: liberalização das importações, dos fluxos internacionais de capitais, das finanças domésticas, sobrevalorização da moeda, altas taxas de juros, redução dos déficits do setor público e desindexação. O sucesso imediato do Plano Real no controle da inflação impulsionou politicamente o ministro da Fazenda de Itamar, o intelectual Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se elegeu presidente ao fim de 1994 pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), derrotando novamente o PT (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

As mudanças nas políticas macroeconômicas e as reformas institucionais estabeleceram as bases para a substituição da financeirização elitizada e restrita dos anos 80, baseada nos ganhos inflacionários e concentrados nas classes altas, para um financeirização massificada baseada na renda dos juros e demais tipos de ganhos financeiros, derivados tanto do endividamento público quanto das famílias e empresas não-financeiras, padrão que se expandiu e se estendeu até 2015. As décadas de 90 e 2000 assistiram a uma estagnação na acumulação produtiva *vis a vis* a uma consistente expansão financeiras e ao movimento de alta das taxas de juros. O mecanismo de gestão da dívida pública, central para a financeirização, passou a fomentar a concentração da riqueza nas mãos dos detentores dos títulos da dívida pública, predominantemente bancos nacionais e estrangeiros (praticamente

metade), fundos de investimento e fundos de pensão, seguradoras e grandes empresas globais. A hegemonia das finanças se reflete em estruturas institucionais permissivas que garantem sua efetivação e constante reprodução no plano da formatação da política econômica, com permanente aval do Estado, independentemente do partido e da coalizão de governo que está à frente do executivo federal (PAULANI, 2008; BRUNO; CAFFE, 2017; LAVINAS, ARAUJO; BRUNO, 2017; PAULANI, 2017b).

O governo FHC também seria marcado pela Reforma do Estado, que visava modernizar a administração pública na direção do modelo gerencial associada à onda reformista neoliberal sintetizada nos princípios da nova gestão pública (*new public management)*, que já vinha ganhando força desde os anos 70. Todavia, a Constituição de 1988 havia indicado o aprofundamento do modelo burocrático weberiano que havia prevalecido até os anos 80, ao aprovar a universalização do concurso público como forma de recrutamento no serviço público, trazer a previsão de planos de carreira, a estabilidade e a progressão de longo prazo, além do estabelecimento do Regime Jurídico Único (RJU) para administração direta e indireta (CARNEIRO; BRASIL, 2016). Todavia, esses princípios despertaram fortes críticas da ortodoxia neoliberal que por um lado alegava o "retrocesso burocrático" associados aos dispositivos constitucionais que eram considerados "pouco flexíveis" e por outro restringia concretamente o serviço público com a restrição de concursos dentro da ideia de "enxugamento" da máquina do Estado.

As diretrizes do plano diretor da reforma do Estado, de 1995, buscavam delimitar as relações entre Estado e mercado, indicando as funções essenciais (estratégicas, atividades exclusivas, atividades não-exclusivas e produção de bens e serviços para o mercado) que justificariam a atuação do primeiro e as formas jurídicas de propriedade e gestão associadas à gestão e provisão pública. Esses princípios se refletiriam, por exemplo, na privatização das empresas estatais no campo dos bens e serviços e na manutenção do modelo burocrático para atividades exclusivas do Estado. Com relação às atividades exclusivas, buscou-se introduzir o modelo gerencial pela criação das agências reguladoras e para as não exclusivas (como a políticas sociais) a figura das OSS do terceiro setor. Elas seriam dotadas de maior autonomia administrativa e financeira face às normas da CF para administração direta e indireta. Isso foi seguido de uma flexibilização das necessidades de concurso público e por parâmetros de restrição orçamentária para contratação direta de servidores a partir da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) do ano 2000, vinculando os gastos com ativos e inativos com a gestão fiscal das três esferas federativas (CARNEIRO; BRASIL, 2016).

Ainda que essas reformas tenham tido caráter parcial e grande lentidão/extensão em sua implementação, os avanços mais significativos foram relacionados à descentralização. Todavia, esta característica, assim como a ampliação da participação social na gestão das políticas públicas a partir da criação de conselhos abertos à sociedade civil não eram determinações exclusivas da NPM e da Reforma do Estado, pois guardavam também fortes relações com o movimento de democratização e as demandas dos setores sociais emergentes nos anos 80.

No Brasil dos anos 90, as políticas sociais universalistas constitucionais que representaram o embrião de um Estado Social no Brasil foram, em movimento contrário, fragilizadas como consequência direta da política cambial, econômica e monetária adotada, restringindo a cidadania conquistada formalmente (FAGNANI, 2005). O sistema de proteção social aprovado na Constituição de 1988 teve caráter híbrido, mesclando benefícios contributivos e não-contributivos. Do ponto de vista da arquitetura institucional, criou-se um sistema previdenciário que praticamente universalizou a cobertura da aposentadoria para maiores de 65 anos através de regime contributivo e de repartição simples (no regime geral da previdência e no regime próprio da previdência para servidores – RGPS e RPPS, respectivamente) e não-contributivo como nas aposentadorias rurais.

Também incluiu outros benefícios não-contributivos como o seguro-desemprego, auxílios relativos a doenças e acidentes de trabalho, licença maternidade, entre outros. O sistema de proteção social também incluiu a criação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) mais focado no combate à pobreza, incialmente restrito ao benefício de prestação continuada (BPC) com renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário-mínimo, posteriormente ampliado com uma série de benefícios fragmentados (auxílio escola, auxílio gás etc) que seriam unificados nos governos do PT no Bolsa Família. Além, é claro, da criação de um sistema universal, integral e gratuito de saúde – o SUS. Além disso, construiu-se um sistema educacional, à parte da seguridade social, que progressivamente universalizou o ensino fundamental (FAGNANI, 2005; LAVINAS 2017b; LAVINAS; GENTIL; COBO, 2017; ANDRIETTA; LEMOS; FAGNANI, 2019).

A despeito da crescente hegemonia da ortodoxia na área econômica e da retórica de que a "seguridade não cabe no orçamento", o governo Sarney não conseguiu impedir a significativa ampliação do gasto social como consequência direta do texto constitucional. Ainda que pendessem uma série de regulamentações dos dispositivos aprovados, o gasto social teve um salto de 10% para 18% do PIB entre 1988 e 1990, com os gastos em saúde e educação estagnados e grande salto nos com assistência e previdência. Mas, no governo

Collor o gasto social sofreu queda, é só voltou a crescer a partir de 1993 em meio a oscilações justificadas pelos ajustes fiscais, e só se estabiliza em torno de 20% do PIB a partir de 1998 (GUERREIRO, 2010). Este truncado processo foi financiado sobretudo pela significativa ampliação da carga tributária, que passou de 22% em 1988 para 34% em 2010 (AFONSO; SOARES; CASTRO, 2013). Ou seja, houve uma ampliação significativa da arrecadação e do fundo público no neoliberalismo, que em partes é destinado a financiar as políticas sociais e em partes é disputado crescentemente pela financeirização e pelo mecanismo da dívida pública.

Além disso, o regressivo sistema tributário brasileiro exerce peso excessivo sobre as camadas pobres e intermediárias de renda, o que se deve a preponderância dos impostos indiretos sobre o consumo, além da baixíssima tributação sobre lucros, dividendos, heranças e grandes fortunas. Assim, estabeleceu-se um cenário onde os gastos sociais apresentam caráter distributivo, enquanto a arrecadação tributária, na direção oposta, compensa grande parte destes ganhos (IPEA, 2011).

Apesar dos avanços do texto constitucional, da implementação do sistema de proteção social e da ampliação de seu espaço no fundo público, especialmente com a universalização da previdência, a política social manteve várias características estruturais como o financiamento de caráter regressivo, privatização, fragmentação institucional e reduzidos impactos redistributivos. Além disso, ao longo dos anos 90 foram introduzidos novos parâmetros e diretrizes na direção contrária da universalidade como controles, condicionalidades, programas residuais e focalizados em detrimento de políticas universais, preferência por transferências monetárias em lugar de provisão pública desmercantilizada, abrindo espaço para privatização da educação e da saúde e posteriormente captura pelas finanças (FAGNANI, 2005, LAVINAS 2017b; LAVINAS; GENTIL; COBO, 2017; LAVINAS; GENTIL, 2019).

A ideia da incompatibilidade entre política macroeconômica e seguridade social que já havia emergido nos governos Sarney e Collor, foi reforçada pelo Plano Real e por uma série de mecanismos de restrição orçamentária e reformas incrementais visando reformular escopo, princípios e abrangência das políticas sociais. No financiamento, por exemplo, houve o rompimento do conceito de seguridade social com orçamento único; não cumprimento da destinação de 30% do orçamento da seguridade para a saúde; captura do orçamento social a partir da desvinculação de 20% da arrecadação de contribuições sociais da seguridade (DRU – desvinculação das receitas da União) para ajuste das contas públicas durante o Governo Collor (MENDES; MARQUES, 2009).

No primeiro governo FHC também houve fortes embates em torno da proposta de reforma da previdência apresentada. Ainda que tenha enfrentado resistência de diversos setores da sociedade, especialmente trabalhadores formais, servidores públicos, sindicatos e movimentos sociais, o que fez o governo reduzir o ímpeto e o escopo da reforma, a principal mudança foi aprovada em 1998, com Emenda Constitucional 20. O dispositivo permitiu a desconstitucionalização da regra de cálculo da previdência que ampliou a vinculação do valor dos benefícios à capacidade contributiva, limitando a utilização do sistema previdenciário como ferramenta de redistribuição para os setores de baixa-renda e movendo-o em direção à individualização atuarial do risco (ANDRIETTA; LEMOS; FAGNANI, 2019). Ainda assim, certos princípios e diretrizes fundamentais permaneceram, com o formato de regime público, de adesão compulsória e de repartição simples.

Entres os impactos econômicos e sociais gerais da entrada no neoliberalismo, a estabilização articulada à financeirização trouxe perda de competitividade, desindustrialização, terciarização e reprimarização da economia, queda das taxas de poupança, investimento e crescimento econômico, infraestrutura insuficiente e produtividade baixa, fortes deterioração na balança de pagamentos exigindo influxos contínuos de capitais externos, responsáveis por integrar progressivamente a economia brasileira aos circuitos globais de acumulação O Brasil permaneceu um país extremamente desigual, dependente e com altos índices de pobreza, mas se tornou uma economia internacionalizada e financeirizada, na qual o crescimento econômico é constrangido pela instabilidade na balança de pagamentos e na taxa de câmbio, em situação de alta vulnerabilidade externa. O neoliberalismo também criou um padrão de empregos informais, de baixa produtividade e remuneração no setor de serviços, enquanto os empregos no setor industrial e no setor público decresceram (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018, SAAD-FILHO, 2020).

As fragilidades do modelo ficariam evidentes ao final da década, quando crises internacionais limitaram o influxo de capitais e paralisaram a economia. Os desequilíbrios macroeconômicos se tornaram insustentáveis com a crise cambial em 1998, que gerou grandes ganhos para o setor financeiro, mas erodiu a popularidade e capacidade política do governo recém reeleito. Para corrigir as disfuncionalidades, introduziu-se uma nova estrutura de política econômica para uma estratégia de acumulação do neoliberalismo “maduro” a partir de 1999, representadas principalmente pelo chamado tripé macroeconômico (metas de inflação, fluxo de capital liberalizados, câmbio flutuante e taxas de juros variáveis, além da independência do Banco Central) e também pela LRF, que impôs controles rigorosos às

despesas governamentais e principalmente à contratação direta de pessoal pelo setor público (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018, SAAD-FILHO, 2020).

Politicamente, a crise do Plano Real reduziu drasticamente a legitimidade de Fernando Henrique Cardoso em seu segundo mandato (1999-2002), e provocou tensões que no Bloco no Poder, que sofreria rearranjos progressivos a partir de demandas dos segmentos prejudicados pelas políticas neoliberais. Já no governo FHC, o setor agroexportador passou a ter mais espaço entre as frações dominantes. Com as crises e com o início das altas internacionais nos preços das *commodities*, as exportações passaram a ser fundamentais para equilibrar a balança de pagamentos e estabilizar a economia em contexto de aprofundamento da vulnerabilidade externa (FILGUEIRAS, 2006). O sindicalismo por sua vez, passou por momentos difíceis nos anos 90 com a reestruturação produtiva, desemprego, flexibilização, terceirização e precarização do trabalho. Houve um recuo nas taxas de sindicalização, fragmentação, diminuição significativas das greves em relação aos anos 80, desmanche do militantismo de base e maior pragmatismo das cúpulas sindicais. Estas passaram a se preocupar menos com a organização de base e priorizar negociações coletivas, mesas com empregadores e setores patronais e a eleição de quadros para cargos políticos (BRAGA, 2016, 2017).

Nas eleições de 2002, a aliança de Lula com alguns setores sociais para viabilizar sua eleição também aprofundou as mudanças. Sua coalizão eleitoral foi formada em primeiro lugar, os trabalhadores urbanos e rurais sindicalizados, especialmente os mais qualificados, manuais, servidores públicos e segmentos da classe média progressista que haviam sido a principal base social da esquerda na redemocratização. Em segundo, segmentos dos trabalhadores informais identificados com as propostas de redistribuição de renda e ampliação de políticas sociais e/ou aproximados pelas alianças do PT com setores oligárquicos e evangélicos. Em terceiro lugar, uma burguesia interna que mantinha posições contraditórias frente ao neoliberalismo – por um lado, defendia as políticas macroeconômicas, fiscais, trabalhistas associadas e, por outro, reconhecia que a ampliação de políticas sociais, do salário-mínimo e a ação do governo poderiam ampliar a coesão social, dar estabilidade política e aumentar a o mercado interno. Inclui setores como as grandes empreiteiras empresas varejistas e dos serviços. Em quarto lugar, setores do agronegócio, das oligarquias locais e líderes de direita de regiões mais pobres, que não tinham grandes questões com o neoliberalismo, mas viam em Lula possibilidades de retomar posições influentes no governo e controlá-lo a partir do apoio do “centrão” no congresso nacional (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Lula derrotou uma aliança liderada pela burguesia internacionalizada, parcelas da classe média e a maior parte dos trabalhadores informais, mas ainda no processo eleitoral houve um comprometimento do PT com o setor financeiro e a o neoliberalismo visando garantir estabilidade política e garantir sua eleição (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018). Isso se expressou na manutenção do tripé macroeconômico e da arquitetura institucional neoliberal construída nos anos 90, assumida na *carta aos brasileiros*. Em seguida, também foram dadas garantias institucionais, como a de maior autonomia do Banco Central, a manutenção da política monetária, um novo acordo com o FMI, a elevação do superávit primário, uma proposta de reforma fiscal que elevava impostos indiretos e oferecia deduções em transações financeiras, além de nova proposta de reforma da previdência. O Brasil havia se tornado plataforma internacional de valorização financeira, e o governo Lula se mostrou disposto a completar este processo (PAULANI, 2008).

A questão da previdência, em especial, gerou tensões com as bases sindicais do partido, dada a similaridade com propostas de FHC. A Emenda Constitucional nº 41 de 2003 alterou o regime próprio da previdência social de servidores públicos, passando da repartição simples para incorporação de uma dimensão compulsória de capitalização, além do fim da aposentadoria integral para o funcionalismo e obrigatoriedade da contribuição de aposentados e pensionistas. Isso aprofundou o processo de mercantilização da previdência iniciado no governo FHC, com redução de sua capacidade redistributiva e deslocamento de parte do fundo público para o setor financeiro. Isso se deu a partir do achatamento do Regime Geral da Previdência Social, via redução do valor médio dos benefícios e imposição de obstáculos ao seu acesso; a extinção dos Regimes Próprios de Previdência Social, com o deslocamento dos recursos dos servidores que ganham acima do teto do RGPS para novos fundos de pensão; e a expansão da previdência complementar, tanto em sua modalidade aberta, vendidas pelos bancos, quanto sua modalidade fechada, via fundos de pensão (PAULANI, 2008, SESTELO *et al*., 2017; LAVINAS; GENTIL, 2019; ANDRIETTA *et al*., 2020).

Além da continuidade macroeconômica, durante o primeiro mandato Lula consolidaram-se condições externas favoráveis como o ciclo das *commodities* e o influxo de capitais externos devido ao aquecimento do comércio global. Elas permitiram alívio na balança de pagamentos e nas restrições fiscais, impulso a demanda agregada e ao emprego, ampliação das receitas do Estado e da base contribuições previdenciárias, e indução de uma dinâmica de crescimento econômico (SAAD-FILHO, 2020; LAVINAS, 2017b, 2017c; LAVINAS; GENTIL, 2018).

Paralelamente, houve uma retomada da valorização do salário-mínimo que, além de apontar para uma recuperação do poder de compra, também impulsionou os benefícios previdenciários e de assistência social indexados a ele. Também foram criados programas sociais de redução da pobreza focalizados e voltados à redistribuição nas margens, como o Programa Fome Zero e, posteriormente, o Bolsa Família, que consolidou e expandiu sua cobertura incluindo no mercado diversas famílias historicamente excluídas de condições básicas de subsistência. Em conjunto, tais mudanças introduziram importantes complementariedades da política social ao modelo econômico, contribuindo para dinamizar o mercado interno e impulsionar a demanda e o consumo – que, por sua vez, também receberiam forte impulso com a ampliação da oferta de crédito e crescente endividamento das famílias. Todavia, diferente da pretensa articulação virtuosa entre desenvolvimento econômico e social, tais políticas criaram um ideário de inclusão pelo consumo e articularam as políticas socias à financeirização (LAVINAS, 2017b, c; LAVINAS; GENTIL, 2018).

O padrão de inclusão em massa pelo consumo alimentou o avanço da privatização da saúde e da educação com ampliação das modalidades de subsídios públicos a prestadores privados, crescente integração à financeirização e concentração dos mercados, tendências que se aprofundariam no segundo governo Lula e nos governos Dilma. As políticas sociais universais permaneceram como fatores de correção de falhas de mercado, e não como elemento de promoção de estabilização, homogeneização, redução da desigualdade e mudança estrutural (LAVINAS, 2017b, c; LAVINAS; GENTIL 2018). Ainda que insuficientes, tal arranjo promoveu importantes contra tendências a aspectos do neoliberalismo como a redução da pobreza e redistribuição de renda entre os estratos intermediários da pirâmide social, excluído o 1% mais rico, melhor dos níveis de desemprego e diminuição da exclusão social (SAAD-FILHO, 2020).

Ainda que o primeiro governo Lula tenha havido uma importante mudança na composição do Estado brasileiro – com a ascensão inédita de sindicalistas, intelectuais e ativistas de esquerda e de movimentos sociais a cargos na administração pública federal (o que incluiu o MRSB, no caso da saúde) –, as propostas de mudanças mais progressivas e estruturais em oposição ao neoliberalismo foram fortemente limitados pela fragilidade de suas alianças e de seus compromissos com o setor financeiro. Em função das opções políticas feitas, o PT acabou em uma situação de administrador do neoliberalismo. A incorporação da esquerda organizada ao Estado e a ampliação de canais participativos (mas com baixo poder decisório) também contribuíram para conter os impulsos mais transformadores e alinhar os

interesses de líderes de diversos segmentos aos limites gerais do neoliberalismo, da financeirização e do sistema político (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; SAAD-FILHO, 2020).

Ao final de seu primeiro mandato, Lula se deparou com a desconfiança de parte da esquerda, dos movimentos sociais, de sua base de trabalhadores formais, da classe média e com a fragilidade de sua relação com as oligarquias para se sustentar e se reeleger. Em meio a forte crise política, queda de popularidade e ofensiva de setores neoliberais, a cobertura do escândalo do mensalão feita pela mídia levou à destituição de importantes quadros do núcleo duro do PT do governo. Assim, para a tentativa de reeleição, recompôs suas alianças aprofundando as relações com a burguesia interna e com as periferias rurais e urbanas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, grandes beneficiados das mudanças nas políticas sociais (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; SAAD-FILHO, 2020).

Lula conseguiu se reeleger com o apoio dos beneficiados em seus primeiros anos de governo e, diante das circunstâncias econômicas favoráveis, dos compromissos políticos assumidos, da insatisfação com certos limites do neoliberalismo para gerar crescimento, do fortalecimento de ideias econômicas heterodoxas e neodesenvolvimentistas, criou-se um ambiente favorável às mudanças nas políticas macroeconômicas, ainda que sem ruptura com o neoliberalismo e com o tripé macroeconômico, mas com maior flexibilização de alguns de seus princípios.

Em linhas gerais, e ainda que com muitas variações internas entre suas correntes, o pensamento que orientou a prática política defendia o maior protagonismo do Estado para induzir uma dinâmica virtuosa de crescimento econômico, geração de emprego, ganhos reais na renda média, redução de desigualdades e da pobreza. A expansão dos salários e do consumo promoveriam a demanda, investimento, aumentos de produtividade e estímulo à inovação, sendo ainda complementados pelos programas de combate à pobreza que incluiriam no mercado setores historicamente marginalizados. Nesse modelo, preconiza-se que uma forte interação entre Estado e setor privado deveria ser criada para sustentar um projeto nacional de desenvolvimento que compatibilizasse redistribuição e elevação do crescimento econômico (PAULANI, 2017a; LAVINAS, 2017b; SAAD-FILHO; MORAIS, 2018,).

Na prática, a entrada de quadros desenvolvimentistas em instituições e ministérios estratégicos e a mudança de rumo na condução da economia trouxe como consequência resultados positivos no PIB, aumento do investimento público e o crescimento das empresas públicas e privadas. Promoveu-se a expansão e transnacionalização de empresas “campeãs nacionais” em diversos setores como os de construção civil, bebidas, aço e mineração, finanças, aviação e alimentos e processados, beneficiadas por incentivos regulatórios,

subsídios fiscais, contratos preferenciais, compra de ações por bancos públicos e fundos de pensão, apoio diplomático e financiamento subsidiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), além da coordenação dos gastos públicos através de investimentos públicos e privados pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Além disso, o superávit primário foi flexibilizado excluindo os investimentos públicos, a as estatais Eletrobras e Petrobras (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Também houve inflexão importante na política externa, com o Brasil assumindo uma postura mais independente, buscando contrabalancear a influência estadunidense a partir de alianças na América do Sul na esteira da "maré rosa", bloqueio à ALCA (Área de Livre-Comércio das Américas), fortalecimento do Mercosul e outras blocos regionais, fundação dos BRICS, alinhamento da diplomacia ao expansionismo e sub-imperialismo da burguesia interna, e aproximação de outros países do Sul Global. As vantagens da inflexão desenvolvimentista no interior do neoliberalismo também se manifestaram na crise de 2008, na qual o Brasil e outros países em desenvolvimento, como a China, não adotaram o receituário contracionista. Ao contrário do defendido pelo setor financeiro, o governo implementou políticas anticíclicas agressivas com ampliação do gasto fiscal, ampliação dos investimentos na Petrobras, do crédito pelos bancos estatais, redução da taxa de juros, garantias fiscais e uma grande injeção de recursos nas instituições financeiras na ordem de mais de 3% do PIB. Esses investimentos retroalimentaram a arrecadação e mantiveram a situação fiscal controlada. O modelo de crescimento baseado na demanda interna conseguiu suplantar temporariamente a restrição da balança de pagamentos, reduzir a dívida externa e constituir reservas cambiais que o credenciaram na primeira na história como credor externo (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Analisando o contraditório quadro de uma hegemonia financeira sobre a direção moral e intelectual da esquerda, Oliveira (2006) caracterizou o lulismo como uma "hegemonia às avessas". Singer (2012) considera o lulismo um projeto político de reformismo fraco, lento e gradual, que apesar de reduzir desigualdades e a pobreza, se consolida como pacto conservador, na medida em que era incapaz de promover mudanças estruturais mais profundas e impasses na formação do país. Braga (2016) aponta que o lulismo, como modo de regulação política dos conflitos classistas e projeto de governo liderado pelas burocracias sindicais, contou com duas formas complementares de *consentimento* que proporcionaram uma certa pacificação social: de um lado o *consentimento passivo* das classes subalternas e o *consentimento ativo* da burocracia sindical, lideranças de movimentos sociais e setores intelectualizados.

Os primeiros foram atendidos com modestas conquistas decorrentes dos programas de transferência de renda da formalização do trabalho, valorização do salário-mínimo e maior poder de barganha dos sindicatos. A ampliação da renda também os permitiu acessar o consumo e elevou as expectativas populares. Já os segundos foram absorvidos pelo aparelho de Estado em assessorias, mandatos, ministérios, chefias de empresas estatais, ou cargos do segundo e terceiro escalão da administração pública (BRAGA, 2016). O transformismo de setores progressistas também ficou explícito, por exemplo, na conversão de elites sindicais à dinâmica financeira, que através dos conselhos dos fundos de pensão de grandes empresas estatais vincularam seus interesses ao ciclo de valorização e acumulação financeira, minando a antiga oposição do sindicalismo ao rentismo. Uma certa elite sindical havia se tornado financiadora da acumulação e agente da financeirização através dos recursos dos próprios trabalhadores (OLIVEIRA, 2003).

O clima de otimismo crescente, a espetacular aprovação de Lula, a impressão de que o Brasil teria passado imune à crise de 2008 contribuíram para que o PT elegesse Dilma Rousseff em 2010. Todavia, durante seu primeiro governo, a utopia desenvolvimentista em tempos de neoliberalismo e financeirização foi se desmanchando em suas diferentes frentes políticas e econômicas de sustentação. O ambiente favorável possibilitou um aprofundamento das políticas do segundo mandato Lula a partir da "nova matriz econômica", marcada por ativismo estatal e busca pela reindustrialização, acentuando o viés antiliberal das escolhas políticas efetuadas e a opção de Dilma por uma via distinta da conciliação de Lula. As medidas adotadas incluíam a redução da taxa de juros, intensificação do uso do BNDES, aprofundamento da política industrial, desonerações fiscais nas folhas de pagamento de setores intensivos em mão de obra, plano para infraestrutura, reforma do setor elétrico, desvalorização do real, maior controle de capitais e proteção ao produto nacional (SINGER, 2016; 2018).

Os embates da área econômica com o setor financeiro ficariam publicizado por exemplo na intenção anunciada de reduzir o *spread* bancário com a redução de juros e acionamento dos bancos estatais, o que implicava em perdas diretas para os grandes bancos privados, despertando críticas de agências de risco, instituições multilaterais, bancos estrangeiros, corporações multinacionais. Do ponto de vista internacional, a crise de 2008 reverberou na crise do Euro em 2011 e na China especialmente a partir de 2012, levando a uma redução do ritmo de crescimento e desaquecimento da demanda por *commodities*, o que encerrou o ciclo altista que havia sido base fundamental do crescimento na década de 2000 no Brasil. Para compensar as medidas expansionistas e o constrangimento da balança de

pagamentos, houve um endurecimento das regras fiscais e em 2013 a área econômica, temendo um aumento da inflação, cede às pressões do setor financeiro e volta a aumentar a taxa Selic, minando as bases do ensaio desenvolvimentista (SINGER, 2018; SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Além disso, as expectativas de que as desonerações fiscais ao setor produtivo e as políticas industriais impulsionassem os investimentos privados e puxassem o crescimento se frustrou, e a desaceleração e aumento da pressão fiscal tornaram o "ganha ganha" cada vez mais difícil. Como destaca Singer (2018), a própria burguesia interna que havia endossado o programa neodesenvolvimentista, começava a ver seus interesses de classe paradoxalmente limitados pelo programa econômico. Na medida em que este programa foi sendo implementado, os empresários do setor industrial foram abandonando a coalizão produtivista que reunia suas empresas, entidades e os setores organizados dos trabalhadores formais e se aproximando da corrente rentista, representada pela burguesia internacionalizada e pela classe média. Entre as razões, destaca-se o fato de que boa parte da burguesia industrial já estava plenamente integrada à financeirização, com muitas empresas sob controle ou com participação de bancos e fundos de investimentos no capital. A dimensão rentista dessa fração também havia sido reforçada por décadas de juros altos e retornos elevados nos títulos da dívida pública, que muitas vezes foram mais rentáveis que os investimentos produtivos e refúgio nos momentos de crise (SINGER, 2018).

Além disso, o avanço da intervenção estatal promoveu a ampliação do emprego formal, sendo que entre 2011 e 2014 o desemprego no Brasil esteve menor que 5%. A ampliação do salário real, o aumento da inflação e dos custos e o crescimento das greves a partir de 2008 também levaram a segmentos empresariais a questionaram o patamar de remuneração do trabalho e a realizar uma espécie de greve de investimentos. Assim, a burguesia interna tinha perdido controle sobre a política econômica com o pleno emprego, assistia a uma ascensão da renda do trabalho e intensificação das atividades grevistas, o que indica que sua crescente rejeição ao desenvolvimentismo estava diretamente ligada à luta de classes. Por fim, esse alinhamento também se explica do ponto de vista ideológico pela crescente simpatia do empresariado a tratados internacionais como o TTIP, temendo o "isolacionismo" do Brasil caso não se alinhasse aos movimentos estadunidenses, além da maior receptividade aos argumentos e da propaganda rentista acerca do intervencionismo estatal, autoritarismo e fracassos da política econômica de Dilma (SINGER, 2018).

Além disso, as manifestações de junho de 2013 – maiores protestos de massa desde as Diretas Já em 1984 – abalaram profundamente o consenso lulista entre as classes médias e

subalternas, e mostrava que as crescentes dificuldades de legitimação do neoliberalismo após a crise de 2008 e a explosão de manifestações pelo mundo não estava desconectada do caso brasileiro. Os protestos tiveram início em pequenos atos contra o aumento de passagens em São Paulo, barbaramente repreendidos pela polícia e se espalhou por centenas de cidades, reunindo estudantes, ativistas de esquerda, jovens trabalhadores precários, sindicalistas, associações comunitárias, movimentos populares inicialmente focados em demandas por direitos (transporte, moradia saúde, educação, entre outros) e, progressivamente, vão ganhando adesão das classes médias e ampliação e difusão das pautas, entrando assuntos como a corrupção. Progressivamente também a mídia tradicional passou a apoiar e estimular os protestos, pasteurizando as demandas principais contra o neoliberalismo e redirecionando a pauta (SAAD-FILHO, 2018).

Os eventos de rua refletiam uma série de consequências até então ignoradas e mediadas pelo lulismo e conciliadas pelo crescimento econômico que levaram a uma confluência de insatisfações heterogêneas e desorganizadas. As expectativas dos trabalhadores formais e informais, do precarizado dos setores mais pobres e dos jovens aumentaram mais rapidamente de que suas possibilidades de progressão social, paralelamente ao crescimento dos custo de vida, do endividamento, da precariedade e segregação urbana das grandes metrópoles neoliberais; as classes médias se sentiam sentiu seus privilégios ameaçados pelos grandes ganhos da burguesia e ascensão dos estratos intermediários e subalternos dos trabalhadores e passaram a nutrir certa hostilidade pelo PT e seus programas sociais, além de associá-lo à corrupção (BRAGA, 2017, SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

As manifestações também mostraram uma clara cisão entre as classes e suas estruturas de representação, representando uma ruptura das bases de apoio ao governo Dilma e à esquerda como um todo. Os grupos progressistas associados ao petismo se colocaram na defensiva frente às críticas ao governo federal nas ruas, não conseguiram canalizar as pautas progressistas e passaram a ser alvo do sentimento antipolítica e da hostilidade de segmentos médios de direita que também aderiam aos protestos. Pelo lado do governo tomaram medidas tímidas e profundamente rechaçadas para responder aos protestos, o que teve como resultado a drástica queda de aprovação, paralisia política e uma crescente dependência dos acordos fisiológicos com o centrão para garantir a governabilidade parlamentar cada vez mais frágil e inconstante (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018). Os eventos de 2013 reforçaram e retroalimentaram a maior onda grevista desde 1989, impulsionada principalmente pelos setores mais precarizados do setor de serviços e com pautas majoritariamente defensivas. A inquietação das bases já vinha aumentando desde 2008 e já não conseguiam mais ser contidas

pela burocracia sindical atrelada ao lulismo, que evitava ações de desgaste do governo, mas não tinha controle sobre o aumento das pressões distributivas (BRAGA, 2016; 2017).

Assim, o conjunto de eventos entre 2011 e 2014 abalou o modo de regulação lulista e levou a um cenário de insatisfações generalizadas e a constituição de uma "aliança de privilégios" que foi se consolidando especialmente a partir de 2013. O resultado foi a confluência de diversos segmentos sociais em torno de uma restauração neoliberal e um maior autoritarismo que impulsionariam uma inflexão na progressiva e limitada democratização que havia se iniciado nos anos 80. Essa aliança engloba a burguesia internacionalizada e a burguesia interna insatisfeitas com o modelo econômico, grandes segmentos classe média que viram suas posições ameaçadas, do sistema judicial impulsionado pelas operações de combate a corrupção contra o PT, segmentos da classe trabalhadora informal, grande parte da base conservadora do congresso e de grupos religiosos neopentecostais e católicos que se opunham ao avanço dos direitos civis e de valores progressistas nos costumes. Esses distintos interesses ganharam coesão pelo discurso da mídia corporativa tradicional que fortaleceu um discurso que reunia valores conservadores, princípios econômicos neoliberais e críticas de má administração e corrupção. O ambiente político e cultural criado também possibilitou a criação de uma base política e social para a extrema-direita pela primeira vez em cinco décadas (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018).

Essa aliança foi representada pela candidatura de Aécio Neves pelo PSDB em 2014, derrotado por pequena margem de votos em uma eleição onde a euforia de 2010 deu lugar à polarização. Enquanto Dilma defendeu as bases da nova matriz econômica que já estava em bancarrota e defendeu uma "guinada à esquerda", com discurso voltado para os setores marginalizados, trabalhadores formais e informais que se beneficiaram de seu governo, prometendo reforçar as políticas sociais, Aécio subia o tom nas acusações de corrupção em dobradinha com o avanço das denúncias da operação Lava Jato, acusava o fracasso da economia e radicalizava o programa conservador supracitado. O PT ganhou, mas não levou: perdeu base de apoio no congresso (de perfil ainda mais conservador) e em diversos setores sociais em função da aliança mais estreitas, se tornou mais dependente dos acordos espúrios com o centrão (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018, SINGER, 2018).

Ao mesmo tempo em que o PSDB questionava os resultados das urnas, estourava a maior crise econômica da história brasileira desde a década de 30 (e antes da pandemia de COVID-19 em 2020). Dilma se rendeu à realidade política, ignorou as promessas de campanha e deu uma guinada na área econômica, alçando ao ministério da Fazenda um representante da ortodoxia e dos bancos. Na câmara dos deputados, Eduardo Cunha do PMDB

assume a presidência da casa em um movimento independente do governo e outros caciques do partido, como o vice-presidente Michel Temer, passaram a conspirar e discutir as possibilidades de afastamento de Dilma diante do derretimento de sua popularidade. Novas manifestações de rua, desta vez totalmente reacionárias, passam a pedir o *impeachment* da presidenta, aprovado pela câmara dos deputados em abril de 2016 (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; SINGER, 2018).

A opção ativa das elites por uma ruptura democrática através de um golpe jurídico, parlamentar e midiático teve caráter eminentemente regressivo, autoritário e antipopular. As ações de governo foram limitadas pela política fiscal contracionista que constrangeu a recuperação da crise, pela impopularidade das reformas neoliberalismo propostas e pela própria impopularidade do presidente, também envolto em escândalos de corrupção. Longe do *impeachment* ter promovido uma reacomodação dos poderes do Estado e do sistema político, a crise e institucional se aprofundou, com um forte ativismo judicial, baixa representatividade dos políticos e uma busca por desabilitar a esquerda da política. Isso ficou expresso por exemplo na implosão dos partidos que promoveram o impeachment nas eleições de 2018 e na prisão de Lula, impedindo sua candidatura na mesma ocasião, que desembocaram em um movimento antipolítico capitaneado pela extrema-direita que levou a eleição de Jair Bolsonaro, com o apoio do setor financeiro e da 'aliança de privilégios'. Todavia, a maioria parlamentar de Temer permitiu a implantação de um modelo neoliberal excludente e antipopular, que ficou explícito na abertura ao capital estrangeiro para exploração do petróleo, teto de gastos sociais, reforma trabalhista e proposta de reforma da previdência (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018, SAAD-FILHO, 2020).

Tais movimentos indicavam que as classes dominantes estavam empenhadas em fragilizar ainda mais o ambíguo equilíbrio constitucional em torno da expansão dos direitos sociais e da manutenção de privilégios, entre neoliberalismo e democracia. Diante da impossibilidade de conciliar ganhos para todos, a opção foi pela imposição dos ganhos econômicos e da financeirização em detrimento da cidadania e da democracia, o que configurou uma forma de neoliberalismo autoritário no Brasil, radicalizado com a eleição de Bolsonaro. Muitos dos ganhos sociais dos governos petistas de renda e emprego evaporaram, a pobreza e a fome voltaram a crescer, a crise econômica e as respostas com políticas de austeridade afetaram mais os mais pobres e a concentração de renda voltou a se ampliar (SAAD-FILHO; MORAIS, 2018; SAAD FILHO, 2020).

8.2 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: ENTRE A POLÍTICA MACROECONÔMICA, A DESCENTRALIZAÇÃO E A PRIVATIZAÇÃO

Para a estruturação do Sistema Único de Saúde, a proposta constituinte de financiamento da seguridade social seria garantida se baseava em um sistema mesclando impostos gerais (fontes fiscais) e contribuições sociais de empregadores, assumindo caráter progressivo e redistributivo, e protegendo a sustentabilidade da proteção social de variações na economia. No campo da saúde, a ideia era uma contraposição ao modelo previdenciário sustentado pelas contribuições sociais sobre salários de empregados e empregadores, em consonância com a segmentação assistencial entre diferentes categorias de trabalhadores assalariados, com prejuízo para o financiamento de ações de saúde pública e da cobertura do sistema de saúde aos mais pobres e sujeito à grandes oscilações ligadas ao desempenho econômico geral (MATTOS; MELO; BAHIA, 2018). Assim, na constituinte foi aprovada a unificação da seguridade social, que previa a criação de um orçamento específico a parte do orçamento geral da União, voltado para financiar as despesas com saúde, assistência social e previdência. A arrecadação seria composta por recursos provenientes de todos os entes federados, das contribuições sociais de empregadores (oriundas da folha salarial, do faturamento e do lucro – Cofins e CSLL), dos trabalhadores e outras fontes. Em lei complementar, estabeleceu-se que 30% do orçamento da seguridade social deveria ser destinado à saúde (MARQUES; MENDES, 2012).

Um primeiro movimento importante para avaliar o espaço das políticas de saúde é a sua participação dentro da evolução do gasto social como um todo. Como mostra Guerreiro (2010), a partir da Constituição de 1988 houve incremento significativo do gasto social, que passou de cerca de 10% do PIB em 1988 para cerca de 18% em 1990 e 22,5% em 2008, impulsionado sobretudo pelo gasto previdenciário seguindo a universalização da previdência e ampliação da clientela. Este foi o principal vetor de ampliação do gasto social de todo o período e de sua oscilação nas frequentes e recorrentes conjunturas de ajuste fiscal e constrangimentos da política macroeconômica. Isso por si só já é uma inversão de tendência com relação ao que prevaleceu nos anos 60, 70 e início dos 80, nos quais a assistência médica ampliou consideravelmente sua participação dentro do orçamento previdenciário. Vale destacar que a assistência social também cresceu de forma significativa, especialmente a partir dos anos 2000 com a implementação do Bolsa Família. Este aumento foi sustentado, em partes, pela ampliação da carga tributária, sem que essa tivesse seu caráter regressivo alterado.

O aumento da relevância da Previdência e da Assistência Social no conjunto das políticas sociais também pode ser constatado pelo gasto do governo federal, que em 1988 destinava 40% para as duas áreas e chegou rapidamente a 80% em 1990, simultaneamente ao choque federal no financiamento da saúde que se reduziu a 4%. Em 1991 a saúde recupera espaço, chega a 20% e vai sendo progressivamente reduzida até 12% em 2008 (Guerreiro, 2010). Ao analisar a estrutura de gastos do orçamento da seguridade social, que representaram 11,6% do PIB em 2015, observa-se que 8,2% foram destinados a benefícios contributivos (incluindo seguro-desemprego), 2,4% a benefícios não-contributivos (BPC, Bolsa família e outros); cerca de 1,7% para Saúde; além de 1,1% para a DRU. Em resumo, as transferências diretas através da previdência e da assistência social foram priorizadas em detrimento dos serviços públicos universais descentralizados, como saúde e educação (LAVINAS, 2017b).

O principal vetor de ampliação real do gasto público em saúde foram os gastos de estados e principalmente municípios impulsionados pela descentralização, especialmente após a estabilização econômica, com o avanço das normativas do MS e com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº29/2000. Houve uma retração da participação do nível federal que em 1991 era responsável por cerca de 73% do financiamento da saúde, por cerca de 60% em 2000 e por 43% em 2015. Enquanto isso, a contribuição dos estados passou de 15% para 26% e a dos municípios de 12% para 31% no mesmo período (MÉDICI, 1997; VIEIRA, 2018). Isso permitiu a ampliação do gasto público em saúde. Em 1980 o gasto total representava 2,7% do PIB, caiu para 2,3% em 1984 e atingiu o pico de 3,1% em 1989, seguido de forte queda para 2,1% em 1992 (MÉDICI, 1997; 1999). Apenas em 1993 recuperou-se o patamar de 2,8%, que subiu para 3,2% em 2002 e 3,9% do PIB em 2015 (LEVI e MENDES, 2015; IBGE, 2019).

O aumento foi insuficiente, sobretudo, para a viabilização da proposta de universalidade e integralidade do SUS. A necessidade de financiamento adequado, seguro e estável para as ações e serviços de saúde se estende desde sua criação. As disputas em torno do financiamento se deram entre tensões políticas e econômicas que caracterizaram um duplo movimento permanente e contraditório entre o imperativo da universalização e o princípio da contenção de gastos públicos, especialmente sociais. Isso está associado às políticas macroeconômicas implementadas a partir na décadas de 90 e 2000, nas quais a diminuição de despesas públicas seria instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista e a manutenção do alto superávit, o que em última análise,

está profundamente articulado com o avanço progressivo da financeirização no Brasil (MARQUES; MENDES 2012).

Em oposição a este movimento da política macroeconômica, em diferentes momentos, a ampliação dos recursos públicos foi pautada por grupos e frações políticas como o movimento da reforma sanitária, o Conselho Nacional de Saúde, os secretários de saúde, a Frente Parlamentar da Saúde (FPS), prestadores privados e parte das entidades médicas e profissionais, e até mesmo diversos Ministros da Saúde que ora se apresentaram no lugar de "pires na mão" pedindo ao congresso e a área econômica migalhas do orçamento, ora adotaram uma postura de tentar "fazer mais com o mesmo" a partir de supostas melhorias da gestão naturalizando a insuficiência financeira e em raros momentos, criaram atritos com a área econômica.

Como efeito, desde a criação do SUS, uma série de ações no sentido de restringir e reformular o orçamento da saúde ocorreram, intercalados por vitórias pontuais que não foram capazes de reverter o caráter estrutural do subfinanciamento. Em primeiro lugar, logo após a aprovação da Constituição, há o estabelecimento do discurso de que o *"SUS não cabe no orçamento".* Ainda na constituinte, houve rompimento do conceito de seguridade social com orçamento único, separando previdência de saúde e assistencial social. Nos últimos anos de governo Sarney não foi cumprida a destinação de 30% do orçamento da seguridade para a saúde, não houve a vinculação de fontes tributárias ao financiamento público, além de um forte impasse em torno da ausência de diretrizes para descentralização, extinção do INAMPS e mudança na lógica de convênios do SUDS (MARQUES; MENDES, 2012).

No governo Collor houve um forte *choque* no financiamento público, com uma contração brusca no financiamento federal que era responsável por cerca de três quartos dos recursos para saúde. O gasto federal *per capita* caiu de US$ 80 em 1989 para o mínimo de US$ 44 em 1992 e derrubou o gasto total sem saúde (três esferas) de 3% para 2% do PIB (MÉDICI, 1999). As contribuições de empregados e empregadores para a seguridade não foram repassadas devidamente por decisão política do executivo, o que fez da saúde um dos campos sociais mais afetados pelo ajuste neoliberal (SOARES, 1999; COSTA, 2002). Sem dúvida este momento foi absolutamente decisivo para a conformação do sistema de saúde brasileiro nos anos seguintes, nivelando por baixo o SUS e colocando toda a rede em situação de restrição e precarização. Assim a descentralização foi processo que se iniciou pela *retirada* do nível central no financiamento antes mesmo da institucionalização dos meios e recursos para estados e municípios exercerem seu papel.

A queda começaria a ser revertida lentamente em 1993, no governo Itamar, que teve que decretar calamidade pública e pedir empréstimos ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para o MS. Neste ano a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 finalmente estabeleceu diretrizes iniciais para consolidação da gestão e das transferências de recursos para fundos subnacionais. Em 1994 as discussões sobre a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como forma de tentar solucionar a "falta" de recursos ao mesmo tempo em que um novo golpe no orçamento da seguridade foi desferido no intuito de promover a estabilização (Plano Real) - a desvinculação de 20% de seus recursos, que poderiam ser usados livremente pelo executivo, no chamado Fundo Social de Emergência (FSE). No fundo, esse seria um grande vetor de desvio de recursos da seguridade para alimentar a esfera financeira (MENDES; MARQUES, 2012).

Essas duas agendas seriam levadas adiante no primeiro e segundo governo FHC, em meio a muitas pressões e tensões e em momento de priorização da estabilização macroeconômica e da implantação da Reforma do Estado. Nesse momento, há uma série de embates entre os ministérios da saúde e da área econômica (COSTA, 2002). A CMPF foi aprovada pelo legislativo em 1996, e logo parte dela foi desviada para outras finalidades. O FSE foi mantido e renomeado em 1997 e em 2000, quando foi renomeada para DRU, mantida nos governos petistas (MARQUES; MENDES 2012) e aprofundada de 20% para 30% em 2016.

Um avanço mais significativo apenas com a aprovação da EC-29 em 2000, que estabeleceu que os estados deveriam, aplicar 12% das receitas de impostos e transferências e os municípios 15% e garantiu um mínimo de estabilidade nos recursos. Estas bases foram fundamentais para a expansão que se observou nos anos seguintes. Todavia, isentou a União de uma participação pré-definida e não especificou suas fontes de recursos, além de não definir claramente o que seriam ações e serviços de saúde (MARQUES; MENDES, 2012).

Essa estrutura praticamente não seria alterada durante os governos petistas, historicamente alinhados à defesa de mais recursos para a saúde. Ao contrário, as diversas pendências na regulamentação da EC-29 foram postergadas entre 2003 e 2011, e mesmo quando aconteceu em 2012 (Lei 141/2012) manteve-se do método de cálculo da participação federal, o que foi na direção oposta na defesa do movimento sanitária de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública. Também observa-se seguidas investidas da equipe econômica do governo Lula para introdução no orçamento da saúde despesas de outros setores, o que também se repetiu no âmbito estadual, a extinção da CMPF em 2007 e seguidas tentativas de redução de recursos orçamentários do MS (MENDES; MARQUES, 2012).

Assim, entre 1995 e 2014 as despesas federais com saúde oscilaram levemente em torno de 1,7% do PIB (MENDES; FUNCIA; MARQUES, 2016). Esse patamar é inferior aos 2% do PIB gasto pelo governo federal em 1980 e ao pico de 2,5% do PIB em 1989 (MÉDICI, 1997;1999).

Ainda no âmbito do gasto federal, a distribuição interna do orçamento do Ministério da Saúde sofreu pequenas modificações, mas se manteve fortemente concentrada nas transferências a estados e municípios para a realização de procedimentos de média e alta complexidade, que respondiam por 54% das despesas do MS em 1995 e a 46% em 2009. As despesas com Atenção Básica (AB) e medicamentos cresceram de 10% para 15% e de 4 para 9%, respectivamente. Os gastos com pessoal caíram de 20% para 10% (SERVO *et al.*, 2011). A média e alta complexidade também teve participação bastante superior dentro dos blocos de financiamento do MS (PESCUMA JR; MENDES, 2015).

Uma outra dimensão relevante dos gastos públicos em saúde é o gasto tributário, utilizados como subsídios indiretos à oferta e a demanda privada que foram se acumulando, se ampliando e se diversificando ao longo do período de análise e beneficiando uma parte seleta da população e segmentos econômicos relevantes do setor saúde. Como apontam Ocké Reis e Gama (2016), existem seis modalidades principais: (I) Isenção de IRPJ / CSLL, Cofins e Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) para os hospitais filantrópicos (Constituição de 1988; Lei 9.532/97; Lei 12.101/09; Decreto 8.242/14); (II) Despesa médica do Imposto de Renda das Pessoas Físicas –IRPF - (Lei 9.250/95); (III) Despesa com assistência médica do Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas – IRPJ (Lei 9.249/95); (IV) Desoneração da Contribuição dos PIS/Pasep e da Cofins para a produção de medicamentos (Lei 10.147/2000), produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários farmacêuticos (Lei 10.637/02 e Lei 10.865/04, Decreto 6.426/08); e (V) Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – Pronon / Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – Pronas-PCD (Lei 12.715/12; Lei 12.844/13).

Entre 2003 e 2015 o gasto tributário total dobrou em termos reais, com crescimento similar ao do gasto federal e do orçamento do MS e superior ao crescimento do PIB, chegando a cerca de R$ 32 bilhões de reais no último ano, cerca de 0,5% do PIB. Todavia, dentro do gasto tributário observa-se que os mais beneficiados as isenções relacionadas ao setor farmacêutico, que cresceu quase 200%, e de pessoas físicas e jurídicas com planos e seguros de saúde. Em termos absolutos, em 2015 o setor farmacêutico recebeu 6,6 bilhões de reais em isenções, a isenção de IRPJ e IRPF com planos de saúde representou cerca de 12,5

bilhões, e a com hospitais filantrópicos cerca de 9,5. O restante é relativo à despesa do IRPF com hospitais, clínicas e profissionais de saúde (OCKÉ-REIS, 2018).

Com relação ao setor farmacêutico, a isenção de PIS/Cofins se aplica a toda a cadeia de produção interna, importação e comercialização, incluindo as vendas no varejo. Em relação aos planos de saúde, os empregadores podem deduzir de sua base de cálculo do IR os gastos com planos dos empregadores, e os clientes de planos idem. Com relação aos hospitais filantrópicos, em troca das isenções deveriam ofertar serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, ou aplicar percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, e cumprir outros requisitos legais (atuar sem fins lucrativos, remunerar diretores até o limite do subsídio do serviço público etc.) (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016).

Além da insuficiência de recursos públicos e dos incentivos ao setor privado, a análise do gasto em saúde revela uma marca estrutural central do sistema de saúde no neoliberalismo: a preponderância dos gastos privados dentro do gasto total em saúde. Segundo dados das contas satélites do IBGE (2019), em 2015 as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde representaram de 9,1% do PIB em 2015, sendo que 5,4% eram oriundas das famílias (cerca de 58% do total). Na década de 2000 essa proporção se manteve relativamente estável em torno dos 8,0% do PIB (55% privado). Dentro do gasto privado, dados da OMS apontam que o percentual do gasto em saúde com planos e seguros voluntários passou de 20% para 28% de 2000 a 2015 (OMS, 2021).

Alguns outros dados de pesquisas e inquéritos ajudam a compreender a centralidade destes recursos no financiamento e reprodução do modelo assistencial neoliberal e o processo mudança do sistema de saúde. Segundo levantamento de Levi e Mendes (2015), em 1993 o gasto privado representava cerca de 1,4% do PIB, sendo que em 2002 já representavam 3,9% do PIB e 4,2% do PIB em 2015. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), os gastos privados são compostos principalmente por despesas com planos e seguros de saúde privados, que nas regiões metropolitanas brasileiras passaram de 29% do total para 44% entre 1995 e 2009. Estes são seguidos pelas despesas com medicamentos, que passaram de 30% para 35% no mesmo período. A principal redução foi nos gastos com tratamentos dentários, que caíram de 17% para 4% e de outros gastos de 20% para 14% (incluindo consultas, internações, exames hospitalizações, e outros insumos) (GARCIA *et al.*, 2013).

Voltando a 1987, a POF mostra que o gasto médio familiar *per capita* com saúde cresceu cerca de 22% até 1996 e passou de 5,3% para 6,5% do gasto familiar total (DINIZ *et al.*, 2007), com estabilização e leve redução até 2009 (GARCIA *et al.*, 2013). Isso reforça a ideia de que o período do início da implementação do SUS nos anos 90 foi um momento de

ampliação dos gastos privados, que se estabilizam em um patamar elevadíssimo na década de 2000. Esse aumento foi impulsionado fundamentalmente pelos gastos com planos de saúde, que cresceram de R$ 3,80 *per capita* em 1987 para R$ 11,30 em 1996 e R$ 13,06 em 2003. Vale destacar a tendência concentradora e regressiva dos gastos privados, inalterada pelas políticas de saúde: os três decis de maior renda concentraram cerca de 67% do gasto privado em saúde em 1987 e cerca de 70% em 2003 (DINIZ *et al.*, 2007). Além disso, há uma clara especialização público/privado na composição dos gastos. Enquanto as famílias mais pobres dispendem até 80% de seus gastos privados com medicamentos e menos de 10% com planos de saúde, nas famílias mais ricas isso se inverte – as famílias gastam mais de 40% com planos e em torno de 30% com medicamentos (DINIZ *et al.*, 2007; PAIM *et al.*, 2011).

Ainda que os gastos privados das famílias e as despesas com consumo final em saúde sejam importantes ângulo de análise, na prática ocultam um elemento importante do financiamento dos planos de saúde: as empresas empregadoras são importantes financiadoras destes esquemas assistenciais (BAHIA, 1999), todavia tais despesas ficam ocultas na medida em que a legislação permite desde os anos 80 que estas sejam incorporadas em suas despesas operacionais, sendo repassadas para o conjunto da sociedade embutidas nos preços de mercadorias e serviços (MÉDICI, 1992). Levantamentos entre empresas do setor privado apontam que o plano de saúde é o benefício mais ofertado aos funcionários e um dos maiores custos das empresas atrás apenas dos salários, podendo responder por entre 5% e 35% da folha de pagamento[4,5].

Assim outro dado que ajuda a compreender a crescente relevância dos planos e seguros de saúde é o crescimento acelerado das receitas de suas empresas e dos preços praticados (ANDRIETTA *et al.*, 2021; OCKÉ-REIS, 2019). Se nos anos 80 houve uma forte expansão na base de clientes dos planos de saúde, nos anos 90 há uma certa estagnação no crescimento anual, todavia o faturamento das seguradoras, por exemplo, cresceu 28% entre 1990-1994 e 37% entre 1995-1998 (ANDREAZZI; KORNIS, 2008). Em 2005, as receitas dos planos de saúde já equivaliam ao orçamento do Ministério da Saúde e em 2019 já eram 82% superior (ANDRIETTA *et al*., 2021).

Com relação às despesas com consumo de medicamentos, outra constatação que exemplifica a persistência e profundidade da mercantilização do sistema saúde: em 2017 as

[4] https://extra.globo.com/economia/custos-de-planos-de-saude-disparam-nas-empresas-pesam-no-bolso-dos-funcionarios-23868240.html
[5] https://exame.com/negocios/plano-de-saude-e-o-beneficio-mais-caro-para-as-empresas/

despesas governamentais com medicamentos nas três esferas de gestão respondiam por apenas 0,1% do PIB, enquanto o gasto das famílias por 1,6%. Dentro do total, as famílias responderam por 73%, o consumo intermediário da saúde privada por 13%, enquanto o consumo do governo e da saúde pública por cerca de 12% (IBGE, 2019). Ou seja, em termos do poder de compra do Estado e do financiamento do consumo de medicamentos, o SUS é residual.

O papel preponderante dos gastos privados compromete seriamente os impactos redistributivos dos gastos em saúde. O gasto público em saúde é mais redistributivo que os gastos com previdência, assistência social, educação e emprego. Todavia, a regressividade dos gastos privados, com planos de saúde, e do gasto público e tributário não é compensada pela progressividade do gasto público através do SUS. Além disso, o próprio financiamento do Estado brasileiro já tem um vício de origem no seu sistema tributário altamente regressivo, como já visto (DAIN *et al.*, 2015; SILVEIRA; PASSOS, 2018; SILVEIRA; GAIGER, 2021).

Esse conjunto de informações ajudam a caracterizar a peculiaridade do caso brasileiro no plano internacional. O padrão de altos gastos privados articulado a um sistema universais de saúde é uma espécie de "jabuticaba". Em relação aos países centrais do capitalismo que optaram por sistemas públicos abrangentes a partir do pós-guerra, a conjugação de sistema de saúde universais passa pelo grande protagonismo do poder público no financiamento. Entre os países da OCDE, a média do gasto público em saúde é de 9,0% do PIB, próxima à brasileira, mas com o gasto público oscilando entre 65-85% do gasto total. O ponto fora da curva são os Estados Unidos, que gastava mais de 17% do PIB com saúde, sendo cerca de 50% privado. Entre os países latino-americanos, nas décadas de 2000 e 2010 observa-se que houve uma tendência de ampliação do financiamento público e de sua participação no gasto total, o que não ocorreu no Brasil, no qual o gato público corresponde a cerca de 42%. Em países como México e Chile o gasto público estava na casa dos 50% em 2018, Argentina cerca de 60% e Colômbia e Uruguai com mais de 70% (WHO; OCDE *apud* SILVEIRA; GAIGER, 2021).

Outro elemento que diferencia o Brasil dos demais países é a alta participação dos seguros voluntários dentro do gasto em saúde. Nesse quesito os Estados Unidos e a África do Sul são recordistas, com cerca de 39% do seu gasto total, seguido do Brasil com cerca de 31% em 2018, e não passam de 20% entre os países latinos citados. Chama ainda mais atenção o fato de que, além do Brasil, nenhum destes países citados experimentaram aumentos proporcionais substantivos nos gastos com seguros voluntários, ao contrário, a tendência foi de estagnação ou leve declínio da participação destes no gasto total (SILVEIRA; GAIGER, 2021; ANDRIETTA *et al.*, 2021).

Em resumo, durante o período democrático e neoliberal houve um momento inicial de forte restrição dos recursos públicos no contexto do ajuste estrutural, especialmente no Governo Collor, seguido de um crescimento lento nos anos seguintes, apoiado sobretudo no financiamento das esferas subnacionais e em meio a embates e constrangimentos impostos pela agenda econômica neoliberal. O patamar de gastos públicos atingidos se mostra bastante inferior ao de países com sistemas universais de saúde, de vizinhos latino-americanos e de países com níveis de renda similares. Dentro da política social, observa-se uma maior importância financeira dada à Previdência e Assistência Social frente aos serviços públicos, entre eles os de saúde. Os altos e regressivos gastos privados, por sua vez, se consolidaram nos inícios dos anos 90 e mantiveram sua preponderância ao longo do tempo, sendo que em seu interior observa-se uma manutenção do peso relativo dos medicamentos, crescimento expressivo dos gastos com planos de saúde e redução dos gastos diretos com internações, consultas e tratamentos odontológicos.

A partir de 2016, a guinada ortodoxa na política econômica, iniciada no segundo governo Dilma e implementada com força após seu *impeachment* por Temer através do chamado "novo regime fiscal", teve como principal reflexo setorial a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016. O mecanismo instituiu que os gastos federais, menos o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficarão limitados a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo IPCA, provocando um congelamento real das despesas federais totais que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes, de modo que a progressão destes deixam de acompanhar o crescimento da renda (ROSSI; DWECK, 2016).

Se ao longo das três décadas de SUS o financiamento público foi constrangido pelas políticas macroeconômicas, mas conseguiu avançar timidamente a partir da pressão da sociedade, a nova conformação do Bloco no Poder após 2016 deixou claro que o pacto social da constituição de 1988 era um entrave para o novo momento de espoliação de direitos, degradação das condições de vida e ampliação da concentração de renda. A restrição de qualquer horizonte de expansão do gasto público em saúde (quebrado apenas temporariamente pela pandemia de Covid-19), na contramão do mundo, aponta que o pressuposto fundamental da política de saúde é a do rebaixamento das condições materiais de sustentação do SUS, que deve ser remodelado para caber nos limites do novo regime fiscal (Mattos, 2019). Naturalmente, tal pressuposto fundamental do período pós-2016, também viria acompanhado de novas diretrizes de reformas de mercado para ampliar o mercado de planos de saúde e o espaço para o setor privado no interior do SUS, como veremos.

8.3 UNIVERSALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO: MUDANÇA INSTITUCIONAL, EXPANSÃO DA OFERTA PÚBLICA PELO SUS E INCORPORAÇÃO DE DEMANDAS NOS LIMITES DO ESTADO E DA DEMOCRACIA NO NEOLIBERALISMO

Do ponto de vista institucional, a união do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde, com incorporação das estruturas institucionais e assistenciais da do INAMPS, seriam o marco da unificação das ações programáticas, rompendo a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, o duplo comando entre Ministério da Saúde e Previdência, e encerrando a discriminação socioeconômica para acesso dos serviços de saúde previdenciários. Ao unificar os componentes públicos do sistema existente até então, universaliza o acesso, estabelecendo, mediante descentralização o comando único em cada esfera de governo (MATTOS; MELO; BAHIA, 2018). Essa tendência é de longa duração, tem raízes nos 70 em experiências municipais, início efetivo nos anos 80, institucionalização nos anos 90 e expansão nos 2000 até meados de 2010.

Pragmaticamente, o SUS organizou uma rede de instituições públicas e privadas ofertando serviços públicos gratuitos e de forma universal e descentralizada, evolvendo centros e postos de saúde, hospitais públicos, filantrópicos e privados, serviços especializados, laboratórios, hemocentros, vigilância sanitária e epidemiológica, fundações e institutos de pesquisa, secretarias de saúde, produtores de medicamentos e insumos. Este movimento foi responsável por garantir o acesso aos serviços e aos cuidados de atenção à saúde, pela extensão da cobertura integral para quase a totalidade da população, pela ampliação da atenção primária, do atendimento de emergência, da cobertura de vacinação e atendimento pré-natal, da força de trabalho, efetividade no controle de importantes doenças transmissíveis, ampliação do acesso à medicamentos. a ampliação da participação através do controle social, entre outros (PAIM *et al.*, 2011).

8.3.1 Descentralização e Regionalização

O princípio da descentralização, que já ganhava força desde meados dos anos 70, seria orientado ainda pela lógica da hierarquização e da regionalização, com distribuição de responsabilidades de financiamento e provisão entre união, estados e municípios e a criação de novos espaços institucionais de pactuação e gestão tripartite/bipartite, além de diversas outras inovações na gestão pública (PAIM *et al.*, 2011). Este foi um processo truncado e conflituoso. Todos os governos do período deram contribuições para universalização e

descentralização e estruturação institucional do SUS e o conjunto dos aparelhos burocráticos do período, ainda que com prioridades e objetivos distintos e sempre dentro dos limites das políticas macroeconômicas, do Estado neoliberal, do regime democrático e da permanente tensão entre universalização e focalização. Essa possibilidade também se deve pelo certo alinhamento programático entre o projeto neoliberal e o sanitarista quanto à descentralização, que anos 90 teve a convergência do movimento sanitário, secretários de saúde, do MS, de setores alinhados à Reforma do Estado e do próprio Banco Mundial. Ainda que orientadas por princípios e objetivos distintos, foi compatibilizada com a conjuntura mais ampla de estabilização econômica e restrição fiscal.

Nos governos Collor e Itamar, houve drástica redução dos recursos públicos da saúde e resistência por parte do governo e dos prestadores privados para desativação do INAMPS (apenas em 1993), implementação dos SUS e descentralização. O movimento sanitário que havia vivido seu auge nos anos 80 passou por uma importante fragmentação, fragilização e desarticulação de suas bases, incluindo a implosão seu principal partido de sustentação, o PCB, e um refluxo do movimento popular de saúde (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008; DANTAS, 2018). Seus principais quadros dirigentes, que já haviam sido expulsos do comando do INAMPS no governo Sarney, têm baixíssima influência no MS do governo Collor. Em meio ao choque neoliberal, neste momento há um fortalecimento das práticas de negociações fechadas de bastidores e o crescente protagonismo dos secretários de saúde no interior do MRSB, além da consolidação do foco político estratégico na via administrativa e institucional de implementação do SUS, desaparecendo maiores preocupações com antigos elementos fundantes da reforma sanitária (PAIM, 2008).

As secretarias de saúde estaduais e municipais, representadas institucionalmente pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), seriam a principal base política de sustentação e expansão do sistema público, e se tornaram interlocutores prioritários do movimento sanitário. A participação técnica e política do MRSB nestes órgãos, em governos locais e no MS de governos conservadores e progressistas contribuiu para construção da institucionalidade federativa do SUS e fortaleceu suas relações com os atores políticos mais relevantes da descentralização (PAIM, 2008).

Esse pragmatismo possibilitou alguns ganhos em condições bastante adversas, como a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), ainda que com vetos presidenciais, e a aprovação da Lei 8.142 no mesmo ano, que regulamentou a participação social da sociedade civil por meio do Controle Social após pressões de setores do movimento sanitário e

secretários de saúde. A lei foi sucedida da reativação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da criação do Comitê Intergestor Tripartite (CIT) em 1991 para pactuação entre governo federal, estados e municípios. Também neste ano foi estabelecida a primeira NOB, portarias ministeriais de caráter transitório que estabelecem diretrizes e objetivos para o processo de descentralização, no sentido de normatizar e operacionalizar as relações entre os três entes federativos responsáveis pela política de saúde e reforçar o poder da direção nacional do SUS pelo MS.

As duas primeiras durante o governo Collor, as NOB 01/91 e 01/92, no auge da restrição financeira, refletiram a resistência dos prestadores, a cultura política e institucional da tecnoburocracia do INAMPS, e foram necessárias diante da incapacidade das leis citadas anteriormente em definir concretamente os montantes, fontes de receita, critérios de rateio, mecanismos e fluxos financeiros relacionados ao financiamento do SUS entre e as relações entre as três esferas federativas. A NOB 91 uniformizou gradativamente a tabela de pagamentos dos hospitais públicos e privados, igualando-os formalmente; fez com que as transferências financeiras da União para estados e municípios deixassem de ser automáticas e passam a ser negociadas e pactuadas em convênio e pagamento por produção, ao mesmo tempo reproduzindo características da medicina previdenciária, refletindo a tentativa do MS de manter e reforçar a centralização dos recursos e isolando as esfera estadual; criou sistemas de informação informatizados e centralizados, para acompanhar e monitorar a produção de serviços de saúde em todas as esferas a partir das autorizações para internação hospitalar (AIH); firmou critérios para descentralização dos recursos nas áreas hospitalar e ambulatorial, exclusivamente, privilegiando a assistência médica, estimulando a produção de serviços sem considerações sobre necessidades de saúde, controle de qualidade e favorecendo locais com maior capacidade assistencial instalada prévia, em geral em melhores condições econômicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Os municipalistas foram fortes críticos das políticas nesse período, e em 1992 lideraram e conduziram a IX Conferência Nacional de Saúde. A partir de 1993, na gestão Itamar, conquistaram espaços institucionais na gestão, o que possibilitou a retomada da do processo de descentralização e o início de algumas políticas focalizadas. A NOB 93 institucionalizou as transferências automáticas fundo a fundo dos recursos federais, radicalizou a relação direta federal/municipal, estabeleceu a habilitação de níveis transferiu a estados e municípios a responsabilidade sobre a remuneração de prestadores, e criou as Comitês Intergestores Bipartite (CIB). É também neste ano que finalmente o INAMPS é extinto por lei aprovada no congresso. Todavia, ainda era um processo que engatinhava, e

apenas uma fração muito pequena dos municípios conseguiram se habilitar para tais funções (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; PAIM, 2008).

Este processo teria continuidade e mais espaço nos governos FHC, em convergência com a agenda de Reforma do Estado, como ficou claro por exemplo no Projeto ReforSUS financiado pelo Banco Mundial, que propunha acelerar o processo de descentralização e ampliar o Programa Saúde da Família, entre outras medidas (RIZZOTTO, 2012). A NOB de 1996 estabeleceu mecanismos financeiros de transferência direta a Estados e Municípios (repasses fixos por habitante; e variável, de acordo com a adesão a programas estratégicos – saúde bucal, assistência farmacêutica, endemias, vigilância sanitária, atenção primária etc.); fortalecimento da capacidade gestora local, incentivando a municipalização e mudança do modelo da atenção básica. Também se configura com mais clareza o papel do MS como indutor, reforçando a importância do governo central e viabilizando paralelamente a descentralização da execução, ainda que muitas vezes isso gerasse embates com entes subnacionais que demandavam maior autonomia para utilização de recursos. Mas, é só a partir de 1998 há uma forte evolução no processo de habilitação dos municípios e descentralização dos recursos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Ainda que estas tenham sido políticas estruturantes da descentralização, é apenas na década de 2000 que a questão da regionalização, um dos princípios do SUS, entra na agenda governamental. Até então o processo havia se concentrado na municipalização e deixado em segundo plano o papel da esfera estadual. A partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 02/2002 introduz-se a ideia de regiões de saúde atreladas ao planejamento integrado, à territorialidade e identificação de prioridades de intervenção. Estabelece-se o papel dos estados como coordenadores da implantação da regionalização, cabendo a eles o planejamento das redes estaduais e elaboração dos planos diretores de regionalização. Além disso, os critérios, recursos e incentivos relativos à descentralização foram vinculados ao processo de regionalização (LIMA *et al.*, 2012).

No primeiro governo Lula, o Pacto pela Saúde de 2006 buscou definir de forma mais precisa as atribuições de cada nível federativos de gestão visando fortalecer uma ação mais cooperativa, reduzir a fragmentação e as iniquidades de repasses de recurso, estabelecer diretrizes, metas e objetivos para os três níveis de gestão. Foram substituídos os modelos de habilitação por termos de compromisso de gestão e instituídos comitês de gestão regional. Dentro do Pacto Pela Saúde, o pacto de gestão estabelecia uma série diretrizes para planejamento e gestão e dava maior autonomia aos entes subnacionais, ainda que mantida a dinâmica de incentivos federais, agora simplificados; e o pacto pela vida definiu uma série de

prioridades de saúde pública (saúde do idoso, câncer de colo do útero e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, promoção da saúde, atenção básica) (LIMA; QUEIROZ, 2012). Todavia, como destaca Viana (2012), os instrumentos de estímulo foram muito menos robustos do que os desenvolvidos no período FHC, especialmente que tange a regionalização, além de uma fragilidade no planejamento nacional das ações.

Já no primeiro governo Dilma, amais uma tentativa de enfrentar os problemas persistentes da fragmentação e falta de coordenação se deram a partir de decreto presidencial em 2011, regulamentando a Lei 8080/90. Introduz a ideia de 'redes de atenção à saúde', mapeamento dos serviços públicos e privados em cada região para subsidiar a regionalização; a criação de um novo instrumento jurídico de formalização da pactuação, que passa a se dar por contratos assinados por todos os entes federativos; estabelecimento de uma Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (Renases) e mudanças na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e dos Comissões Intergestoras Regionais (CIR) (VIANA; SILVA; YI; 2015; VIANA *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços incrementais e inovações gerencias todos estes processos esbarraram em uma série de limites políticos e estruturais claros, que vão muito além do alcance e da efetividade reduzida de normas infralegais, portarias ministeriais e complexificação dos mecanismos institucionais. Do ponto de vista dos limites do regime político e do federalismo brasileiro, destaca-se que a descentralização no Brasil se deu muito mais pela via da *municipalização* do que pela da regionalização; o processo foi marcado pela alta rotatividade de secretários de saúde e as constantes situações de conflitos entre estados e municípios, seja em função das disputas político, partidárias e eleitorais, seja por conflitos e discordâncias relacionados à própria política sanitária que muitas vezes impede ações cooperativas; a escala diminuta de diversos municípios, que impõe limites técnicos e financeiros para implementação de políticas complexas; os embates dos entes subnacionais com a esfera federal em torno de mais autonomia, contra a "tutela" das portarias e incentivos e em torno da distribuição das transferências financeiras do MS; a dificuldade e limitação do ente federal de desenvolver incentivos e estímulos coordenados e ampla repercussão, capazes de enfrentar problemas de infraestrutura, fragmentação da rede, organização da oferta e reformulação do modelo assistencial, estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência (RODRIGUES, 2014; VIANA *et al.*, 2018). Com relação aos limites mais estruturais destes arranjos em torno da descentralização, estes são discutidos ao final da sessão com um conjunto mais amplo de questões.

Ainda que os secretários de saúde tenham sido protagonistas da implementação do SUS, o Ministério da Saúde permaneceu como principal *lócus* de formulação política e disputa pelos rumos administrativos e institucionais do SUS. E é justamente em torno dessas duas órbitas, do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais de saúde, que o movimento sanitário vai estabelecer suas vinculações mais orgânicas ao aparelho do Estado. O desenvolvimento de uma série de políticas intrassetoriais também ajuda a compreender este processo político e institucional.

8.3.2 Atenção Primária

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) foi um dos maiores êxitos do processo de descentralização e universalização. Responsável por atendimento ambulatorial, ações preventivas e de promoção da saúde de grupos populacionais em área geográfica determinada, progressivamente avançou de um desenho mais restrito e focalizado para a ampliação de sua cobertura e abrangência. Tem suas origens na expansão dos centros de saúde municipais estimulada nos anos 80 e em uma série de programas dos anos 90. O primeiro deles foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado no governo Collor em 1991, que tinha caráter eminentemente seletivo, focado em regiões pobres e periféricas e na contenção de surtos de doenças como cólera e diarreia e na saúde materna e infantil. Introduziu a figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais ligados às comunidades que receberiam treinamentos básicos para cadastramento, diagnóstico comunitário, visitas domiciliares e ações preventivas. No fim de 1993 é criado o Programa Saúde da Família (PSF), focado em municípios pequenos e pobres se apoiava no PACS para constituir equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem e ACS. Tanto o PACS quanto o PSF eram financiados através de convênios com remuneração por procedimentos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As bases institucionais e financeiras de expansão da proposta seriam constituídas pela NOB de 1996, que estabeleceu incentivos baseado em repasses fixos por habitante e variável, estimulou a ampliação do modelo da atenção básica para além da seletividade e definiu de indicadores de produção e impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Essas diretrizes se consolidaram em 1997 o quando o MS lança a Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta fundamental era que o PSF fosse a base de um processo de reestruturação dos serviços primários como porta de entrada preferenciais do sistema, que apontasse na direção da integralidade, da resolutividade, da participação, da vinculação com a

comunidade e o território, da reorganização do processo de trabalho, da articulação do conjunto da rede de serviços públicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Em 2000, a crescente importância da atenção primária leva à criação do Departamento de Atenção Básica (DAB). A agenda de expansão de estruturação da atenção primária, especialmente a partir de meados dos anos 90, conquistou o consenso entre sanitaristas, que viam na possibilidade de expansão qualificação do modelo uma dimensão estratégica para construir o SUS, quanto de setores alinhados à reforma do Estado e das orientações de serviços básicos para pobres promovida pelos organismos internacionais (RIZZOTO, 2012). Assim, universalização, descentralização e focalização caminharam e conviveram lado a lado.

Já com os sanitaristas no Ministério da Saúde, houve a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2006) e a mudanças das regras de financiamento, ampliação significativa das equipes e atendimentos de saúde bucal, criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, incorporando novas categorias às equipes multiprofissionais, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2011, a criação do programa Mais Médicos em 2013 voltado, para a contratação emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros e preenchimento de vazios assistenciais urbanos e rurais, além de estimular a expansão cursos de graduação e residência em faculdades particulares. Todos estes movimentos apontaram na direção da expansão e ampliação do escopo da atenção primária formulada e induzida pelo MS e implementada pelos municípios.

Assim, desde fins dos anos 90 há uma forte expansão do modelo que permaneceria a até meados da década de 2010, o que pode ser constado por alguns dados. Em 1996 haviam menos de mil equipes de saúde da família e em 2011 já eram quase 32 mil e a população que faz uso regular dos centros de saúde passou de 42% para 57% entre 1998 e 2008 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A cobertura da ESF chegou a 15% da população em 2000 e a 61% em 2015, enquanto a cobertura das equipes saltou de 38% para 62% (PROADESS, 2021). A quantidade de centros de saúde passou de cerca de 20 mil em 1990 para mais de 41 mil em 2010 (PAIM *et al.*, 2011).

Apesar dos avanços impulsionados pela ESF no acesso, melhoria de indicadores sanitários, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, na equidade, como entraves permaneceram: a má distribuição de médicos pelo território nacional, concentração destes nas especialidades; dificuldades de remuneração e fixação destes profissionais devido aos altos salários e aos frágeis mecanismos de contratação; a cobertura não foi totalmente universalizada e não teve adesão das classes médias e altas; condição

inadequada de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados, entre outros (PAIM, 2011, FAUSTO *et al.*, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Já na década de 2010, observam-se algumas tendências que iriam indicar o início da contestação da ambiguidade do modelo, com intensificação da vertente explicitamente neoliberal e conservadora. De um lado, a recém-formada categoria de Médicos de Família, representados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), passaria a ser dirigida e hegemonizada por segmentos de médicos com relação orgânicas com planos de saúde, alguns secretários de saúde e agentes privados defensores dos modelos das OSS, e passam a desenvolver propostas reformistas para alteração do modelo assistencial e da forma de organização da APS, até então dominado por propostas sanitaristas (LISBOA, 2020). Estes viriam a ocupar postos importantes no MS de Temer e Bolsonaro e, com o apoio técnico do Banco Mundial, avançam na direção de uma reforma gerencia lista e privatizante da atenção primária (MATTOS, 2019).

Além disso o veto presidencial a dispositivos do chamado "Ato Médico" e o Programa Mais Médicos, criado em respostas às manifestações de junho de 2013, seriam o estopim de uma revolta da categoria médica contra o governo Dilma e o MS, no que as entidades médicas chamaram de "autoritarismo" e "agressão à categoria", o que de fundo refletia tensões em torno do controle do mercado de trabalho médico e do ideário de autorregulação e autonomia e da profissão. O movimento também demonstrava um fortalecimento de uma hegemonia conservadora que já vinha sendo construída através de consensos entre as entidades médicas e intensas articulações com o legislativo. Com relação ao Mais Médicos, houve o questionamento da atuação dos médicos cubanos no país; a judicialização da disputa; e a tentativa de desgastar o Programa na sua implementação (GOMES; MERHY, 2017; ALESSIO; SOUSA, 2017).

Mais do que a oposição a um programa específico, estes episódios representaram a ruptura da categoria médica com o consenso sanitário estabelecido em torno do SUS, além do fortalecimento de suas entidades enquanto sujeitos coletivos e a mobilização de um potente movimento político e corporativo. Tais eventos se desdobrariam de forma intensa na conjuntura a partir de 2016 (MATTOS, 2019; SESTELO *et al.*, 2020).

Articulados em entidades como Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), sindicatos e conselhos regionais, além da "Frente Parlamentar da Medicina", tinham como proposta alternativa a estruturação de uma carreira de estado para

médicos. Fecharam questão contra Dilma no impeachment e a favor do teto de gastos de Temer. Posteriormente, engrossaram o caldo de apoio a Bolsonaro nas eleições, mesmo que de forma velada. A Frente Parlamentar da Saúde, altamente vinculada ao Centrão, indicou Ricardo Barros como ministro de Temer e Mandetta de Bolsonaro. O então deputado era um dos líderes da frente que aglutina uma gama ampla de parlamentares ligados aos médicos, às Unimeds e instituições filantrópicas prestadoras de serviços ao SUS.

Na Atenção Primária, diretrizes como definição de uma carteira de serviços básicos, flexibilização do tamanho e composição das equipes de saúde da família, pagamento por desempenho e captação, ampliação da participação privada na prestação de serviços relacionados à atenção primária e secundária, surgem como soluções técnicas e cientificamente embasadas capazes de pavimentar a estrada para um sistema moderno, enxuto, sob medida. Transforma-se a restrição de recursos em "espaço para ganhos de eficiência", outra nova cláusula pétrea do novo SUS. O canto da sereia consegue seduzir até mesmo gestores municipais e estaduais que outrora lutavam por mais recursos para o SUS, de que fazendo "mais" com "menos", de que flexibilizando e inviabilizando a Estratégia Saúde da Família, será possível sustentar assistência à saúde no mesmo patamar de abrangência e qualidade, ou, até mesmo, expandi-la.

8.3.3 Atenção hospitalar e especializada

Nos níveis de atendimento secundário e terciário permaneceram enormes entraves para viabilização da universalização. A resistência às mudanças por parte dos prestadores, a ausência de uma política hospitalar consistente para o SUS, os constrangimentos da escassez de recursos frente à demanda da universalização, a reforma do Estado, a fragilidade da provisão pública e alta dependência de contratos privados foram problemas que atravessaram todos os governos, em maior ou menor grau. Mais do que isso, deixaram claros os limites do MS e da política de saúde em uma reorganização estrutural mais profunda do sistema de saúde.

Como apontam Paim *et al.* (2011), a prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. Todavia, políticas destinadas ao aumento da oferta pública

levaram ao crescimento do número de procedimentos ambulatoriais especializados no SUS a partir da década de 2000.

O número de leitos públicos para internação cresceu em ritmo superior ao do setor privado (lucrativo ou filantrópico). Em 1988, os leitos públicos representavam cerca de 25% do total, e em 2009 cerca de 40%. O mesmo aconteceu com a destinação de recursos federais para prestadores públicos: cresceu de 39% em 1987 para 47% em 2007 (BAHIA, 2008). A expansão do setor público se baseou na construção de hospitais de pequeno porte e baixa densidade tecnológica impulsionada pela descentralização, sem escala suficiente para uma maior, efetividade e eficiência e resolutividade (PAIM *et al*., 2011).

Todavia, prevaleceu o caráter privado da infraestrutura hospitalar e especializada e as grandes desigualdades regionais, na medida em que boa parte da oferta se concentra nas regiões mais ricas e nas capitais. Em 2010, apenas 6,4% dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia eram públicos e 69% dos hospitais eram privados, sendo que 38% de seus leitos eram destinados ao SUS através de contratos. Entre 1990 e 2010, houve um crescimento importante da quantidade clínicas especializadas privadas e dos serviços de diagnóstico – o que indica que o crescimento de pequenos negócios geralmente vinculados à categoria médica foi importante. Além disso, estabeleceu-se uma tendência estrutural de diminuição da quantidade de leitos, redução na quantidade de hospitais privados e na proporção global de leitos hospitalares por mil habitantes, que se reduziu de 3,3 para 1,9 no período, principalmente com a diminuição de leitos e hospitais privados (PAIM *et al*., 2011). Isso foi fruto de múltiplos fatores como o desmonte das políticas de incentivo direto do INAMPS aos hospitais privados, os limites financeiros ao financiamento público, o avanço do processo de reforma psiquiátrica a partir dos anos 2000, que levou a uma grande desativação de leitos neste segmento, entre outros.

A grande fragmentação e heterogeneidade característica da rede hospitalar brasileira se aprofundou e, somada ao difícil e limitado processo de regionalização e grandes desigualdades assistenciais, impuseram dificuldades não resolvidas de coordenação, organização e controle da oferta por parte do SUS, o que comprometeu fortemente a ideia de "comando único" e as intenções de reorganizar a prestação de serviços e o modelo assistencial. Os serviços hospitalares são prestados por hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos. Os primeiros atendem apenas ao SUS e se subdividem em diferentes níveis de gestão (municipal, estadual, federal, universitário) e modalidades de administração (administração pública direta, indireta, terceirizada para Organizações Sociais,

empresas públicas etc.). Existem ainda uma quantidade pequena hospitais públicos de acesso a algumas clientelas restritas, como no caso dos hospitais militares.

Os hospitais privados, principalmente os filantrópicos, prestam serviços tanto para o SUS quanto planos de saúde (VIACAVA *et al.*, 2018), ou seja, recebem pagamentos de múltiplas fontes pagadoras, com grande discrepância nos valores de remuneração entre elas. Outros, mais voltados para setores de alta renda, atendem exclusivamente através de convênios privados e pagamentos particulares. Algumas grandes operadoras de planos de saúde têm ainda rede assistencial própria, tendência que se acentua com a crescente verticalização a partir da década de 2010, mas, no geral, dependem da oferta de prestadores privados. Em geral beneficiados por uma série de políticas públicas, que vão desde as constantes renegociação de dívida, isenções fiscais e outros benefícios relativos filantropia, como os mais contemporâneos "hospitais de excelência", que serão abordados na sessão seguinte. Além disso, os serviços de diagnóstico permaneceram quase que totalmente privados, além de diversos equipamentos e terapias necessários ao sistema público. Assim a expansão dos serviços públicos e privatização da provisão caminharam lado a lado (BAHIA, 2008).

Como já visto, o processo de descentralização e implementação do SUS não alterou em grande medida o modo de produção de serviços hospitalares. A oferta permaneceu submetida à lógica da produção que determina o número de AIHs para cobrir seus custos, independente da sua eficiência e qualidade dos serviços prestados. A ausência de uma política efetiva de organização da oferta pelo SUS leva a problemas como presença de leitos e falta de vagas para diversas modalidades de tratamento, com grandes limitações de adequação da oferta às demandas, comprometendo a resolutividade e a racionalidade sanitária, e mantendo enormes distorções de acesso entre municípios e regiões (FARIAS *et al.*, 2011). Além disso, o próprio controle da incorporação de tecnologias nestes estabelecimentos é praticamente ausente, como veremos na sessão seguinte.

Este cenário de fragmentação e privatização dos serviços e incipiência na reformulação do modelo assistencial ainda foi aprofundado por uma série de limitações sistemáticas da ação do poder público na prestação direta de serviços e mobilização de força de trabalho, decorrentes da reforma do Estado e da agenda neoliberal como todo e das próprias regras intrassetoriais. A enorme restrição financeira somada a ideia de "enxugamento do Estado" limitou drasticamente nos anos 90 a contratação de servidores públicos dentro das regras do RJU e o investimento direto em infraestrutura, fragilizando as capacidades de oferta

pública direta do SUS e fortalecendo a dependência dos prestadores privados em serviços hospitalares e especializados.

Além disso, como desdobramento da reforma do Estado, proliferaram-se alternativas de privatização da gestão e provisão de serviços inspiradas nos parâmetros da nova gestão pública (NPM – *new public management*), notadamente as OSS. Estas surgiram em São Paulo e foram disseminadas por diversos estados e municípios país nos anos 2000 e 2010, sob a alegação de promover maior "flexibilidade" da administração pública frente aos entraves do RJU e das leis de licitação e maior, e de uma maior "eficiência" da gestão privada. Nesse modelo, o Estado sai do papel de provedor e passa contratar organizações do terceiro setor para gerir, contratar pessoal e comprar insumos de forma terceirizada, cabendo ao Estado regular, controlar e fiscalizar contratos. Esse quadro ainda foi complementado pela LRF de 2000, que estimulou ainda mais a adesão a estes modelos, na medida em que limitava a contratação de pessoal por parte da administração direta em estados e municípios, que passaram a ter nas OSS uma alternativa para manter a expansão dos serviços, mesmo sem que os resultados prometidos tenham sido comprovados (CARNEIRO; BRASIL, 2016; VIANA *et al.*, 2017; TURINO *et al.*, 2021, SODRÉ *et al.*, 2018; RAVIOLI, SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

De forma sintomática, nos anos 90 estão praticamente ausentes maiores preocupações com o modo de produção de serviços hospitalares, e quando aparecem surgem atreladas às agendas dos prestadores e do Banco Mundial. Na primeira metade da década, iniciativas do MS junto secretarias estaduais e com apoio da Organização Panamericana de Saúde (Opas) passara a discutir a necessidade de políticas para garantia de qualidade dos serviços hospitalares e estabelecer processos de avaliação dos serviços a partir de padrões previamente estabelecidos, influenciados principalmente por setores da categoria médica e dos prestadores paulistas. As discussões no âmbito do MS e de gestões locais convergem com o movimento dos prestadores privados de desenvolverem suas próprias ferramentas e parâmetros de desempenho e qualidade e de aproximação de organizações internacionais de acreditação e certificação de serviços de saúde, como a *Joint Comission International* (FELDMAN *et al.*, 2005).

Em 1997, o programa ReforSUS financiado pelo Banco Mundial também propuuha mudanças voltadas à modernização dos hospitais (RIZZOTO, 2012). Em 1998, o MS lança o Programa Brasileiro de Acreditação, introduzindo um sistema nacional de acreditação e disseminando junto a prestadores e gestores. Como destaca Braga (2018), em 1999 é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), associação privada composta por entidades

representantes de todos os segmentos de prestadores e planos de saúde. A iniciativa foi impulsionada principalmente pela FBH, e chegou a contar com participação de representações do Conasems e de hospitais universitários. A ONA foi incorporada oficialmente à política do MS em 2001 e se tornou responsável institucional por implementar normas técnicas de avaliação e certificação de qualidade nos serviços de saúde todo país (FELDMAN *et al.*, 2005).

Os anos 2000 e 2010 são marcados por uma série de tentativas, na maioria das vezes incipientes, de racionalizar a política hospitalar através de normas infralegais e portarias do MS. Em 2002, o MS estabeleceu pela Portaria 1.101/2002 parâmetros de cobertura e necessidades de oferta, mas com baixíssima efetividade. No primeiro governo Lula, foi aprovado o plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB), propondo a readequação do modelo de atenção à saúde e a normatização da política pública. Outros documentos normativos sancionados nos governos Lula com interface com a atenção hospitalar foram relativos a Política Nacional de Humanização, às Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU), de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e de Regulação do SUS, Pacto pela Saúde e de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sintomaticamente, é apenas em 2013 que se promulga uma Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (SANTOS; PINTO, 2017; VIANA *et al.*, 2018). Também foram criadas novas modalidades de gestão, como as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), vistas como "intermediárias" entre as OSS e a administração direta, que gerou embates com sindicatos e o controle social.

Entre estas, os maiores avanços foram promovidos no âmbito das urgências e emergências, com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que tiveram grande expansão a partir da década de 2000 e foram uma das prioridades do MS neste período (PAIM, 2011; MACHADO *et al*., 2011). Além disso, destaca-se nos anos 2000. Mas de modo geral prevaleceu a extrema fragilidade do MS e das políticas estabelecidas para reorganizar a oferta, o modelo assistencial e elevar a qualidade dos serviços públicos. Os prestadores privados conseguiram manter um padrão de relação meramente contratual, sua grande independência sobre o SUS com relação aos processos clínicos, assistenciais, econômicos e operacionais dos hospitais, além de conseguirem uma série de benefícios fiscais e políticos da condição de filantropia, a partir de relações com executivo, legislativo e poderes locais, ainda que nunca tenham passado perto de igualar ou aproximar os valores de remuneração do SUS e dos planos de saúde. Essas questões serão abordadas em maior profundidade na sessão seguinte.

Com relação às tentativas de reorganização e reorientação do modelo assistencial, como aponta Furtado *et al*. (2018), grupos mais críticos do movimento sanitário articulados em torno da ideia de planejamento como instrumento de gestão e organização dos serviços desenvolvida nos anos 80, perdem espaço para os grupos que vão se aglutinando em torno do tema da *avaliação e qualidade* como princípios racionalizadores e modernizadores, que se tornam quase um fim em si mesmo. Esses temas passam, especialmente a partir dos anos 2000 a dominar tanto a agenda do MS e de sanitaristas quanto de setores empresariais e grupos de gestores públicos e privados alinhados às diretrizes da Reforma do Estado, do Banco Mundial e dos princípios gerencialistas associados à NPM.

8.3.4 Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Com relação às políticas de medicamentos, o processo também foi truncado e limitado. No início dos anos 90 havia, por um lado, as políticas de liberalização de preços em iniciadas e fim da proteção tarifária em 1990, endurecimento das patentes em 1996 e enfraquecimento dos produtores nacionais e laboratórios oficiais. Em conjunto, foram um verdadeiro choque no mercado farmacêutico, e serão abordados na sessão seguinte em maior profundidade. Os preços e o faturamento subiram enquanto o volume de unidades vendidas diminui e o financiamento do consumo se manteve centrado nas famílias, sendo as farmácias privadas o principal canal de obtenção. De outro, um esvaziamento da CEME que mantinha o modelo centralizado de compras, com oferta residual e inconstante, distância da descentralização e a insuficiência de atender as necessidades da população e do SUS. A vigilância sanitária sob o MS foi extremamente enfraquecida e foi dominada e subserviente aos setores regulados.

Esses descompassos ficaram evidentes, por exemplo, na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos realizada entre o fim de 1999 e meados de 2000, que trouxe a público uma série de problemas que se acumularam ao longo da década de 90 como a altas dos preços e da lucratividade dos laboratórios, formação de cartéis, falsificação de medicamentos, falta de medicamentos no SUS e a “empurroterapia” praticada nas farmácias. Todavia, a CPI foi apenas a consolidação de um longo processo político que institucionalizou a principal reforma na área farmacêutica durante o período neoliberal.

Ao longo dos anos 90, diversos setores da sociedade civil resistiram aos impactos do choque neoliberal no mercado de medicamentos e questionaram a completa abstenção do governo federal na questão da assistência farmacêutica e da vigilância sanitária (KISS, 2018;

LOYOLA, 2008; BONFIM; MERCUCCI, 1997). Entre os setores técnicos e acadêmicos ligados ao movimento sanitário, como a Sociedade Brasileira de Vigilância Sanitária (Sobravime), foram constantes as denúncias sobre o desmonte das políticas de medicamentos e propunha sua refundação a partir de uma série de princípios alinhados com fortalecimento do poder de regulação, organização e oferta do Estado. Já eram propostas distantes das propostas mais radicais de estatização da indústria farmacêutica contida na VIII Conferência Nacional de Saúde e mais próximas do que vinha sendo discutido na CEME no fim dos anos 80, com foco principal no aumento do acesso, estruturação da provisão pública de medicamentos essenciais e garantia da qualidade e uso adequado, articulado principalmente pelas propostas da OMS/OPAS.

As entidades de Defesa do Consumidor, como o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) tiveram papel relevante, por exemplo, nos questionamentos judiciais aos aumentos de preços. Movimentos como o de AIDS passaram a pressionar o poder público pela incorporação de tratamentos ancorados no direito à saúde, consegue a aprovação da Lei 9.313/96 que estabeleceu a distribuição gratuita de medicamentos a portadores de HIV. Posteriormente, se tornam os principais críticos das políticas de patentes, aprovada no mesmo ano (KISS, 2018). Sindicatos de farmacêuticos passaram a apresentar propostas de regulação do comércio varejistas de medicamentos e das farmácias.

Por dentro das instituições públicas iniciaram-se discussões de reformulação da Vigilância Sanitária no MS (PIOVESAN, 2002). Os produtores nacionais, esmagados, pelas multinacionais, também se opuseram às patentes e ao desmonte de políticas industriais (KISS, 2018) Todos estes movimentos convergiram para uma série de mecanismos institucionais de articulação política e pressão no executivo, no legislativo e no judiciário.

Todavia, a guinada na política de medicamentos se deu a partir da gestão Serra, que havia sido alocado no MS por sua divergência com a área econômica de Pedro Malan. em 1998. De modo geral, buscando fortalecer seu poder político para concorrer à presidência e intensificar a disputa com o Ministério da Fazenda, Serra acolhe em grande medida as propostas da sociedade civil, incorpora ao aparelho do Ministério diversos de seus formuladores e representantes e se alinha aos produtores nacionais, a principal fração proprietária derrotada do setor saúde nos anos 90, além de recuperar o papel dos laboratórios públicos. Diante da necessidade de ofertar medicamentos de AIDS pelo SUS e da dependência dos preços exorbitantes dos medicamentos patenteados, o ministro incumbiu o laboratório da Fiocruz para produzir antirretrovirais por engenharia reversa, além de ameaças

de emissão de licença compulsória de patentes em caso de recusa na redução de preços pelas transnacionais (KISS, 2018).

As principais mudanças institucionais se iniciaram com a promulgação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, que indicava como diretrizes a adoção e atualização da Rename como guia orientador do rol de medicamentos preferenciais do SUS; a regulação sanitária de medicamentos; a descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Tais diretrizes se traduziram em três direções principais de mudanças que se aprofundariam nos anos seguintes, justificadas principalmente pela necessidade de ampliação do acesso: (1) a regulação econômica do mercado de medicamentos por mecanismos de estímulo à concorrência, como a Lei dos Medicamentos Genéricos (1999), além da reintrodução da regulação de preços, da retomada de políticas públicas de ciência e tecnologia e estímulo aos produtores públicos e privados nacionais; (2) normatização e fiscalização das práticas sanitárias de produção, registro, distribuição, armazenamento, comercialização de produtos químicos, farmacêuticos, alimentícios e médicos através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999; (3) expansão, institucionalização e descentralização da oferta pública de medicamentos com atribuição de responsabilidades federativas para financiamento, aquisição e distribuição de medicamentos, com municípios responsáveis pela oferta de medicamentos ambulatoriais no âmbito da atenção primária, enquanto secretarias estaduais e governo federal se responsabilizariam por medicamentos para agravos estratégicos ou com tratamentos de alto custo.

Nos anos seguintes outras mudanças reforçaram essas diretrizes ou introduziram novos objetivos impulsionado pelos governos petistas e sob a direção mais direta de setores do movimento sanitário. Destacando o avanço das políticas de medicamentos do SUS, em 2003 é criada a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) da Anvisa e o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) no MS dentro da estrutura da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Este foi ocupado principalmente por grupos oriundos do movimento sindical e de conselhos de farmacêuticos (AZEREDO, 2012). Em 2006 o financiamento foi divido em três blocos, componentes básicos, estratégico especializado. Ampliou-se o financiamento em termos absolutos e cresceu a importância dos medicamentos dentro do orçamento do MS (MATTOS, 2015).

Do ponto de vista da oferta ambulatorial de medicamentos, em 1997, junto da extinção da CEME há a criação do Programa Farmácia Básica pelo MS e do incentivo à Assistência Farmacêutica (AF) Básica em 1999, instituindo a pactuação tripartite do financiamento da AF, a descentralização da oferta de medicamentos essenciais e o estímulo à articulação da provisão pública de medicamentos com a oferta na atenção básica. A expansão da oferta e provisão pública avançou ao longo dos anos 2000, mas a permaneceram uma série de dificuldades para a institucionalização da AF na AB (AFAB), com a insuficiência de recursos; falta de investimentos em qualificação do serviço, recursos humanos e infraestrutura, o que manteve a política focada principalmente na distribuição dos medicamentos e distante da perspectiva do cuidado; inúmeras dificuldades gerenciais relacionadas à baixa cooperação/organização federativa, às dificuldades com licitações, baixa oferta e reduzido poder de compra dos municípios, especialmente de pequeno porte. Em conjunto, esses problemas levam a uma situação de instabilidade crônica no abastecimento, sendo frequentes situações de desabastecimento e necessidade dos pacientes complementarem as prescrições recebidas no mercado (MATTOS, 2015).

Em 2014 a AFAB cobria mais de 90% dos municípios brasileiros em aproximadamente 34 mil unidades básicas de saúde (além de farmácias municipais), mostrando grande capilaridade. A AFAB é proporcionalmente mais usada por negros e pardos, por pessoas com baixa escolaridade e que não possuem planos de saúde, o que demonstra o seu caráter progressivo e sua importância na redução de iniquidades. Apesar de ser responsável por prover entre 45-60% dos medicamentos de hipertensão e diabetes no país, proporção relativamente abrangente, a AFAB cumpre papel bem menos proeminente para outras doenças – o que demonstra um certo caráter focalizado (MATTOS, 2015).

Nos anos 2000, todavia, a principal política do governo federal para oferta de medicamentos ambulatoriais foi o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), apresentado como proposta de campanha de Lula e instituído por determinação direta da presidência da república (AZEREDO, 2012; MATTOS, 2015), e se tornou uma das principais prioridades e marcas políticas da gestão do MS nos governos petistas (MACHADO *et al.*, 2011). Criado em 2004, ficou restrito a um baixo número de farmácias públicas criadas especificamente para ao programa e abastecidas por medicamentos produzidos por laboratórios públicos. De início, a principal polêmica em torno da política se deu em torno da introdução do copagamento pelos usuários, algo inédito no SUS até então. E uma contradição com as diretrizes da PNM que apontavam para o fortalecimento da assistência farmacêutica na atenção básica como uma das principais estratégias de ampliar o acesso a medicamentos.

A partir de 2006 os questionamentos se voltaram pela opção deliberada pela parceria as farmácias privadas. Em articulação direta com a Associação Brasileira de Redes das Farmácias e Drogarias (Abrafarma), representante das maiores redes de farmácias no país, a política se modificou radicalmente e estabeleceu mecanismos de subsídios públicos direto ao varejo farmacêutico sobre uma lista de medicamentos prioritários definidas pelo MS, mediante copagamento, se tornando a principal vertente do programa. Na prática, um programa de descontos operados nas farmácias com incentivo público (MATTOS, 2015; LUIZA *et al.*, 2018).

A partir de 2010, a inciativa Aqui Tem Farmácia Popular retirou o copagamento de parte dos medicamentos e impulsionou a expansão exponencial das farmácias cadastradas (cerca de 33 mil em 2015, atingindo 77 dos municípios) e o orçamento do programa saltou de 250 milhões para 2,4 bilhões de reais em 2015, ultrapassando em mais de duas vezes os recursos federais destinados à AFAB, na prática gerando uma concorrência e sobreposição entre as políticas. De toda forma, a abrangência e os impactos do programa foram menores que os alcançados na AFAB, se restringindo a uma pequena parcela da população. De um lado, a política serviu para segmentos das classes C e D oriundos do setor privado que passaram a ter descontos em medicamentos de uso corrente, por outro, serviu como alternativa de acesso e mecanismo de correção de falhas na provisão pública (MATTOS, 2015; LUIZA *et al.*, 2018; MATTOS *et al.*, 2019).

Outro fato marcante nos anos 2000 foi a forte expansão dos componentes estratégico e especializado, que refletiu a pressão pela incorporação de novos paradigmas tecnológicos e foi justificada pela necessidade de garantir a integralidade pelo SUS. Por abranger principalmente medicamentos em situação de monopólio (patenteados) e alto custo, que praticamente não são vendidos nas farmácias privadas e muitas vezes tem preços inacessíveis até mesmo para as classes mais abastadas, se tornaram os principais vetores de ampliação do gasto público – passando de R$ 500 milhões em 2003 para R$ 6 bilhões em 2015 (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

As pressões em torno da incorporação destes medicamentos levaram a uma série de desdobramentos, por exemplo a licença compulsória da patente do *efavirenz* (para AIDS) em 2007 (única de todo o período). No campo dos medicamentos, o fenômeno da judicialização para obtenção de produtos não ofertados pelo SUS se institucionalizou por um lado, como forma da população fazer valer o direito universal e a integralidade (Pepe), por outro, como meio dos laboratórios multinacionais introduzirem no mercado brasileiro novas tecnologias de alto custo em associação com médicos, advogados e associações de portadores de patologias

(CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al.*, 2012). Ao longo dos anos 2000 e 2010, a pressão das demandas judiciais por estes medicamentos sobre os orçamentos da esfera estadual, principal responsável pelo financiamento, foram crescentes.

Com a pressão de custos, o padrão de seleção e padronização do componente especializado passou a se basear nas ferramentas técnicas microeconômicas de *custo-utilidade / custo-benefício / custo-efetividade* para definição de protocolos de utilização e elegibilidade nos termos da medicina baseada em evidências. Isso foi introduzido em alguns estados e foi generalizado como critério inclusão de medicamentos no SUS a partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) em 2012, que converteu da Rename de uma lista orientadora de práticas clínicas e gerenciais a partir de prioridades e necessidades, em uma lista positiva de medicamentos mais susceptível às pressões para adoção de novas tecnologias. Assim houve deslocamento de uma aposta política na incorporação de tecnologias, apostando na inovação como viabilizadora da integralidade (BERMUDEZ *et al.*, 2018; AZEREDO, 2012).

A tentativa mais relevante politicamente de se enfrentar a questão da incorporação de tecnologias, especialmente farmacêuticas, esteve estreitamente relacionado às mudanças nas políticas industriais voltadas para o setor farmacêutico, articulando um conjunto de instituições púbicas no contexto mais amplo do "ensaio desenvolvimentista" e do fortalecimento da aliança dos governos petistas com a burguesia interna a partir do segundo mandato de Lula. Todavia, a questão da das políticas industriais e da dependência externa assuntos serão abordados em maior profundidade na sessão seguinte.

Com resultado das políticas de ampliação da oferta via Estado e mercado, entre 2000 a 2015 houve uma importante ampliação do acesso à medicamentos, que em 2014 foi superior a 90% para uma série de doenças crônicas. O setor público é a principal fonte de obtenção de medicamentos para diabetes, hipertensão e fonte importante para outros agravos. A provisão pública se dá de forma gratuita de medicamentos na atenção básica e nos componentes estratégico e especializado, além da oferta subsidiada em farmácias privadas conveniadas ao PFPB, algumas vezes com copagamento. Porém, o setor público ocupa em termos econômicos, papel residual dentro do financiamento do consumo de medicamentos, sendo que suas ações são em grande medida voltadas para correção de falhas de mercado, incorporação de demandas sanitárias e sociais e redução de iniquidades através do SUS (MATTOS, 2015; LUIZA *et al.*, 2018). Ainda que as políticas públicas tenham representados avanços bastante significativos em relação aos anos 90 e 80, após a reversão da hegemonia absoluta das

transnacionais, em momento nenhum apontaram para a transposição dos limites estruturais do modelo assistencial neoliberal, nem mesmo durante governos de centro-esquerda.

O setor privado ainda é a principal fonte de obtenção de medicamentos para agravos agudos e para outras condições, e o poder de compra do Estado é reduzido em termos absolutos, e ainda fragmentado entre entes federativos. Na prática, a população combina diferentes níveis e composições de consumo público e privado de medicamentos. Estes são diretamente influenciados pelo poder de compra, posição socioeconômica e pelas estratégias comerciais e de influência sobre os médicos dos laboratórios farmacêuticos. A maior parte dos estabelecimentos que dispensam medicamentos são farmácias e drogarias privadas, concentradas nos centros urbanos e comerciais, e nas regiões Sul e Sudeste, com forte caráter mercantil, também alinhadas às estratégias de mercado dos laboratórios (LUIZA *et al*., 2018).

8.3.5 Participação política e social

O SUS institucionalizou em seu interior uma série de mecanismos de participação social oficiais instituídos, como os conselhos de saúde, que foi a mais abrangente experiência estabelecidas no Brasil democrático. A Lei 8.142/1990 praticamente reeditou o artigo vetado por Collor na Lei 8080/90, que tratava da obrigatoriedade da participação da comunidade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, através de conselhos e conferências de saúde no âmbito municipal, estadual e nacional. Posteriormente, definiu-se que a composição dos conselhos deveria respeitar a paridade de 50% de "usuários do SUS", que em geral abrigam entidades de saúde, movimentos sociais, associações comunitárias, movimento negro e movimento feminista, organizações não-governamentais, associações de portadores de patologias, entre outros; 25% para organizações de profissionais de saúde, que englobam conselhos profissionais, sindicatos e associações científicas de diferentes categorias; e 25% para gestores, prestadores de serviços, entidades empresariais. Além dos conselhos e conferências, integrariam, nas palavras da autora, a "democracia sanitária", outros mecanismos participativos como os colegiados intergestores (CIT e CIB), ouvidorias e as consultas públicas realizadas pela ANS, pela Anvisa e pelo MS (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Em 2005, todos os municípios já tinham o seu conselho e havia um contingente impressionante de 70 mil conselheiros, dos quais metade se enquadram na categoria de "usuários do SUS" (ESCOREL; MOREIRA, 2012). Entre 1988 e 2009 foram realizadas 80 conferências nacionais sobre 33 temas relacionados à política de saúde, sendo 35 no primeiro

governo Lula, reunindo milhares de pessoas. Além de conferências nacionais, foram realizadas ao longo do período uma série de conferências temáticas nos campos da saúde bucal, saúde indígena, saúde mental, saúde ambiental, gestão do trabalho e educação em saúde, medicamentos e assistência farmacêutica, ciência tecnologia e inovação em saúde, entre outros temas (MORAIS; ESCOREL, 2012).

Dantas (2018, p. 233) reúne uma série de críticas recorrentes na literatura aos limites mais imediatos destes instrumentos: carência de estrutura material par aos conselhos, burocratização, fragilidade política, baixa capacidade propositiva, tomado pelo Executivo como legitimadores das políticas de governo, excesso de demanda sobre os conselheiros, práticas clientelistas, afastamento das funções de planejamento, despreparo de conselheiros, desrespeito frequente à paridade, presença de entidades muito específicas e pouco representativas, baixa articulação entre representantes e representados, profissionalização da representação. Com relação às conferências, destaca-se a dificuldade de vocalização de demandas populares, refletindo muitas vezes a agenda governamental e pouca efetividade das decisões e encaminhamentos, na medida em que suas conclusões e recomendações não são obrigatórias ao poder público e são frequentemente ignoradas.

Se por um lado a estratégia dos setores progressistas de "isolar" os setores empresariais do MS e dos espaços participativos do SUS, na tentativa de "blindá-los" dos interesses privados, naturalmente estes fizeram valer seu poder interesses por meio de outros meios e arenas. Além disso, as funções dos conselhos foram reduzidas na prática à fiscalização e gestão. O poder dos gestores sobre o funcionamento, agenda e decisões dos conselhos foi grande, frequentemente foram os presidentes e, quando não controlavam os conselhos, não eram obrigados a acatar suas posições. A CIT e as CIB passaram a ter muito mais peso na definição e pactuação das políticas que o controle social.

A ampliação dos espaços de participação social, dessa vez como política direta do MS, ganhou espaço a partir do governo Lula com a criação da Secretaria Gestão Estratégia e Participativa (SGEP), inicialmente sob comando de Sérgio Arouca, tinha como objetivo criar um espaço dentro do MS para repensar a reforma sanitária em conjunto com os movimentos sociais. Mas, com o passar do tempo se tornou uma secretaria "a margem" dos demais espaços e da correlação de forças do MS, houve embates com o CNS com relação a suas atribuições direcionando os esforços para a promoção da equidade de grupos vulneráveis por meio de ações de ouvidoria, auditoria, monitoramento e avaliação do SUS. Na prática, também funcionou como espaço "intermediário" e subalterno de relação com os movimentos, na medida em que grupos mais poderosos tinham acesso mais direto aos espaços de decisão e

gestores do MS, com um esvaziamento ainda maior das noções de controle social e gestão participativa (MORAIS; ESCOREL, 2012).

Diante da insuficiência e fragilidade desses canais, não por acaso a estruturação de políticas públicas mais consistentes pelo SUS para setores específicos partiu de uma ação mais organizada de pressão de setores da sociedade civil e movimentos com bases sociais mais mobilizadas, não apenas nas esferas do controle social ou sobre o MS, mas fundamentalmente sobre a via parlamentar e judicial. Alguns exemplos em especial, merecem destaque. O primeiro deles foi o processo de construção política nacional de Aids/HIV a partir de da pressão de ONGs e movimentos sociais desde os anos 80, que nos anos 90 vão resultar em uma série de iniciativas de pressão do poder público (executivo, legislativo e judiciário) com relação a garantia de medicamentos e tratamento gratuitos no SUS, cobertura por planos de saúde criação de uma política de enfrentamento a epidemia, a rejeição do preconceito e o estigma, enfrentamento das leis de patentes, política de genéricos, entre outras. (LOYOLA, 2008, PEREIRA; NICHIATA, 2011; GRANGEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009).

O segundo foi a luta do movimento da luta antimanicomial pela reforma psiquiátrica, visando desativação dos hospitais psiquiátricos e manicômios brasileiros e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental através da implantação uma rede substitutiva de centros de atenção psicossocial (CAPS) para o acolhimento, acompanhamento e tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. Em 2001, foi aprovada a lei 10.216/2001. Durante os governos petistas, a Coordenação de Saúde Mental ficou sempre sob a direção de figuras ligadas ao movimento, houve uma inversão do financiamento dos serviços e fechamento de leitos psiquiátricos em um processo que vigorou até o segundo governo Lula, e perde força nos governos Dilma (AMARANTE; NUNES, 2018; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Um terceiro exemplo foi a construção das políticas relacionadas à saúde indígena, paralelamente ao movimento mais amplo na resistência e na demanda de direitos e reconhecimento. Na saúde, houve uma interlocução movimento indígena e o movimento da reforma sanitária nas conferências nacionais de saúde e em duas conferências de saúde indígena. Em 1991, as atribuições sobre a saúde dos povos indígenas passam da Funai para o MS. Em 1994, o então deputado Sérgio Arouca, apresenta um projeto de lei incorporando as propostas da conferência de 1993, sendo aprovado em 1999, viabilizando a constituição do subsistema de saúde indígena, composto por distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) sob responsabilidade do MS, visando estabelecer um modelo assistencial espeito que respeitasse sistemas de representações, aos valores e às práticas dos povos, além da

instituição do controle social. Em 2010 institucionaliza-se uma a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no MS (PONTES *et al.*, 2019; BENEVIDES *et al*, 2014).

Um exemplo negativo ilustra a incapacidade do modelo de participação e respostas de demandas estabelecido pelo SUS, especialmente nos anos 2000, em responder a questões extremamente relevantes da sociedade brasileira: as enormes dificuldades de pautar o enfrentamento ao racismo estrutural nos serviços e políticas de saúde. Em meados dos anos 90, no governo FHC, a partir de pressão do movimento negro, o MS inseriu o quesito raça/cor nas declarações de nascidos vivos e de óbitos, criou o programa de anemia falciforme, indicou a reestruturação nas diretrizes de atendimento a dibetes *mellitus* e hipertensão, extensão do PSF a comunidades quilombolas e buscou vincular tais movimentos à Saúde da Família. Depois, em 1998 e 2001, publicou documentos relativos às doenças mais importantes, por razões étnicas, na população negra, mas em tocar nos determinantes sociais. Em 2003 foi instituído no MS o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, instância consultiva ligada ao MS, inseriu-se o tema nas conferências nacionais de saúde e uma vaga no CNS foi destinada ao movimento negro após quase sete décadas de existência. Estes movimentos institucionais permitiram a aprovação em 2006 da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando: garantir a ampliação do acesso a saúde da população negra urbana e rural, incluir a temática do combate à discriminação de gênero, raça e orientação sexual no processo formativos e de educação continuada, entre outros. A política teve baixa adesão de gestores e foi formalizada como lei em 2011 pelo congresso, mas nunca teve o apoio e os meios suficientes para avançar (WERNECK, 2016).

Se por um lado os segmentos que conseguiram mobilizar esforços para além dos espaços participativos do SUS tiveram maiores conquistas, por outros, as limitações das demais arenas do regime político democrático também foram evidentes. Ao analisar a postura do poder legislativo federal e sua relação com o executivo em assuntos relacionados à saúde entre 1990 e 2010, Baptista (2010) e Baptista *et al.* (2012), destacam diferentes fases. Entre 1990 e 1994 prevaleceram as leis de autoria do poder executivo relativas a definição da base institucional do SUS; entre 1995 e 2002 ocorre a expansão de políticas técnicas e específicas de saúde, seguidas de um movimento de regulação do mercado em saúde; entre 2003 e 2010 a retomada das políticas específicas acompanhando as prioridades da agenda governamental.

As autoras destacam algumas tendências principais na produção legislativa: a multiplicação de leis especificando direitos para determinados grupos, que por um lado buscavam a garantia de demandas já previstas em lei em função da universalidade, mas não garantidas concretamente pelo SUS e, por outro, trariam uma segmentação do direito à saúde

e uma seletividade desse mecanismo relacionada à maior capacidade de determinados grupos de reunir força política e social para influir no legislativo; a profusão de demandas específicas visando corrigir lacunas na institucionalidade e aprimorar políticas em curso; leis mais alinhadas a demandas direta do executivo, seja na área da saúde seja em outras áreas com reverberação no campo (regulamentação do mercado de planos de saúde e medicamentos, regulamentação do trabalho em saúde, Complexo Econômico Industrial da Saúde, definição de competências da administração pública, saneamento, estatuto do idoso, notificação de violência contra mulher, etc).

A Frente Parlamentar da Saúde (FPS), fundada no início dos anos 90 é reativada em 2003, representou ao longo tempo principalmente interesses da corporação médica e prestadores privados. Ainda que tenham se aliado ao movimento sanitário em torno de temas como a ampliação do financiamento público, a convergência não foi regra. Os interesses particulares se manifestaram na agenda da frente em temas como a isenção de impostos sobre serviços para cooperativas médicas e operadoras de planos de saúde, reajuste da tabela SUS, implantação da classificação, revalidação de diplomas de médicos do exterior, “Sistema S” da saúde, ato médico. Por outro lado, no debate sobre a descriminalização do aborto, típica demanda de saúde pública impulsionada pelo movimento feminista, não houve mobilização em torno da pauta, o que explicita também, o histórico conservadorismo da categoria médica, o que também se reflete nas agendas e posicionamentos dos partidos em que estão inseridos e sua relação com setores religiosos (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Em resumo, a agenda legislativa da saúde esteve altamente determinada pelo Executivo, especialmente a presidência, que demonstra a concentração de poder e o papel principal como e filtro seletivo das demandas políticas propostas para a saúde. Por outro lado, pela via parlamentar, cresceu nos anos 2000 a força política e poder de articulação dos prestadores e da categoria médica e maior atenção de setores conservadores às políticas de saúde. Mas, de modo geral prevaleceram no parlamento as direções do núcleo duro do executivo para a saúde e um padrão de intermediação de demandas específicas extremamente fragmentado e desigual.

Também é interessante notar, que a partir dos Governos Dilma na década de 2010, começa a acontecer os primeiros sinais de inflexão nas disputas em torno das políticas específicas. De início, essas refletiram demandas de movimentos sociais, técnicos e setores progressistas da sociedade civil, associadas ao espaço criado pelo SUS e o diálogo com o movimento da reforma sanitária. Mas, especialmente a partir da década de 2010, a aliança dos governos petistas com setores conservadores e religiosos e o fortalecimento destes na política

levou a uma penetração de ideias que até então haviam sido blindadas da política de saúde, ao menos no interior do MS.

Os movimentos do governo Dilma na política de drogas fortaleceram entidades religiosas e expandiu as chamadas comunidades terapêuticas, para o tratamento de dependentes químicos a partir de métodos religiosos, encarceramento e abstinência, com notáveis violações aos direitos humanos, em oposição às diretrizes das agendas mais progressistas no campo da saúde mental. Estes também passaram a sofrer ofensivas de associações médicas e de psiquiatria contra o modelo da rede substitutiva e a desativação dos hospitais psiquiátricos. Um claro exemplo dessa inversão de hegemonia e restauração conservadora foi a retirada do movimento antimanicomial da coordenação de saúde mental para entrada de representantes destes setores, no bojo das tentativas de Dilma em garantir a "governabilidade" em seu segundo mandato (AMARANTE; NUNES, 2018, MAGALDI, 2018, ONOCKO-CAMPOS, 2019; GUIMARAES *et al.* 2019). Estes interesses também passariam a tentar influir nas agendas dos direitos reprodutivos e sexuais, saúde indígena, entre outros, especialmente nos governos Temer e Bolsonaro (MATTOS, 2019).

8.4 MERCANTILIZAÇÃO E SEGMENTAÇÃO: AS BASES POLÍTICAS E SOCIAIS DA ACUMULAÇÃO, DA PRÁTICA MÉDICA, DA SEGREGAÇÃO E DA DEPENDÊNCIA SANITÁRIA NO MODELO ASSISTENCIAL NEOLIBERAL

Nos anos 80, o avanço do movimento da reforma sanitária tanto na reforma institucional do setor quanto na mobilização da sociedade em torno da proposta de universalização do direito à saúde levou a uma série de embates políticos, muitas vezes marcados pela polarização entre o movimento sanitário e os representantes dos interesses privados (CORDEIRO, 1984; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; CAMPOS, 1992; MENDES, 1993; RODRIGUEZ NETO, 2003; PAIM, 2008; BRAGA, 2018). A ameaça de que uma reforma setorial progressiva pudesse limitar o mercado e subordinar e os negócios ao controle público fez com que uma série de grupos políticos se aproximassem, se articulassem com as forças políticas conservadoras do "centrão" e tivessem uma atuação mais coesa durante o processo constituinte, barrando propostas do MRSB, alterando textos e inserindo emendas que resguardassem as atividades e interesses econômicos constituídos, a autonomia médica e a livre iniciativa.

Para Campos (1992), um dos resultados deste processo foi a formação do de um bloco político, que gestou e passou a dar sustentação à uma política neoliberal voltada para

assegurar uma nova hegemonia sobre o sistema de saúde. Esse grupo teria como membros mais ativos a Abramge, a FBH, a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), a Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), médicos reunidos em entidades como cooperativas, conselhos, associações e sindicatos. Também contaria com frações do setor financeiro ligadas aos seguros saúde, além de empresários de grandes empresas industriais e comerciais entusiastas e demandantes do esquema assistencial privativo (representadas pela Confederação Nacional das Indústrias - CNI, Federação das Indústria do Estado de São Paulo - Fiesp, a Confederação Nacional do Comércio) e o apoio das áreas econômicas e de diversos partidos progressistas e conservadores nos governos do período democrático. Além disso, houve a adesão indireta e passiva do sindicalismo e do conjunto dos trabalhadores formais mais qualificados, bem remunerados e ligados aos polos mais dinâmicos da economia.

Também destacamos o poder fundamental das empresas transnacionais, representadas pela Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas (Abifarma), pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) e posteriormente pela Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma), mas que de certa forma mantém certa distância das demais, talvez por depender pouco das reformas no sistema de saúde e mais de uma garantia de liberalização, abertura comercial e internacionalização. De qualquer forma, como veremos adiante, são interesses heterogêneos nem sempre coesos entre si, com frequentes disputas internas e divergências a depender da pauta e dos interesses econômicos e políticos em jogo, das alianças com o poder público e outros capitais.

Ainda que esse bloco, em conjunto tenha saído como base política principal da mercantilização e da defesa dos interesses privados constituídos, a reestruturação econômica e social da sociedade brasileira dentro guinada definitiva para o neoliberalismo nos anos 90 também traria impactos na dinâmica econômica dos mercados da saúde e da reprodução social como um todo, o que teve impacto na reorganização das frações e forças políticas e suas representações. Isso é expresso, por exemplo, no surgimento de novas organizações representando novas bases sociais constituídas e perda de protagonismo e força política de outras formadas nas décadas anteriores, além de uma crescente multiplicação e diferenciação de interesses.

Diante de uma série de incertezas, conflitos internos e externos e da reacomodação de forças e hierarquias, essa recomposição acontece de formas distintas e tem efeitos políticos e econômicos diferenciados entre os grupos políticos e sociais. Além disso, o estabelecimento de uma democracia liberal diversificou enormemente as possibilidades e arenas de atuação

política e institucional no âmbito do Estado, o que complexifica bastante o processo. Os embates políticos no processo de redemocratização que se desdobram na fase neoliberal, as transformações na esfera da acumulação e a nova arquitetura política e institucional do sistema de saúde refletem a correlação de forças e uma nova estrutura de poder setorial que conseguiu acomodar interesses antagônicos dentro de uma relativa estabilidade durante o período democrático.

Como destaca Bahia (2009), o aparente descolamento entre público e privado expresso no crescimento de ambos, refletem o desenvolvimento de padrões de especialização e complementariedade entre público e privado que tem bases concretas no processo político, com uma renovada articulação de interesses entre Estado, Mercado e Sociedade, que conta com a participação de diferentes segmentos sociais e instituições. Assim, o processo de reconfiguração da oferta, produção e consumo de serviços paralelamente à legitimação do subsistema privado acontece junto da mudança de perfil e composição das coalizões políticas organizadas em torno do sistema de saúde, bem com suas estratégias de atuação. Para a autora "*os conflitos polarizados entre o público e o privado no período pré-SUS foram substituídos por um intrincado jogo de coalizões abertas e móveis disputado em diversas arenas institucionais"*, o que implica na complexificação do processo (BAHIA, 2009).

No modelo assistencial neoliberal, as formas sociais específicas e concretas de segmentação no acesso a bens e serviços de saúde, de concentração de recursos financeiros e assistenciais no topo da pirâmide social levaram à conformação de padrões assistenciais e de consumo em saúde extremamente diferenciado entre classes sociais. Isso se relaciona diretamente com o processo de mercantilização da saúde que foi não apenas aceito, mas estimulado pelas políticas públicas do período neoliberal e, em última análise, legitimado e reproduzido dentro da estrutura de poder setorial. Nesse sentido, o processo de *acumulação* (geral e setorial) e o processo de *segmentação* estão intrinsicamente articulados, são partes indivisíveis.

Diante disso, é necessário compreender as transformações no Estado e nas políticas públicas junto das mudanças nos mercados, na organização dos interesses e nos padrões de atenção à saúde ligados ao modelo assistencial. Para uma análise mais completa da economia política do setor saúde e do modelo assistencial neoliberal, é imprescindível compreender as dinâmicas políticas, econômicas e sociais que possibilitaram a atualização das bases da segregação, da acumulação, na dependência e das práticas de saúde mercantilizadas.

8.4.1 As décadas de 1980 e 1990

Um primeiro fato notável dos anos 80 e 90 é a grande expansão da demanda por planos e seguros de saúde. Ainda que a ausência de dados confiáveis sobre este mercado neste período seja um problema reconhecido (Bahia, 1999), estimativas apontam que no fim da década de 70 havia cerca de 5 milhões de clientes, em 1990 já passavam de 30 milhões chegando a cerca de 38 milhões de brasileiros em 1998, ou cerca de 24,5% da população (ANDREAZZI; KORNIS, 2003), proporções relativamente similares à estimada por Bahia (2001). Entre 1987 e 1998, houve um crescimento significativo da quantidade de empresas de 483 para 1.396 o que indica uma tendência de multiplicação dos negócios e ampliação do empresariamento. Todas as modalidades expandiram sua clientela, com destaque especial para a expansão das seguradoras e cooperativas (Bahia, 2001). Também expressiva foi a evolução do faturamento das empresas de planos e seguros de saúde e dos preços dos produtos praticados (MÉDICI, 1992; BAHIA, 1999, 2001; ANDREAZZI; KORNIS 2003)

Nos anos 80, entre as explicações para este aumento, consideramos que o motor fundamental da expansão e da *autonomização do setor privado* está na própria rearticulação das empresas empregadoras com as empresas médicas, que progressivamente generalizam uma nova lógica de articulação política, econômica e ideológica entre trabalhadores, classes capitalistas, medicina e Estado. A opção *ativa* dos setores capitalistas nacionais pela adesão aos planos e seguros de saúde para seus funcionários, sob a promessa de assistência de qualidade diferenciada, liberdade de escolha e ‘proteção’ da força de trabalho frente à precariedade do setor público, é um fator destacado por diversos estudos. Assim a consolidação dos planos de saúde foi impulsionada principalmente pela demanda das empresas empregadoras (MENDES, 1993, BAHIA, 1999, MENICUCCI, 2006).

Esta espécie de aliança para oferta de assistência médica privada sem o intermédio direto do Estado ocupou o espaço aberto pela crise fiscal e de legitimidade da medicina previdenciária, pela crise econômica e o tumultuado processo de extinção do Inamps, universalização e descentralização. O modelo adquire autonomia na medida em que estabelece um regime de financiamento baseado majoritariamente nos aportes dos empregadores e empregados, que passam a ser geridos pelos planos e seguros de saúde. Por sua vez, estes ganham escala e passam a influir de forma decisiva na conformação da oferta e da demanda por serviços e saúde, tanto no setor público como no setor privado. A participação política dos trabalhadores na gestão e decisão sobre utilização dos fundos, que já havia sido quebrada na ditadura, mantém-se praticamente nula, com exceção das autogestões majoritariamente vinculadas aos funcionários públicos.

Ao mesmo tempo, esta configuração ganha a simpatia dos setores ligados às finanças, hegemônicos no novo bloco no poder e da área econômica de diferentes no fim dos anos 80 e principalmente a partir dos anos 90, que veem no mercado ascendente a possibilidade de uma 'modernização' alinhada às diretrizes gerais de implementação do neoliberalismo, dentro da ideia de que o Estado deveria ater suas ações aos segmentos mais pobres e aos preceitos da desregulamentação e internacionalização dos mercados. Todavia, com exceção das seguradoras, não havia relações mais orgânicas das empresas da saúde com o setor financeiro e o capital estrangeiro.

A ampliação da demanda por planos e seguros de saúde se estendeu das grandes indústrias do Sudeste às de médio porte, empresas de outros ramos e regiões, às associações e sindicatos de servidores públicos, profissionais liberais e famílias de alta renda, incluindo aqueles que antes pagavam "por fora" (BAHIA, 1999; BAHIA, 2016a). O movimento sindical por um lado manteve o apoio formal à proposta do SUS (especialmente a CUT), mas progressivamente as reivindicações por ampliação da assistência médica privativa se consolidou dentro das pautas de negociações e acordos coletivos, especialmente a partir dos anos 90 e muito fortemente nos anos 2000 (TEODORO, 2018).

Nota-se que há não apenas um desmantelamento do padrão de cooptação das políticas previdenciária, no qual as demandas dos trabalhadores eram incorporadas pelo Estado com forma de atenuar os conflitos sociais. Essa generalização dos planos de saúde representa o estabelecimento de um novo padrão, no qual as demandas econômicas por maiores níveis de reprodução dos trabalhadores são destinadas ao empregador e ao mercado, ao mesmo tempo em que se mantém e se atualiza a estrutura segmentação sócio-ocupacional da medicina previdenciária. A regulação das demandas por assistência à saúde através do mercado de planos e seguros de saúde e do mercado de trabalho é, sem dúvidas, um traço constitutivo do modelo assistencial neoliberal.

Este apontamento ajuda a delimitar a separação formal e institucional entre as demandas democráticas por *garantia de direitos, inclusão, reconhecimento e participação,* destinadas ao SUS e à esfera do direito à saúde, e as demandas trabalhistas e distributivas pela *ampliação do salário indireto* e por *padrões de consumo individuais, familiares e corporativos mais elevados e diferenciados*, destinadas aos empregadores e ao mercado, na esfera do direito trabalhista e principalmente do consumidor.

Também tem grande destaque a mudança de postura do Estado, saindo do regime de subsídio direto à oferta, para subsídios indiretos à oferta e a demanda, que incentivam e apoiam este processo de reorganização (MÉDICI, 1992, BAHIA, 1999, BAHIA *et al.*, 2016a),

mas com mais intensidade a partir de meados dos anos 90. Nos anos 80 houve uma restrição dos mecanismos de abatimento de "despesas médicas" no imposto de renda de pessoas físicas, que até 1986 eram integralmente abatidos, mas sem incluir as despesas com planos de saúde. Estes foram limitados a 5% dos rendimentos em 1988 em seguida foi retirada a dedução no imposto de pessoas jurídicas de 7% para os gastos com saúde dos funcionários (MÉDICI, 1992).

Nesta década destacou-se a permissão de que as despesas das empresas empregadoras com planos fossem incorporadas em suas despesas operacionais, isto é, que fossem socializados os custos de reprodução da força de trabalho, repassados através dos preços dos produtos e mercadorias (MÉDICI, 1992). Isso também foi relevante em um contexto altamente inflacionário, no qual as empresas de planos de saúde puderam se valer da aplicação de suas receitas para obter retornos financeiros (BAHIA, 2013). Também teve destaque a regulamentação do seguro saúde pela Susep e a inscrição das despesas com planos de saúde de funcionários públicos no orçamento do Estado, que ajudou a legitimar e financiar uma parte significativa do mercado (BAHIA, 2016a).

No padrão estabelecido, os custos da inflação dos produtos e serviços de saúde e da modernização dos padrões de consumo poderia ser progressivamente repassada aos clientes, na medida em que não havia regulação de preços e mensalidades, sendo o limite a própria disposição dos empregadores em aumentar suas contribuições, com os clientes tendo muito pouco poder de contestação aos reajustes. Isso vai vigorar durante todo os anos 90, sendo fragilmente regulado pela ANS a partir dos anos 2000. O incremento dos custos, quando transferidos para os financiadores, especialmente em contextos econômicos favoráveis, acabam sendo positivos para ampliação de receitas e escala das empresas de planos de saúde, ainda que possam gerar tensões pelo aumento da sinistralidade e redução das margens em momentos de crise. Ao mesmo tempo, permitem persistência de traços fundamentais do modelo médico assistencial privatista, preservando certa liberdade de escolha e autonomia médica, alta utilização de insumos e tecnologias, hiperespecialização, estímulo ao consumo, foco no atendimento individual e curativo.

Todavia, isso não significa que mecanismos de ampliação de margens através da redução de custos não tenham ganhado força e se consolidado, especialmente a partir dos anos 90 quando o ritmo de expansão da base de clientes diminui (Bahia, 1999; Bahia, 2001; Andreazzi e Kornis, 2003). Entre alguns exemplos, destacamos a exclusão de clientelas por idade e condições pré-existentes (seleção de risco); diferenciação da oferta por capacidade de pagamento e posição sócio-ocupacional, com padrões distintos de cobertura, rede assistencial

e lucratividade; negação de coberturas e barreiras de acesso para serviços, exames e procedimentos, especialmente de alta complexidade, que poderiam sempre ser encaminhados para o SUS, como espécie de "resseguro"; o controle mais acirrado da remuneração de prestadores e médicos. Nesse sentido, configura-se um mercado repleto de falhas como *risco moral, seleção adversa, assimetria de informações*, entre outros.

Por outro lado, para os prestadores privados do INAMPS as mudanças dos anos 80 trouxeram grandes restrições e estimularam a uma mudança forçada mas bases econômicas e financeiras do negócio: foram retirados os investimentos públicos em serviços privados através do FAS; revertidos os incentivos à produção de serviços, com grande redução dos repasses do INAMPS ao setor contratado e crescente destinação dos recursos para os convênios de governo nos níveis estaduais e municipais; defasagem dos valores da tabela do INAMPS, corroída pela inflação e pela insuficiência dos reajustes e compensada pela liberação de pagamento complementar por usuários. Isso levou a uma série de práticas de fraude, boicotes das empresas médicas, discriminação no atendimento (favorecendo as classes altas e os convênios com planos de saúde) e queda da qualidade dos serviços (MÉDICI, 1992).

Na prática, os preços "complementares" se tornaram praticamente idênticos aos dos praticados no mercado, o que estabelece uma espécie de *autorregulação* e uma corrida aos convênios privados. Isso se agrava após a Constituição, com a proibição do pagamento "por fora" e preferência pela contratação de prestadores sem fins lucrativos, o que gera resistência dos prestadores em aderir ao atendimento universal, à municipalização e a substituição dos antigos contratos firmados com o INAMPS (MÉDICI, 1992). Posteriormente isso vai se institucionalizar a partir da chamada "dupla porta", onde hospitais separam instalações distintas para pacientes do SUS e de planos dentro de hospitais filantrópicos e até mesmo estatais.

Os hospitais privados e filantrópicos e prestadores privados perderam posições em relação à medicina previdenciária, mas mantiveram relativa autonomia, se tornando prestadores tanto do SUS quanto do privado, disputando credenciamentos e convênios, enquanto os mais modernos, especializados e fidelizados entre os segmentos de alta renda cresceram e se sustentaram a partir dos planos como fonte principal de financiamento. Em conjunto estes movimentos conformam uma situação nos anos 90 na qual, por um lado, os hospitais prestadores têm nos planos de saúde o referencial de preços e remuneração, ainda que em constante embates contra as estratégias de contenção de custos, restrição da rede e controle do modelo assistencial pelas operadoras. Por outro, a defasagem dos valores pagos

pelo SUS através do sistema AIH levam a uma série de tentativas de compensação de perdas, seja buscando se adaptar de forma subordinada para atender ao mercado de planos de saúde, seja demandando novos subsídios fiscais, refinanciamento de dívidas, crédito a juros diferenciados e outros incentivos, com suporte expressivo do BNDES. Esses novos incentivos, todavia, ganhariam maior destaque a partir da segunda metade dos anos 90 e principalmente a partir da década de 2000 (BAHIA; SCHEFFER, 2018; OCKÉ-REIS, 2018).

No âmbito da representação, os grupos ligados à Fenaess inciaram um movimento de desmembramento e rompimento com a CNC, almejando constituir uma confederação própria dos prestadores privados. A Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços de Saúde (CNSaúde) foi fundada em 1994 e conseguiu junto ao STF em 2001 autorização definitiva para atuar como confederação patronal sindical superior dos estabelecimentos e serviços de saúde no Brasil, privados e filantrópicos. Ao longo da década, também ajudou a fundar uma série de novas entidades locais. Entre os prestadores permaneceu na década de 90 as múltiplas representações, com FBH e CMB tendo um papel mais proeminente, mas com consenso sobre a importância da multiplicidade de entidades (BRAGA, 2018). Por outro lado, no decorrer dos anos 90 os prestadores vão fortalecer sua atuação junto a secretarias de saúde, governos e elites locais na medida em que passaram a ser contratados dos governos estaduais e municipais, além de se organizarem para incidir mais intensamente sobre legislativo e o judiciário (BRAGA, 2018).

Apesar do modelo de negócios e as bases financeiras terem sido profundamente modificadas, os hospitais mantiveram autonomia para reafirmar os eixos centrais do modelo médico assistencial privatista, que se mantém em grande medida, inclusive nos hospitais do SUS. De um lado, evita atrelar os repasses de recursos públicos por produção (AIH) à padrões assistenciais pré-definidos, critérios de qualidade e resultados clínicos, sem controle de incorporação de tecnologia – mantendo firme a separação entre financiamento público e provisão privada e a submissão aos padrões tecnológicos e de acumulação das indústrias de insumos e equipamentos. De outro, resiste às tentativas de constrangimentos financeiros e adoção de novos padrões assistenciais impostos pelas operadoras, mantendo o poder clínico e gestor do médico sobre o hospital. Essa reafirmação da autonomia médica, por exemplo, na regulamentação dos planos de saúde, como veremos adiante.

O quadro de restrição financeira e deterioração dos serviços públicos também marca o distanciamento do movimento médico da reforma sanitária, na medida em que passa por uma guinada corporativa frente às mudanças no mercado de trabalho nos anos 80 (crise no setor público e crescimento das alternativas privadas) e a crescente penetração da ideologia

neoliberal (GERSCHMAN, 2004; CAMPOS, 1992). Se nos anos 80, a categoria médica se opunha ao assalariamento e aos modelos mais mercantilizados das empresas médicas, vai mudando de posição até aderir à ideologia médica neoliberal na medida em que consegue preservar parte importante de sua autonomia (no hospital, no consultório, na cooperativa, na relação com a clientela, meios de trabalho), ao mesmo tempo em que se tornam pequenos e microempresários, sócios e parceiros do próprio modelo privado de assistência médica à classe trabalhadoras e das empresas produtoras de insumos e tecnologias, combinando múltiplas fontes de financiamento e vínculos empregatícios, mas menos liberdade para negociação de honorários. Também aceitam a intervenção do Estado nas questões coletivas, de saúde pública e de atenção dos setores carentes, porém preservando as necessidades individuais no campo da livre escolha e da iniciativa privada (CAMPOS, 1992).

Assim, mais do que os subsídios para a conformação do mercado, extremamente relevantes, o que marca a posição do Estado, especialmente o nível central, frente à reorganização do mercado é justamente a permissividade e o afastamento do financiamento e da organização da oferta. Mesmo quando essas funções são relativamente retomadas em meados dos anos 90, observa-se uma tendência marcante do período neoliberal: o poder público tende regular *a posteriori* o avanço da mercantilização no mercado de planos e serviços de saúde, seja para corrigir falhas, problemas ou conflitos decorrentes das transformações, seja para ajustar, apoiar, consolidar e legitimar padrões de acumulação e de assistência à saúde estabelecidos. Essa "livre" formação do mercado e de uma certa cultura de *empreendedorismo médico* permitiu a constituição de uma série de mecanismos que seriam as bases dos modelos de negócios e do processo de acumulação, altamente articulados com o processo de reestratificação e diferenciação da assistência à saúde entre classes sociais.

Estes processos constituíram um padrão de especialização público/privada do financiamento e da provisão que produz e reproduz uma série de assimetrias estruturais: há uma forte concentração de recursos financeiros (o gasto *per capita* daqueles tem planos de saúde é mais que o dobro dos que usam o SUS); humanos (profissionais de saúde mais bem remunerados do setor privado, mantendo na maioria das vezes duplo vínculo, levando a má distribuição regional e escassez de mão de obra no setor público); tecnológicos (parte importante dos equipamentos de diagnóstico e terapias específicas são majoritariamente utilizados por fontes privadas, e se concentram em regiões mais ricas) e assistenciais (consultas, internações, medicamentos, realização de exames) nos segmentos usuários de planos e seguros de saúde, além de uma distribuição regional de recursos, extremamente desigual.

Após a constituinte, todavia, progressivamente foram emergindo pressões para regulamentação do mercado de planos de saúde de diferentes setores sociais, o que mostra que apesar dessa fração ter se beneficiado economicamente da nova configuração, seu poder político não era ilimitado e a direção do processo de modernização não estava totalmente sob seu controle. Já no final do governo Sarney, ficava cada vez mais notável o papel da área econômica, especialmente a Superintendência de Seguros Privados (Susep) vinculada ao Ministério da Fazenda, que facilitou a entrada de grandes seguradoras no mercado ainda nos 70, defendeu a via "modernizante" das empresas médicas e seguradoras nos anos 1980 (CORDEIRO, 1984), regularizou a atuação das seguradoras e suas relações com prestadores em 1989, tentou emplacar no Governo Collor uma agenda de regulamentação do setor incorporando para si a responsabilidade sobre o conjunto do mercado, de alargamento das atribuições do seguro saúde e abertura ao capital estrangeiro, propostas mais alinhadas à agenda de liberalização e internacionalização (BAHIA, 1999).

Por outro lado, a agenda de modernização neoliberal da Susep encontrou resistência da Abramge e dos prestadores privados, que temiam os impactos da entrada indiscriminada de capital estrangeiro e das seguradoras nos seus modelos de negócios. Nos governos Collor e Itamar proliferaram-se ações judiciais contra planos de saúde apoiadas no código de defesa do consumidor, aparecem as primeiras propostas parlamentares de regulamentação do setor e se consolida uma aliança entre as entidades médicas, de defesa do consumidor e de portadores de patologia em torno da livre escolha de procedimentos (dos médicos e clientes) e da garantia de coberturas, englobando também denúncias de preços abusivos, negação e interrupção de atendimentos. A partir do governo FHC, por um lado configura-se um forte intervencionismo do Ministério da Economia em propostas de modernização do setor e abertura ao capital estrangeiro, e por outro o Ministério da Saúde passa buscar espaço se contrapondo publicamente e apresentando agendas alternativas (BAHIA, 1999) em torno do financiamento público, da saúde da família, da regulação dos planos de saúde, dos medicamentos genéricos, entre outras já abordadas.

Entre as políticas estatais mais relevantes implementados, destacamos três: Em primeiro lugar, na esteira da abertura econômica, financeira e comercial, houveram seguidas tentativas de ampliação da participação de capital estrangeiro (empresas multinacionais, grandes bancos e fundos de pensão) em serviços de saúde, que havia sido vedado pela constituição e pela lei orgânica da saúde. Houve um primeiro passo com a adesão do Brasil ao GATS em 1994, que passou a permitir o financiamento de seguro saúde pelo capital estrangeiro, mas não na provisão de serviços (SANTOS *et al*., 2019). Isso foi legitimado

posteriormente pela lei dos planos de saúde em 1998 (BAHIA, 1999). Em segundo lugar, houve uma ampliação substantivas dos subsídios públicos à demanda - em 1991 houve a liberação para a dedução integral de despesas de pessoas físicas com planos de saúde, odontológicos e de benefício farmacêutico, o que foi regulamentado junto das deduções para pessoas jurídicas através da lei 9.250/95 (BAHIA, 2001; BAHIA 2016a).

Em terceiro lugar, e mais importante, a ação de maior destaque foi a regulamentação do mercado de planos de saúde a partir da Lei 9665/1998, que institui em linhas gerais: exigência de atendimento a todas as doenças; permissão para segmentação por regime de atenção – ambulatorial e hospitalar; fixação de limites de reajustes por faixa etária e vedação da exclusão de idosos; proibição de negação de cobertura em função de agravos pré-existentes; ressarcimento das operadoras ao atendimentos prestados pelo SUS aos clientes de planos; definição de atribuições do Ministério da Saúde e da Susep, concentrando poderes no primeiro (BAHIA, 2001).

A retomada do *lócus* regulatório pelo Ministério da Saúde permitiu que se ultrapassasse os limites da regulação meramente econômica e financeira das empresas de planos e se avançasse na agenda de ampliação e garantia de cobertura e autonomia médica, ainda que sob forte contestação dos setores regulados. A solução para os conflitos foi a criação de uma agência reguladora independente pela Lei 9.961/2000, a ANS, que nasce com a difícil missão de regular e fiscalizar a assistência à saúde dos consumidores de serviços privados, a assistência dos associados a planos e seguros de saúde e as próprias operadoras de planos. Todavia, o padrão regulatório estabelecido não mexeu nas bases sociais do financiamento do mercado ou na regulação das imbricadas relações público-privada altamente influenciada pelos interesses privados e pela configuração dos mercados (BAHIA, 2001).

Nas décadas de 80 e 90 há um crescimento e diversificação das atividades das empresas de planos que atraíram investidores, bancos e seguradoras nacionais e, na década de 90, algumas seguradoras internacionais, mas o predomínio do capital de origem nacional foi preservado e houveram investidas fracassadas de seguradoras internacionais no mercado brasileiro, frustrando as expectativas de rápida internacionalização e introdução generalizada do modelo estadunidense do *managed care* como forma de racionalização (BAHIA, 2016a).

O outro grande segmento capitalista beneficiado no modelo assistencial neoliberal foram as grandes empresas farmacêuticas transnacionais. Até a década de 90, a principal representante dos interesses das indústrias transnacionais foi a Abifarma, que surge a partir de articulação de entidades de produtores e varejistas, como resposta ao controle de preços de medicamentos pelo governo através da criação do conselho interministerial de preços e da

criação da CEME em 1971, visto especialmente pelas multinacionais como ameaças de ‘estatização’. A unidade entre laboratórios nacionais e multinacionais se dissolveu, em primeiro lugar pela orientação nacional desenvolvimentista do governo militar de estimular as indústrias de capital nacional, e em segundo lugar pela mudança de conjuntura nos anos 80 com a crise do regime de acumulação, o desmonte de políticas industriais e protecionistas, pressões pela abertura comercial, liberalização e internacionalização. O domínio das multinacionais e as diferenças entre laboratórios nacionais e transnacionais levaram ao surgimento da Associação Nacional dos Laboratórios Nacionais (Alanac), em 1983 e a Associação dos Laboratórios Oficiais Brasileiros (Alfob) em 1984 a Associação Brasileira da Indústria de Química Fina (Abifina), em 1986. Já em 1990, surge a Interfarma como mais uma representante dos laboratórios transnacionais, com objetivo expresso de promover a reforma na legislação de patentes brasileira, que já vinha sendo alvo de pressão estadunidense desde o fim dos anos 80 (KISS, 2018).

Junto com a implementação da agenda econômica e social dos anos 1990, as empresas farmacêuticas estrangeiras fizeram valer seu poder de classe em diversos episódios, como na liberalização dos preços, das barreiras alfandegárias e tarifárias de importação e na precoce e radical adesão do Brasil ao TRIPS, tratado internacional que ampliou os direitos de propriedade intelectual e marca, impondo uma enorme barreira para que a indústria nacional e os laboratórios públicos tivessem domínio sobre os processos tecnológicos e produtivos relativos ao paradigma biotecnológico, típicos da 3ª revolução industrial. A própria dinâmica de desindustrialização, desestatização e destruição de parte do parque produtivo nacional típica da implementação do neoliberalismo também contribuiu para que indústria farmacêutica de capital nacional e os laboratórios oficiais se reduzissem a uma parte ínfima do mercado, e a produção de insumos químicos e farmacológicos, que já era pequena, assim como os fomentos e incentivos do período militar. A subordinação e a dependência econômica e tecnológica externa do setor farmacêutico, antiga marca estrutural do sistema de saúde brasileiro, são aprofundadas significativamente na primeira metade dos anos 90 com as reformas macroeconômicas e o fortalecimento global do poder das transnacionais, e se mantém em ascensão nos anos 2000 (GADELHA, 2003; QUEIROZ; VELAZQUEZ, 2001; RODRIGUES *et al.*, 2018; KISS, 2018).

Nos anos 90 a liberalização dos preços permitiu um espetacular aumento de rentabilidade do setor farmacêutico, que teve uma estagnação do volume de unidades produzidas e vendidas enquanto o faturamento em dólares triplicou entre 1992 e 1997, ao mesmo tempo em que se estabelecem uma dinâmica estrutural de déficit na balança comercial

de produtos e insumos farmacêuticos (QUEIROZ; VELAZQUEZ, 2001, FRENKEL, 2001). O crescimento do mercado de medicamentos também esteve associado sobrevalorização cambial e a estabilização a partir de 1994. Tudo isso também impulsionou o crescimento das vendas varejo farmacêutico, que já era o principal canal de oferta de medicamentos no Brasil e cristalizou ainda mais alguns elementos estruturais da oferta de medicamentos no Brasil: a preponderância do financiamento e da provisão privada e a regulação predominante liberal sobre o comércio varejista de medicamentos (MATTOS *et al.*, 2021b).

Avanços logísticos e tecnológicos (automação, gestão de estoques, computação) possibilitaram a ampliação de escala e ganhos competitivos pelas redes. Inspiradas nas *drugstores* estadunidenses, estabelecem mudanças na organização interna das farmácias como a introdução do autosserviço, gôndolas e caixas na saída, além da diversificação de produtos. Outros empresários buscaram o associativismo como resposta a tais pressões. Os novos grupos de interesse fundaram novas entidades representativas, como a Abrafarma em 1991, e da Federação Brasileira de Redes de Farmácias Associativistas (Febrafar), em 2000, e se juntaram à da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (Abcfarma), fundada em 1959. Anteriormente, as farmácias eram representadas exclusivamente pela por ela, ligada à CNC, e pelos sindicatos locais do comércio farmacêutico. A Abrafarma passa a ser voz importante contra tentativas locais e nacionais da regulação do varejo de medicamentos, além de apoiar e disseminar as transformações logísticas e tecnológicas inspiradas no mercado estadunidense (MATTOS *et al., 2021b)*

Esse movimento de expansão e liberalização do mercado farmacêutico ao longo dos anos 90 também não se deu sem conflitos, como já visto na sessão anterior. Entre os setores da sociedade civil que se opuseram e passaram a pautar a regulação do mercado farmacêutico estiveram os sindicatos e conselhos de farmácia, entidades de defesa do consumidor, ministério público, parlamentares, movimento de AIDS, setores da tecnoburocracia sanitária e das instituições públicas defensores de uma política nacional de medicamentos. A partir da articulação de Serra com esses setores e com os produtores privados nacionais contra a resistência das transnacionais, institui-se os principais marcos regulatórios, legais e institucionais das políticas de medicamentos no Brasil, que vieram a dar características contemporâneas do mercado de medicamentos.

A regulação estabelecida ao mesmo tempo legitima as transformações dos anos 80 e 90 e busca finalmente dar atenção e orientar à provisão de medicamentos ao SUS, introduz a figura da agência reguladora com a ANVISA, amplia a concorrência e a altera a estrutura do mercado com a introdução dos genéricos. Se por um lado do mercado permitiu uma

reativação da indústria farmacêutica nacional e recuperaram em alguma medida o poder regulatório do Estado, este conjunto de políticas do segundo mandato FHC visavam fundamentalmente corrigir falhas de mercado e disfuncionalidades provocadas pela abertura comercial e liberalização, como os altos preços e as dificuldades de acesso, em um momento em que as principais transformações do *choque* neoliberal já estavam consolidadas – o endurecimento das patentes, o fortalecimento das transnacionais, o aprofundamento estrutural da dependência econômica e tecnológica, o enfraquecimento e diluição do poder de compra do Estado e dos instrumentos políticos de intervenção do MS, na medida em que a Reforma do Estado retira o poder do MS de arbitrar sobre o mercado de medicamentos e planos de saúde ao transferir essas responsabilidades para a ANS e a ANVISA.

A partir de então, o mercado de medicamentos industrializados no Brasil assumiu a seguinte configuração e padrão de especialização: ele é constituído de (1) medicamentos de *referência*, dependentes de inovações substantivas, protegidos por patentes e dominados pelas transnacionais, têm seu processo de difusão baseado essencialmente nos diversos mas diversas estratégias comerciais dos laboratórios sobre a prática e a prescrição médica, entre os quais a figura do representante é responsável por subsidiar o médico de informações, criar relações, oferecer benefícios, amostra grátis, etc. Uma variação dos medicamentos de referência, produzidos pelos mesmos laboratórios são os chamados produtos *me too,* com inovações menores desenvolvidas posteriormente ao medicamento inovador e se apoiam nos mesmos meios de disseminação. Para estes a demanda é inelástica ao preço (FRENKEL, 2001).

Os medicamentos *similares* (2) se originam da cópia do produto inovador, após o encerramento da proteção patentária, guardando as mesmas propriedades químicas e terapêuticas, mas associando a estes uma marca e um nome comercial específico. Sua disseminação se dá tanto na propaganda aos médicos quanto na prática de bonificação das farmácias e balconistas. Isso é especialmente marcante nos *medicamentos isentos de prescrição*. Em vista da limitada capacitação da indústria nacional no desenvolvimento de novos fármacos, o investimento na produção de similares foi uma estratégia muito empregada pelo setor de capital nacional. Os genéricos (3), por sua vez, podem ser intercambiados pelos de referência pelo farmacêutico, a competição por preço é mais acirrada e as farmácias têm maior poder de influência no consumo (FRENKEL, 2001). Estes grupos de medicamentos se tornariam os principais campos de especialização dos produtores nacionais, ainda que também nestes se mantém a competição com as transnacionais.

Nas farmácias, principais canais de comercialização, o rol de especialidades ofertadas é definido de acordo com as estratégias comerciais dos laboratórios e das próprias farmácias, a depender do tipo de especialidade. Atualmente, o faturamento das farmácias é composto majoritariamente por medicamentos de prescrição (referência, genéricos e similares), cerca de 59%; seguido por não-medicamentos (higiene e beleza, alimentos, produtos médicos, conveniência), cerca de 26%; e por medicamentos isentos de prescrição (MIP), 19% (ROCHA *apud* LUIZA *et al.*, 2018).

De forma resumida, o circuito de valorização do medicamento enquanto mercadoria, se apoia predominantemente em uma estrutura articulada de importação de insumos, produção privada nacional/multinacional, prescrição ‘pelos médicos, comercialização privada em farmácias e financiamento privado pelas famílias. Essa estrutura sustenta não apenas a acumulação, mas a geração de necessidades e os padrões de consumo altamente influenciados pelo poder e pelas estratégias de comercialização dos laboratórios e com adesão de médicos e farmácias privadas. Essa estrutura, que não difere muito do padrão estabelecido na medicina previdenciária (CORDEIRO, 1980), seria a base principal da segmentação do acesso e consumo de acordo com o poder de compra individual, disseminação de novos produtos, e consolidação de padrões de consumo extremamente diferenciados entre classes sociais, com baixíssima influência das políticas públicas. O setor público passaria a ter papel relevante no mercado de medicamentos genéricos e, principalmente, biológicos nos anos 2000, cujo padrão de incorporação é diretamente dependente do SUS.

8.4.2 As décadas de 2000 e 2010

Se por um não houveram condições políticas e econômicas para uma integração orgânica do mercado de planos e serviços de saúde privados à financeirização, por outro lado o crescimento de escala e os ganhos elevados, a regulamentação e estabilização do mercado pelo conjunto de reformas institucionais, e o novo contexto político e econômico a partir da eleição de Lula possibilitaram a transição das maiores empresas para um regime de acumulação financeirizado, do qual os planos de saúde seriam os principais protagonistas, mas que também beneficiaram empresas de diagnóstico, redes de farmácias, hospitais privados.

Dados da ANS apontam que havia cerca de 30 milhões de brasileiros (18% da população) cobertos por planos de saúde em 2000, número que cresce progressivamente até o pico de cerca de 50 milhões de clientes em 2014, ou 26% da população. Também há um

grande crescimento dos planos odontológicos, praticamente residuais no início da década – cobriam menos de 3 milhões de beneficiários no ano 2000, mas que chegam a mais de 20 milhões em 2015 (ANS, 2021). Paralelamente, há uma inversão de tendência do crescimento do número de empresas dos anos 80 e 90: a quantidade se reduz de1494 em 2001 para 1.109 em 2015. Também há uma estabilização da sinistralidade em cerca de 80% no período, enquanto as receitas cresceram em ritmo muito superior ao aumento da base de clientes e do PIB. Entre 2001 e 2019, os prêmios pagos aos planos e seguros de saúde saltaram de cerca de R$ 69 bilhões para R$ 223 bilhões em valores correntes, em ritmo mais acelerado que o crescimento do gasto público total em saúde e chegando a quase o dobro do orçamento do MS (ANDRIETTA *et al*., 2021).

A ampliação das receitas esteve fortemente articulada à tendência inflacionária do negócio como um todo: a taxa de inflação acumulada dos planos entre 2000 e 2018 foi de 382%, superior à taxa de inflação geral (208%) da saúde (180% - serviços médicos dentários, laboratoriais, hospitalares e produtos farmacêuticos), e aos rendimentos médios do trabalho. A inflação dos planos foi relativamente próxima das taxas de reajustes concedidas aos planos individuais pela ANS (OCKÉ-REIS *et al*., 2019), ainda que o controle direto de aumentos não se aplique à maior parte dos produtos: planos coletivos empresariais.

Estes movimentos estão profundamente interligados com o contexto mais geral do período governado pela centro-esquerda (2003-2015), de incorporação de setores do movimento social, sindical e setores intelectuais progressistas à estrutura burocrática do Estado, do ciclo de crescimento econômico apoiado no *boom* das commodities, na formalização precária do trabalho e ampliação da renda, do crédito e do consumo, da manutenção dos principais pilares das políticas macroeconômicas e do arcabouço institucional neoliberal e uma intensificação da financeirização da economia e das políticas sociais. E tem reverberações diretas e manifestações específicas na dinâmica sociopolítica do setor saúde.

O crescimento econômico e a criação de empregos formais vieram acompanhados da ampliação da demanda por planos e seguros de saúde por empresas e trabalhadores dos setores de serviço e comercial (TEODORO, 2018), além do crescimento da oferta de produtos de baixa cobertura destinadas às ascendentes classes C e D, para os quais foram ampliadas as ofertas de planos de preços baixos e coberturas restritas para setores anteriormente excluídos, sem de fato ascenderem aos meios tradicionais das classes médias e dos planos de ampla cobertura. que levou a uma revitalização das modalidades de “planos empresariais” e das medicinas de grupo”. Nesse sentido, a mudança na estrutura social brasileira observada no

período lulista de fato contribuiu para o aumento da demanda e o cenário de otimismo impulsionou transações nacionais e internacionais (BAHIA, 2012, 2013).

Todavia, o "momento desenvolvimentista" acionou o gatilho pelo qual a formalização do emprego e a expansão da economia, a princípio indicadores de sucesso da tentativa de conciliar crescimento com redistribuição nos governos progressistas, contraditoriamente impulsionaram a ampliação da privatização e da segmentação do sistema de saúde, na medida em que permitiu a incorporação de novos segmentos no mercado planos de saúde via mercado de trabalho. Isso pode ser observado, por exemplo, quando se compara os dados de variação de beneficiários de planos de saúde *vis a vis* as variações anuais do PIB e do emprego formal. Assim, a articulação entre mercado de trabalho e cobertura de planos e seguros de saúde, que já havia sido estabelecida nos anos 80 e 90, se torna fundamental para a expansão do mercado de saúde suplementar nos anos 2000.

Para além do impulso dado pelo aquecimento do mercado de trabalho, o processo de valorização e ampliação das principais empresas se deu de forma mais intensa e descolada da ampliação da clientela. O ciclo de crescimento das empresas do setor não se explica sem as políticas macroeconômicas que impulsionam as finanças (liberdade dos movimentos de capitais, juros elevados, câmbio apreciado, crescimento da dívida interna, superávits primários, metas de inflação, cortes de gastos sociais), sem a ação política de empresas e empresários e sem cumplicidade e participação ativa das instituições e políticas públicas (BAHIA, 2013).

Em primeiro lugar, o ciclo de crescimento do mercado da saúde seria atravessado pela financeirização. Como já discutido no capítulo 1, e como observaram Hiratuka *et al*., (2016), a tendência de crescente busca de investidores financeiros por ativos do setor saúde, somada a uma expansão das multinacionais do setor, fizeram com que nos anos 2000 e, especialmente após a crise de 2008, houvesse uma tendência estrutural no capitalismo global de crescente financeirização do setor saúde. E isso se manifestou no fortemente no Brasil.

Em segundo lugar, e muito mais importante, a adesão à lógica financeira contou com a participação ativa das maiores empresas dos segmentos de planos de saúde, medicina diagnóstica, varejo farmacêutico e hospitais privados (SESTELO, 2018, BAHIA *et al.*, 2016a; MATTOS *et al.*, 2021a). A financeirização passa a condicionar cada vez mais a concorrência, impulsionando mudanças nos padrões jurídico-organizacionais, de governança, financiamento, propriedade e controle. Gradualmente, as empresas assumem a forma de grandes grupos industriais diversificados e incorporam no centro de suas estratégias aportes

de investidores, operações patrimoniais e mecanismos financeiros para se capitalizar, se expandir ou se vender (MATTOS *et al.*, 2021a).

Nos anos 2000 as empresas expandiram-se por crescimento interno e pelo aumento do ritmo de aquisições de empresas menores, catalisando a concentração e centralização do capital no país. Crescendo dentro das boas condições do mercado brasileiro, tornaram-se atrativas a investidores financeiros e corporativos nacionais e internacionais e buscaram ativamente esta integração visando obter vantagens competitivas. Eventualmente, foram vendidas integralmente por seus proprietários originais, tornando-se subsidiárias de grupos econômico de maior porte; ou venderam parcialmente seu patrimônio (ações ou ativos) a investidores, garantindo liquidez para novos investimentos (SESTELO, 2018; BAHIA *et al.*, 2016a; MATTOS *et al.*, 2021a).

Em ambos os casos se ligam estruturalmente a capitais externos, ampliando capacidade financeira e criando condições para acelerar ainda mais o próprio processo de acumulação. Assim, elevam expectativas de retornos futuros e valorização patrimonial. O ciclo recomeça com a atração de novos investidores, também influenciados pela conjuntura econômica nacional e internacional. Isso também pode ser interpretado como uma *associação orgânica* de frações de empresários médicos e proprietários do setor saúde às frações rentistas nacionais e internacionais. Os principais empresários buscaram como sócios os fundos de investimentos brasileiros e estrangeiros, bancos e empresas multinacionais na empreitada de modernização e expansão dos negócios (MATTOS *et al.*, 2021a). Mesmo que tais empresas se beneficiem da lógica financeira, elas são intermediárias periféricas e subordinadas a um processo ampliado de valorização que se envolvem e são envolvidas em fluxos crescentes de capital entre os mercados brasileiros da saúde e os circuitos financeiros nacionais e internacionais.

Enquanto frações de classe, de um lado, aceitam a inserção subordinada de suas empresas à dinâmica das finanças nacionais e internacionais e aceitam assumir posições mais secundárias na definição das estratégias de negócio, dividindo este espaço com gestores profissionalizados e representantes dos investidores externos. De outro, conseguem alavancar o processo de expansão e acumulação produtiva interna, formando grandes grupos com maior peso econômico e político e impulsionando a rápida valorização do próprio patrimônio. Ou seja, uma das consequências políticas da financeirização foi a convergência e integração, talvez de forma irreversível, de parte importante dos interesses das empresas e empresariado da saúde e do capital financeiro, agora sócios diretos do mesmo negócio (MATTOS *et al.*, 2021a).

Essa integração também se torna uma espécie de blindagem política a qualquer tentativa mais profunda de regulação, já que qualquer medida que afete diretamente o desempenho das empresas ou o mercado como um todo pode colocar riscos e incertezas sobre o processo de valorização, afronta às próprias regras dos mercados de capitais e da previsibilidade de prosperidade esperada por investidores. Este processo também tem uma série de outras reverberações de grande relevância na esfera política (SESTELO, 2018a; MATTOS, 2018; MONTEIRO 2018; BAIRD, 2020; BRAGA, 2018).

Entre eles, destacamos: (a) o fortalecimento e surgimento de novas entidades de representação de interesses privados, refletindo a transformação da composição social das frações de classes proprietárias do setor saúde e de suas interrelações com outras frações capitalistas nacionais e estrangeiras; (b) a mudanças no padrão de atuação política e defesa de interesses, com maior proximidade das empresas e empresários dos núcleos de poder centrais do congresso e do governo, maior capacidade de intervenção em múltiplas esferas institucionais do Estado e do regime democrático; (c) a construção ideológica de novas visões, propostas e agendas sobre o sistema de saúde brasileiro e o papel do setor privado

Do ponto de vista da representação política, alguns exemplos ilustram o fortalecimento das frações mais beneficiadas pela financeirização, pela reorganização do mercado e pela diferenciação de interesses. O nascimento e o crescimento do poder de entidades associativas, englobando representantes de maior peso econômico em cada segmento foram a tônica principal das mudanças, o que também reflete a concentração de mercado. Acontece entre os planos de saúde, com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no varejo farmacêutico com a Abrafarma, entre os hospitais privados lucrativos, com a Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp). Outras entidades relevantes também surgiram no formato de associações. Isso não quer dizer que o peso das demais também não seja também relevante.

O surgimento da FenaSaúde em 2007, entidade associativa reunindo os maiores *players* do mercado de planos e seguros de saúde, indica a diferenciação de um grupo de empresas notadamente integradas à financeirização ou ao próprio setor financeiro, envolvendo bancos, seguradoras, medicinas de grupo nacionais ou de propriedade de transnacionais e fundos de investimentos e as maiores cooperativas médicas. O movimento foi parte de uma reorganização da representação de todo o braço de seguros privados do setor financeiro nacional, deixando com a tradicional representante patronal (FenaSeg - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar) as

funções essencialmente sindicais e concentrando em nova entidades associativas as atividades estratégicas no campo da política, das ações institucionais, formulação, articulação.

Além da FenaSaúde, também foram criadas a FenSeg (seguros gerais), a FenaPrevi (previdência e vida) e a FenaCap (capitalização). A criação da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg) em 2008 conclui este processo. Atualmente, a FenaSaúde representa 15 grandes empresas que incluem as seguradoras, ligadas diretamente a alguns dos principais grupos econômicos do setor financeiro brasileiro (Bradesco, Itaú, Sulamérica); medicinas de grupo, incluindo as gigantes Amil, de propriedade da transnacional estadunidense United Health e NotreDame Intermédica, à época de propriedade do grupo financeiro Bain Capital. Em geral são estes grupos que ocupam os principais cargos de diretoria da entidade. Também estão presentes entre as associadas empresas de planos exclusivamente odontológicos, outras operadoras e seguradoras de médio porte e dois braços empresariais do sistema Unimed (Confederação Nacional de Cooperativas Médicas), a Central Nacional Unimed, que comercializa planos de saúde e a Unimed Seguros.

Se por um lado as maiores empresas se diferenciam das demais na representação, por outro lado isso só foi possível a partir da homogeneização de interesses entre as maiores seguradoras, medicinas de grupo e Unimeds, rompendo a lógica da divisão de interesses por segmentos que prevalecia anteriormente. Em parte, isso se deve ao alinhamento à financeirização como fator de coesão e à própria regulamentação do mercado de planos de saúde e criação da ANS, que tornou todas as empresas operadoras de planos de saúde, independente do segmento (cooperativa, medicina de grupo, autogestão, seguradora, administradora de benefícios, etc) (BRAGA, 2018; SESTELO, 2018a). Destaca-se a mudança em relação à década de 90, na qual as seguradoras e os setores mais orgânicos das finanças do Brasil tensionaram através da área econômica e da Susep por uma modernização dirigida por elas. Na década de 2000, o processo de financeirização se torna minimamente consensuado com as medicinas de grupo e as Unimeds, ainda que isso tenha sido costurado principalmente pelas grandes empresas. A formação da FenaSaúde é uma expressão inequívoca deste processo.

De certa forma, manteve-se a multiplicidade de representações. Algumas medicinas de grupo passaram a fazer parte de mais de uma entidade, outras abandonaram a Abramge. Os planos de autogestão, antigamente representados pela Associação Brasileira de Planos Próprios de Empresas (Abraspe) (BAHIA, 1999), criam a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), mas perdem espaço no mercado. As Unimeds mantiveram

sua importância independente da FenaSaúde, sempre beneficiada de sua vinculação orgânica à categoria médica, proximidade das elites locais e regionais e influência no legislativo junto às bancadas parlamentares da saúde.

A modalidade de "administradora de benefícios", fortemente atrelada à Qualicorp, passa a ser representada pela Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), que foram regulamentadas pela ANS em 2009 posteriormente à expansão da empresa (Sestelo, 2018a). Todavia o fato político principal é o protagonismo que a FenaSaúde passou assumir desde sua criação, assegurando sua dominância sobre as demais entidades de planos de saúde e sua posição de representante dos principais interesses econômicos amalgamados dos empresários da saúde e do setor financeiro, assumindo cada vez mais o papel de fração dirigente no fim da década de 2000.

Entre os prestadores, o protagonismo da CNSaúde cresce a partir dos anos 2000 e atuação destas três entidades (junto de FBH e CMB) passa a se dar de forma cada vez mais alinhada (Braga, 2018). Todavia, o fato mais destacado é a criação da Anahp em 2001, que reunia em sua fundação hospitais privados e filantrópicos de maior porte e densidade tecnológica, voltados principalmente para o atendimento de elites nacionais e locais, de ricos a políticos e presidentes. Entre os grupos associados estão os grandes hospitais filantrópicos paulistas, como Einstein, Sírio Libanês e Oswaldo Cruz, além de hospitais privados de peso como os ligados à Rede D'Or, Mater Dei, Samaritano, além de diversos hospitais privados de peso nos mercados locais de cidades médias. Ainda que estes também tenham permanecidos vinculados à CNSaúde, a criação da Anahp representa um momento de diferenciação de um grupo de hospitais, buscando o fortalecimento interno de seus associados, profissionalização, ampliação da interlocução com as demais cadeias do mercado, associações médicas e instâncias de governo, e defesa de interesses frente às operadoras de planos de saúde, principais fontes pagadoras. A Anahp vai ser fortalecendo na medida em que suas empresas também ganham poder econômico e político ao longo da década, especialmente os grandes filantrópicos paulistas e a Rede D'Or.

Enquanto o movimento de capitalização da Rede D'Or se baseou fundamentalmente dos aportes de fundos de investimentos, os grandes hospitais filantrópicos, em especial, seriam extremamente beneficiados por políticas originadas de setores do movimento sanitário. A combinação entre MS e BNDES construiu aliança com os grandes hospitais filantrópicos através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI) em 2008, financiando vultuosos projetos de prestação de serviços de capacitação de recursos humanos, pesquisas clínicas e biomédicas, avaliação de tecnologias, disseminação de técnicas

de operação e gestão em serviços e assistência especializada voltados para a modernização do SUS.

Através de projetos e consultorias, assumiram papeis que outrora eram exercidos por universidades e instituições públicas, incorporando setores acadêmicos do sanitarismo e se tornando poderosos formuladores e difusores de ideias, verdadeiros aparatos privados de hegemonia[6]. O programa representou um importante impulso financeiro para expansão e diversificação destes hospitais, ampliaram a influência política e técnica destas instituições na elaboração de políticas de saúde e nos próprios órgãos do Ministério, ainda que estejam integralmente voltados para o atendimento das classes altas e elites e dirigidos pelas elites médicas paulistanas, integrantes orgânicas do bloco alinhado à financeirização. Dirigentes destas instituições passaram a influir em indicações políticas e criaram relações diretas com a elite política nacional, incluindo a presidência.

Os hospitais filantrópicos tradicionais, por sua vez, que se aproximaram das oligarquias urbanas locais em função do processo de descentralização, à bancada da saúde no legislativo e a lideranças conservadoras do centrão, mantiveram seus espaços de influência nos órgãos do MS ligados a assistência hospitalar e na ANS, ampliaram seus benefícios fiscais, se beneficiaram das legislações, da constante renegociação de dívidas a juros diferenciados por bancos públicos e, posteriormente, das emendas parlamentares a partir de 2015. Assim, dentro das alianças dos governos petistas e do movimento sanitário, os interesses empresariais se alinharam diretamente às forças políticas que compuseram as coalizões de governo, o que pode ser visto de a partir de diferentes evidências sobre tais relações no âmbito do MS e das agências reguladoras, mas principalmente em outras esferas do executivo e legislativo.

Ao longo dos governos petistas se consolida uma progressiva ocupação de cargos de diretoria e institucionalização por agentes do mercado, notadamente representante de algumas empresas como Amil, Bradesco Saúde e Qualicorp. No governo FHC, a composição da diretoria refletia a força política que o ministro Serra ganhou na regulamentação do mercado, indicando todos os membros e focando as ações no estabelecimento das bases fundamentais da regulação. Durante os governos Lula, as indicações inicialmente são divididas entre indicações dos grupos sanitaristas ligados a diferentes frações do PT, que foram sempre majoritárias, mas representantes do "centrão" passa a sustentar a presença de representantes da Amil entres os diretores, ainda que em minoria (BAIRD, 2020).

---

[6] http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus

Como destacam Bahia (2013), Sestelo (2018a) a própria regulação da ANS incentivou a concentração de mercado ao igualar todas as modalidades de oferta na categoria de operadoras de planos de saúde, tornar o registro oficial na agência e preenchimento de requisitos de solvência financeira obrigatórios, o que garantiu parâmetros técnico-financeiros mais concretos aos negócios, facilitou as transações de compra e venda de empresas e carteiras e impôs barreiras de entrada às novas empresas e aquelas de médio e pequeno porte. Assim, a relação da agência com a concentração e a financeirização, especialmente a partir do segundo mandato Lula, não foi questionada e o processo de expansão das empresas tratados como sinal de maturidade e evolução natural destas.

Além disso, a institucionalidade estabelecida pela agência e correlação de forças nas diretorias refletiu certa ambiguidade relacionada a interiorização de conflitos e tensões do momento pré-regulação. Se de início o discurso do novo ministro da gestão petista indicava o endurecimento do controle dos reajustes, com os sanitaristas na ANS o que predominou foi a orientação de aplacamento dos conflitos, mediante acordos relativos a preços e coberturas e foco na microrregulação que praticamente colocaram fim às polêmicas públicas entre a agência e o setor regulado. A agenda de ressarcimento dos planos de saúde pelos procedimentos realizados por seus clientes no SUS não prosperou, assim como as discussões sobre os subsídios públicos e privados à oferta e a demanda. Assim, os elevados reajustes, a proliferação da coparticipação, de produtos como os planos "falsos coletivos" e modalidades empresariais como a "administração de benefícios" conviveram com uma agenda sanitarista que pregava necessidade de modernização e qualificação dos modelos assistenciais das empresas, que deveriam ser garantir a "integralidade", "promoção da saúde" e "prevenção" previstas no SUS e deixava questões essenciais em segundo plano (BAHIA, 2013).

A partir dos governos Dilma há uma inflexão na composição da agência: os setores sanitaristas perdem poder de indicação das diretorias e o presidente da Qualicorp em pessoa assume a presidência da agência por indicação de Lula, enquanto setores ligados ao PMDB mantém a indicação da Amil. A última vaga foi indicação direta da área econômica. Também a partir de 2010 se intensifica a institucionalização da prática da porta giratória, na qual agentes do mercado (operadoras, seguradoras, cooperativas, grandes hospitais paulistas) ingressam como diretores por indicações políticas ou, ao contrário, diretores saem da agência diretamente para trabalhar nas empresas privadas. O mesmo acontece com a progressiva capilarização e disseminação das relações de agentes do mercado com diretores da ANS. De modo geral, prevaleceu o caráter consensual das decisões da agência dentro da conciliação

das visões sanitaristas e de defesa do consumidor com a compreensão de o mercado deve prosperar (BAIRD, 2020).

Mais importante que reorganização da representação patronal e a influência na ANS foi a proximidade de setores do núcleo duro dos governos petistas de líderes da base de apoio no "centrão", que indicam que havia se constituído uma aliança mais sólida das empresas com o poder. Um dos indícios que sustentam esta hipótese, conforme aponta Monteiro (2018), é atuação de Antônio Palocci (ministro da Fazenda entre 2003-2006, deputado entre 2007 e 2010, coordenador da campanha de Dilma Rousseff em 2010 e ministro da Casa Civil em 2011) junto a Amil, através de consultorias, indicações políticas de cargo na ANS e obtenção de financiamento para campanhas eleitorais. A empresa foi vendida em 2012 para a estadunidense United Health, na maior operação da história do setor saúde no Brasil até então e com consentimento da ANS, além de ter sido doadora das campanhas de Dilma em 2010 e 2014. A presença do empresário Edson Bueno junto dos altos representantes da administração federal passou a ser frequente. Ainda dentro da cúpula petista, a Fundação de Assistência ao Servidor Público (GEAP), responsável pelos planos e seguros de saúde de diversos órgãos públicos, foi transformada em autogestão, passou a ser dirigida por dirigentes sindicais e houve uma tentativa frustrada relacionada à José Dirceu de atribuir à ela monopólio sobre a cobertura de servidores da União e inseri-la na lógica dos fundos de capitalização da previdência complementar (BAHIA. 2013; SESTELO, 2018a).

Mas, mais do que a vinculação a um ou outro agente específico, esse padrão orgânico se estendeu a partir das sistemáticas e vultuosas doações milionárias de planos de saúde para campanhas presidenciais e de parlamentares, de amplo espectro ideológico e partidário, que mostram que a saúde se tornou um dos vetores importantes no processo de barganha política do presidencialismo de coalização (SCHEFFER e BAHIA,2011; 2013; 2015). Os valores reais de doação das empresas saltaram de menos de R$ 1 milhão em 2002 para cerca de 55 milhões em 2014. A Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e as Unimeds doaram valores substanciais para a campanha de Dilma em 2010 e 2014. O PMDB ganhou destaque na articulação de interesses, o que se reflete no financiamento de campanha de importantes quadros, crescente poder nas indicações para ANS, mas principalmente em uma série de medidas legislativas visando beneficiar os planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2015; MONTEIRO, 2018; BAIRD, 2018).

No congresso comandado por Eduardo Cunha, financiado pela Amil, em 2013 apresentou-se a MP 619/2013 convertida na lei 12.873/2013 concedeu mais de R$ 4 bilhões em isenções fiscais ao setor por meio da abdicação de 80% da arrecadação com PIS/Cofins,

tributos direcionados à seguridade social. No mesmo ano houve uma tentativa de anistia de R$ 2 bilhões em multas, mas que foi vetada pela presidência. Em 2014, o presidente da câmara apresentou a PEC 451/2014 visando incluir como direito constitucional de todos os trabalhadores rurais e urbanos a oferta de planos de saúde pelo empregador, mas que não teve andamento nos anos seguintes (BAIRD, 2020; MONTEIRO, 2018).

Finalmente, em 2014, o congresso aprovou Medida Provisória (MP) nº 656/2014 e a presidente Dilma Rousseff sancionou a lei 13.097/2015, de autoria de outro deputado financiado pelos planos, autorizando a participação irrestrita do capital estrangeiro nos serviços de saúde que era vedada pela constituição, completando o ciclo de abertura à internacionalização que havia se iniciado nos anos 90 (SCHEFFER 2015; SANTOS *et al*., 2019). A lei oficializou algo que já vinha acontecendo concretamente nos anos 2000, mas pairava certa incerteza jurídica e temores de restrições legais especialmente aos negócios dos setores hospitalar e de diagnóstico, já que as empresas internacionalizadas vinham ampliando a integração vertical. A indiferença marcou a postura do MS no tema e a medida chegou a ser defendida pelo ministro da saúde do PT (SANTOS, 2018). Posteriormente, revelaram-se acusações de pagamento de propina de Amil e Rede D'Or para Eduardo Cunha para liberação do capital estrangeiro[7], e o envolvimento destas empresas com o poder se tornou centro de diversas denúncias de corrupção (MONTEIRO, 2018; BAIRD, 2018). Essa inflexão seria sucedida, após o golpe de 2016 pelas tentativas na atualização da agenda privatizante em um contexto de crise política e econômica, através proposta de estímulo a planos de saúde de baixo custo e cobertura limitada por via direta do MS (BAHIA *et al*., 2016a).

Neste contexto, no campo da disputa de ideias, todo um conjunto estruturado de propostas oriundas do setor privado também começa a se formar a partir de meados dos anos 2000, buscando introduzir novas ideias "modernizadoras", práticas, valores, culturas e conceitos oriundos do mundo financeiro e empresarial, seja para seus próprios negócios, seja para as políticas públicas. Em primeiro lugar, essa aproximação tem raízes mais profundas no próprio ambiente de negócios que se consolidou ao longo do período neoliberal e envolveu a categoria médica como um todo. Como já visto, a penetração da ideologia neoliberal se expressa, por exemplo, no campo das submissões da prática médica às relações capitalistas, manutenção da autonomia no consultório, no hospital e na clínica, conquista de altíssimos salários a partir da combinação de diferentes fontes de remuneração.

[7] https://oglobo.globo.com/brasil/cunha-cobrou-propina-da-amil-da-rede-dor-por-emenda-em-medida-provisoria-diz-funaro-21816530

O desenvolvimento deste processo vai progressivamente construindo um ideário não apenas de subordinação às relações capitalistas na prática médica, mas na transformação do médico no próprio empreendedor, sócio direto do mercado da saúde em todos os níveis. Consultórios particulares, pequenos hospitais e laboratórios de diagnóstico isolados vão dando lugar à espaços mais próximos da lógica empresarial em clínicas privadas especializadas, hospitais de maior porte, escolas de medicina privada, empresas de diagnóstico, cooperativas médicas, fruto da associação de capitais individuais. Assim, o novo ciclo de capitalização da medicina e a formação de grandes grupos econômicos é apenas a ponta de um processo muito mais estrutural e orgânico de atualização da inserção da categoria médica na dinâmica capitalista setorial como um todo.

Em segundo lugar, a ampliação da escala dos negócios e a consolidação de grandes empresários emergentes implica em um passo adiante, especialmente relacionado às maiores empresas. Nos anos 2000, ocorre a fusão de culturas distintas do "mundo médico" e do "mundo das finanças", que se dá em um ambiente permeado pela "cultura da colaboração", de um discurso mútuo de reforço entre público e privado, expresso tanto por agentes do mercado quanto do Estado (BRAGA, 2018), que se refletiria em praticamente todas as arenas da política de saúde.

Em terceiro lugar, a crescente e orgânica interação de executivos e gestores do mercado financeiro com empresários médicos, seja os proprietários de grandes empresas ou as elites médicas dirigente dos maiores hospitais privados e filantrópicos, foi também foi fruto tanto da profissionalização da governança quanto da integração com fundos de investimentos, dinamizados nos espaços das novas entidades representativas, *think thanks* e escolas de negócios. Deste amálgama surgiram tanto discursos que mesclam a defesa de uma integração mais profunda entre o SUS e o setor privado sob a direção do último, com ampliação dos espaços mercantis na provisão e gestão, portanto sobre as políticas públicas e sobre reformas, quanto discursos sobre as diretrizes e ideais de racionalização do setor e construção de uma autoimagem moderna, crítica das práticas "atrasadas" e das ineficiências do próprio setor.

Isso é introduzido por meio de conceitos pasteurizados como sustentabilidade, responsabilidade social, saúde baseada em valor (*value based healthcare)* que mesclaria eficiência econômica e resultados clínicos, mudanças nos modelos de pagamento e remuneração ainda baseados no pagamento por procedimentos (*fee for service*), reciclagem dos mecanismos de controle de custos na "atenção primária" como racionalizadora da demanda integrada, introdução de modelos verticalizados e uso intensivo de tecnologia da informação (BRAGA, 2018; SESTELO 2018a; LISBOA, 2020). Além, é claro, das sempre

recicladas ideias de que um setor privado pujante “desafogaria” o SUS, de que o investimento privado poderia suprir a escassez de financiamento público, e de que uma maior segmentação, através da criação de produtos com cobertura limitada e com maiores barreiras de utilização, poderia garantir simultaneamente a ‘sustentabilidade’ das empresas e os interesses comuns da sociedade.

De toda forma, por mais que os discursos racionalizadores de reformulação e qualificação dos modelos assistenciais estiveram sempre presentes na boca de planos de saúde, prestadores privados, do MS e da ANS durante o período neoliberal, o fato é que todas as iniciativas foram em grande medida incipientes – o que mostra grande força da categoria médica e dos prestadores privados em manter a autonomia e poder sobre os processos técnicos e econômicos fundamentais das prática médica nos hospitais, resistindo a um maior controle sobre o processo de trabalho e relação direta com os produtores equipamentos e insumos. Dessa forma, modelos de contenção de custos como o *managed care*, modelos de pagamento baseado em resultados clínicos como o *Diagnostic Related Groups (DRG)*, paradigmas assistenciais organizados em torno protocolos clínicos e terapêuticos e da medicina baseada em evidências, disseminação de certificação de qualidade, nada disso prosperou ou foi capaz de reorganizar a relação entre médicos, prestadores e planos privados.

Ainda que estejam distantes da realidade do modelo assistencial, o movimento em torno desses discursos modernizadores pelas empresas refletiu as estratégias de ampliação de hegemonia, executadas de forma articulada por entidades de diferentes segmentos privados da saúde. Em 2008 foi criado um *think thank* ligado às grandes empresas de planos de saúde, o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar – IESS para subsidiar o *lobby* do setor. Nas eleições de 2014, a Anahp a partir de publicação intitulada “Livro Branco da Saúde”, defendeu sua agenda junto aos presidenciáveis. No mesmo ano da liberação do capital estrangeiro do setor saúde, 2015 é fundado o Instituto Coalização Saúde (ICOS) que busca congregar e unificar diversos grupos de interesse (planos de saúde, indústria farmacêutica, medicina diagnóstica, hospitais privados e organizações sociais) em torno da formulação de propostas para o sistema de saúde, defendendo o fortalecimento do livre mercado para “reequilibrar” financeiramente o setor e torná-lo “sustentável”. No mesmo ano é criado o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs), entidade de caráter associativo e de representatividade profissional, dedicada a formação de gestores e executivos que atuam na saúde, no setor público e privado, por meio de educação, de capacitação técnica e de certificação (MATTOS, 2018; SESTELO, 2018a).

Com relação ao mercado farmacêutico, de 2000 a 2015 há uma forte expansão paralelamente ao ciclo de crescimento econômico, ampliação da renda e do consumo. Observa-se a forte ampliação do déficit na balança comercial, fortalecimento dos produtores nacionais impulsionados pelos genéricos e pelo novo arcabouço de políticas industriais e tecnológicas voltadas para o CEIS, que se tornariam uma das principais prioridades das políticas de saúde a partir do segundo governo Lula. (GADELHA *et al.*, 2012). Estes movimentos contribuíram para a consolidação das maiores empresas farmacêuticas nacionais contemporâneas, com a Hypermarcas, Ache, Eurofarma, EMS, entre outras bastante distintas daquelas que chegaram ao final dos anos 80. Houve uma concentração do mercado por fusões e aquisições e as empresas nacionais ampliaram sua participação no mercado de cerca de 30% para cerca de 50%. passaram a deter a maior fatia do mercado de medicamentos no Brasil, enquanto a expansão do mercado fez o país chegar à posição de 8º maior mercado de medicamentos do mundo em 2010 (GADELHA *et al.*, 2012) e o 6º em 2018 (INTERFARMA, 2019). Também tem destaque no período a retomada dos laboratórios públicos, ainda que tenham tido papel secundário na maioria das políticas, sendo voltados principalmente para produzir medicamentos essenciais para o SUS, e, em alguns casos, produtos mais complexos como vacinas, hemoderivados e produtos biotecnológicos.

Reverberando e integrando a ascensão das formulações teóricas *neodesenvolvimentistas* que ganharam espaço na área econômica a partir do segundo governo Lula (PAULANI, 2017a), no setor saúde também surgem proposições sobre a articulação entre *saúde* e *desenvolvimento*, formulada por sanitaristas e economistas heterodoxos e que foi central na agenda do MS, impulsionando uma série de políticas governamentais. A principal proposição é a de que a lógica econômica condicionada pela acumulação, pela inovação e pela dependência externa, e a lógica sanitária, expressa nas necessidades de saúde e acesso universal, devem ser conciliadas através da ação do Estado, visando conjugar saúde, desenvolvimento econômico e social. A promoção e sustentação de uma *articulação virtuosa* entre política industrial e de saúde, entre setores produtivos e o SUS, deveria usar o poder de compra do Estado, a regulação e o financiamento para estimular e induzir a incorporação de tecnologias de interesse sanitário, fortalecendo o Complexo Econômico Industrial da Saúde de forma articulada com os sistemas de inovação. A expectativa era de que isso promovesse simultaneamente o desenvolvimento econômico (associado à criação de valor, emprego, investimento, renda, conhecimento, etc.) e contribuiria para a redução da dependência e ao aumentar a sustentabilidade do SUS, que por sua vez passa a ser visto como motor da demanda interna (GADELHA, 2003; GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

Na prática, a aliança com o setor produtivo nacional em torno de interesses comuns foi operacionalizada politicamente com articulação direta da política de saúde à agenda da área econômica, principalmente através do BNDES e da SCTIE do MS. Nos governos FHC, sem uma política industrial de médio e longo prazo, foram estabelecidos fóruns de competitividade, visando promover a discussão entendimento entre empresários, sindicalistas e gestores públicos. Em 2003, uma das primeiras iniciativas foi a criação do Fórum de Competitividade de Cadeia Farmacêutica, seguido do de Biotecnologia em 2004, como espaços fechados de discussão entre governo e produtores nacionais, que de início focava na produção de remédios a "preços populares" e voltados para assistência farmacêutica básica. A agenda de "ampliação do acesso a medicamentos" do MS seria articulada às diretrizes da Política Industrial, Tecnológica de de Comércio Exterior, que havia elegido o setor farmacêutico como uma de suas quatro prioridades. através desse espaço. Também seriam prioridades do MS o Programa Farmácia Popular e as ações regulatórias de preços pela CMED e sanitárias pela Anvisa. Todavia este primeiro momento é marcado por uma relativa falta de clareza sobre a articulação entre política industrial e de saúde (KISS, 2018).

Em 2004 o BNDES lançou o Profarma, visando fomentar o aperfeiçoamento da cadeia produtiva e adequação às regras da Anvisa, estimular as fusões e aquisições de empresas nacionais para fortalecer as maiores empresas do ramo e competitividade externa, e como consequência ampliar a concentração de mercado, além de fomento a pesquisa e inovação. A experiência do Proforma seria base para uma guinada mais vigoras na política partir do segundo governo Lula, no ministério de José Gomes Temporão. Em 2007 é lançado o Programa Mais Saúde ou "PAC da Saúde", em 2007, que marcaria uma maior proeminência do MS nas diretrizes estratégicas sobre os produtos priorizados pelo financiamento do BNDES, fato inédito na política de saúde no Brasil, e uma ampliação significativa dos recursos de financiamento, que passaram de em média R$ 200 milhões entre 2003 e 2007 e 600 milhões entre 2008 e 2010. Visando articular as ações do MS e do BNDES, criou-se o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GCIS) em 2008, coordenado pelo MS mas articulando mais de 13 órgãos públicos (MS, BNDES, Casa Civil, Anvisa, Finep, Inpi, Fiocruz, laboratórios públicos, entre outros ministérios e instituições), além de um fórum consultivo composto por representantes empresariais privados (KISS, 2018; GADELHA *et al*., 2012).

Do lado do uso do poder de compra do Estado e utilização dos laboratórios. Em 2007 o MS ameaçou a primeira e única licença compulsória sobre a patente do *efavirenz*, medicamento para AIDS cujos preços eram exorbitantes. O medicamento passou então a ser

produzido por um laboratório da Fiocruz. Esse movimento serviu de base para a criação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), lançadas em 2008 e foram sendo aprofundadas de 2009 a 2014 como estratégia de utilizar as aquisições de medicamentos e insumos do Ministério da Saúde para transferência de tecnologias de interesse sanitário estratégico para laboratórios brasileiros, principalmente privados (KISS, 2018). Em 2014, representavam 35% das aquisições federais (GADELHA; TEMPORÃO, 2018). Estes instrumentos foram seguidos e aprimorados pelo Plano Brasil Maior em 2011 e da Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em 2012.

Todos estes movimentos de incorporação de agentes econômicos e frações proprietárias do setor saúde na política pública e nas instituições de Estado provocaram grandes mudanças na apresentação patronal, que se mostrou mais instável que nos demais setores: em 2002 a Abifarma, histórica representante das transnacionais, é desativada e a representação passa a se dar pela Febrafarma, extinta em 2009. Após este momento a Interfarma passa a ser a representante exclusiva deste segmento. Entre os produtores nacionais, em 2001 foi criada a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró-Genéricos) e em 2011 o Grupo FarmaBrasil.

A implementação da regulação de preços pela CMED/Anvisa estabeleceu preços máximos ao consumidor e de venda ao governo, introduziu mecanismos de incentivos aos genéricos, com oposição da Febrafarma e Interfarma (KISS, 2018). Os preços relativamente estabilizados com a introdução dos genéricos e a ação da CMED, mas seguem determinados principalmente pela concorrência e pelas estratégias comerciais da indústria e do varejo, na medida em que o modelo de teto de preços tem sido criticado por favorecer setores regulados, por manter os preços máximos regulados em geral muito acima dos praticados no mercado, por estimular o lançamento de novos produtos descolados das necessidades sanitárias e não conter efetivamente aumentos abusivos (DIAS *et al.,* 2019; MIZIARA; COUTINHO, 2015). Não à toa, a regulação da CMED foi de fato contestada em alguns momentos e não agradou a produtores nacionais e estrangeiros, mas a sua estabilidade também indica que houve um grau de aceitação dado que não sofreu mudanças significativas. É possível que isto também se deva à forte expansão do mercado com um todo regulação e ao fato de mesmo com a regulação os preços tenham permanecido majoritariamente autorregulados e em um patamar elevado.

Todavia a Agência teve que ser ver com setores extremamente poderosos, não apenas do setor farmacêutico. Com relação a este, houveram uma série de resistências relativas à atuação da agência na regulação da propaganda de medicamentos (FAGUNDES *et al.,* 2007; NASCIMENTO, 2007), na proibição da venda de anorexígenos (ALENCAR *et al.*, 2018), na

restrição do rol de produtos comercializado em farmácias e da venda de medicamentos em autosserviço (MATTOS *et al.*, 2021b), além de pressões para redução do período de análise para registro e incorporação de medicamentos, flexibilização da regulação sanitária através do congresso e da AGU (SETA *et al*., 2017). Também foram fortes as pressões em torno dos agrotóxicos, na propaganda e rotulagem de alimentos e da indústria do tabaco (SETA *et al*., 2017).

O varejo farmacêutico foi outro subsetor que se beneficiou diretamente do crescimento do mercado farmacêutico e da financeirização e, em menor medida, das alianças com o poder público. Diversas publicações apontam que entre 2003 e 2013, o faturamento e as unidades vendidas do varejo cresceram em média 14,7% e 9,1%, respectivamente; a quantidade de farmácias aumentou de cerca de 34 mil no início da década 1990 para mais de 50 mil em 1999 e quase 88 mil em 2018, chegando a uma proporção de 4,2 farmácias por 10.000 habitantes, superior à média de todas as regiões do mundo. Apenas no Distrito Federal, o número de estabelecimentos cresceu 350% entre 2000 e 2012 (MATTOS *et al.*, 2021b).

Esta expansão é marcada pela concentração de capital e a ampliação de escala. As quatro maiores redes possuíam entre 93 e 197 estabelecimentos em 1999 e as farmácias independentes representavam 77% do faturamento do varejo. Em 2018, as quatro primeiras redes tinham entre 700 e 1825 lojas. A participação das cinco líderes no faturamento subiu de 16% para 29% entre 2005 e 2012 e a das independentes caiu para 47%, mesmo representando 87% dos estabelecimentos. Em 2018, os membros da Abrafarma chegaram a 43% de participação no mercado e 61% em metrópoles (MATTOS *et al.*, 2021b).

O Programa Farmácia Popular do Brasil, por sua vez, trouxe o varejo farmacêutico pela primeira vez para o centro da política pública. A Abrafarma foi parceira direta do MS na implantação da vertente Aqui Têm Farmácia Popular em 2006, e o financiamento do programa cresceu de maneira exponencial, especialmente a partir da ação Saúde Não Tem Preço em 2010, chegando a mais de R$ 3 bilhões de reais em 2015. Mas, como já abordado, os resultados concretos da inédita aliança têm uma série de questionamentos em torno de sua abrangência, foco e competição com a assistência farmacêutica básica no SUS, com já abordado na sessão anterior e destacado por Mattos (2015) e Luiza *et al*. (2018).

Paralelamente, o ambiente de antagonismos entre as farmácias privadas e os sindicatos e conselhos de farmacêuticos dos anos 90 vai se revertendo, na medida em que a sinalização das grandes de manter a presença do farmacêutico em tempo integral nas farmácias e de introduzir serviços farmacêuticos foram progressivamente aproximando as lideranças das categorias, o que também já se dava via MS no caso do Farmácia Popular. Isso é mais notável

a partir da década de 2010. Em 2014, a lei “farmácia estabelecimento de saúde” proposta pelo campo progressista em 1994 para aprofundar a regulação do comércio farmacêutico no país foi aprovada, mas totalmente desfigurada, após forte pressão da Associação Brasileira de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) junto ao executivo e ao parlamento. A entidade teve maiores conflitos com a Anvisa, e agiu pressionando o Judiciário e no parlamento e revertendo a decisão de 2009 de proibir a venda medicamentos em gôndolas de autosserviço (MATTOS, 2021b).

CAPÍTULO 9 – SÍNTESE E CONCLUSÕES

Esse conjunto de informações nos permite fazer alguns apontamentos mais profundos, para além dos inegáveis avanços proporcionados pelo SUS. Em última análise, os resultados positivos bem como seus limites e contradições estão relacionados à própria articulação da economia política do setor saúde ao conjunto das transformações sociais associadas ao neoliberalismo, enquanto projeto de classe e sistema de acumulação.

Politicamente o caráter inclusivo do SUS expresso na universalidade, integralidade e participação social favoreceu a incorporação, legitimação e reconhecimento pelo Estado de uma série de demandas da sociedade a partir de distintas dinâmicas políticas. Em primeiro lugar, o SUS como um todo, por si só estabeleceu um novo patamar de cidadania, ampliou o acesso gratuito e universal a serviços de saúde de setores sociais anteriormente marginalizados e excluídos do sistema de saúde e impulsionou a modernização dos padrões de consumo, ainda que na prática todos em algum grau tenham sempre que recorrer ao mercado para compensar as falhas do SUS. Sem sombra de dúvidas, isso beneficiou diretamente os mais de 150 milhões de brasileiros que tem acesso à gratuito e universal assistência à saúde, além de todo o conjunto da sociedade com as ações de saúde pública, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros. Do ponto de vista do aparelho estatal, a consolidação de uma institucionalidade técnica, política, federativa e assistencial materializada em todos os estados e municípios e o maior protagonismo do MS também foram avanços em relação à medicina previdenciária.

Em segundo lugar, a existência do SUS e do direito à saúde permitiu que segmentos sociais heterogêneos resistissem a algumas das consequências mais drásticas da implementação do neoliberalismo, possibilitou o avanço sobre ideias mais conservadoras e discriminatórias do setor saúde, além de conquistas concretas dos setores mobilizados, ainda que fossem mudanças marginais e específicas, mas materialmente, simbolicamente e culturalmente relevantes. Isso pode ser considerado reflexo de uma ampliação democrática em relação ao período autoritário, que conseguiu, em certa medida, canalizar institucionalmente demandas sociais, materiais e subjetivas, relativas ao *reconhecimento das diferenças*, à *inclusão de setores marginalizados*, à *integralidade e à equidade*.

Mas, em contrapartida, também tiveram o papel de subsumir à esfera do Estado os impulsos transformadores e a expectativas de mudanças, mesmo quando os ganhos obtidos eram estritamente formais ou institucionais (ocupação de espaços no aparelho do Estado, influência sobre normas infralegais, políticas pontuais, portarias, documentos técnicos,

diretrizes e orientações etc.), pouco efetivos e descolados de bases políticas, técnicas e econômicas de sua viabilização. Estes ganhos não foram capazes de tocar no conflito distributivo setorial de forma ampla, nos interesses de classe constituídos em torno do *modelo assistencial neoliberal* e nos limites do Estado do modelo econômico, se restringindo ao espaço do SUS *possível* e *de fato existente*, dentro da separação ideológica entre "saúde pública" e "saúde privada", das tensões entre universalização, subfinanciamento e focalização. Sob certa de ilusão de controle da sociedade sobre o Estado através da participação, se estabelecem uma série de dinâmicas de *cooptação* e *obtenção do consenso* pelo Estado junto a setores organizados da sociedade, a partir de pequenas contrapartidas, algumas com maior relevância sobre as políticas de saúde, muitas meramente simbólicas, conjunturais ou residuais.

Assim, o SUS viabilizou o *consenso passivo* das classes subalternas, beneficiada concretamente pela universalização, ainda que com um sistema público limitado frente às necessidades de saúde, as demandas acumuladas e inscrito nos limites políticos e econômicos da hegemonia financeira e do neoliberalismo. E conquistou o *consenso ativo* das principais lideranças políticas e sociais de toda a sociedade, desde os setores que eram contra hegemônicos nos anos 80 até o empresariado da saúde e o conjunto das classes dominantes e do Bloco no Poder.

Entre 1988 e 2002 há uma série de reformas e embates que giraram em torno do período de "choque" e da correção de suas distorções. Após a vitória na constituinte, o programa reformista sofre duas grandes derrotas com a expulsão de seus quadros das estruturas do Inamps, a derrota de Lula. De início há um fechamento e rejeição do MS e do governo federal em relação à implementação do SUS. Progressivamente, a partir de Itamar, o MS vai se tornando mais susceptível às pressões de setores da sociedade e vai se abrindo ao diálogo e construção de políticas e alianças junto a secretários de saúde, setores da burocracia do MS, setores técnico e acadêmicos, representantes de outras entidades da sociedade civil, dos prestadores e produtores privados, corporação médica, instituições públicas, Banco Mundial, parlamentares etc. Os sanitaristas se voltam para a implementação SUS, os espaços burocráticos no MS, em secretarias de saúde.

Isso tudo culmina, especialmente a partir do segundo mandato FHC, em um processo que estabeleceu as reformas mais significativas no período analisado, uma verdadeira *regulação* do modelo assistencial neoliberal paralelamente à *reforma do Estado*. Simultaneamente, atende e acomoda diversas demandas dos *perdedores* da fase de choque, adequando e estabilizando toda a estrutura de poder setorial e garantindo maior legitimidade

para o SUS e para o neoliberalismo, na medida em que a institucionalidade estabelecida consegue enquadrar as forças políticas que deram impulso à universalização nos limites do Estado, da democracia e na ordem econômica e social estabelecida. As ações se concentraram, por exemplo, na regulação do mercado farmacêutico e de planos de saúde, na regulamentação e estabilização do financiamento, da implementação da descentralização (NOB-96) e da atenção primária, incorporação de demandas específicas da sociedade civil (HIV/Aids, Reforma Psiquiátrica, Saúde Indígena) e na reforma do Estado (introdução das OSS, Lei de Responsabilidade Fiscal, criação das agências reguladoras etc.).

Ironicamente, tais mudanças só foram possíveis em um dos raros momentos no qual houve condições políticas específicas para um enfrentamento do MS contra algumas das diretrizes da área econômica hegemonizada pela ortodoxia. Ou seja, diante da incapacidade do Bloco no Poder em reunir e unificar o bloco político de sustentação ao *modelo assistencial neoliberal* em torno de um projeto, a regulação do modelo assistencial neoliberal passou por concessões a diversas segmentos da estrutura de poder setorial, mais ou menos prejudicados pelas políticas de choque, vitória *contra* diretrizes mais radicais de liberalização, internacionalização e privatização.

Assim, nos anos 2000 o SUS já está consolidado como um grande consenso nacional, apoiado e defendido pelos segmentos políticos e sociais distintos, heterogêneos e até antagônicos, reunindo desde aspirações socialistas e democráticas até a defesa de um sistema de saúde focalizado para pobres. Na estrutura de poder setorial, diversos setores contribuíram de uma forma ou de outra para uma regulação tipicamente neoliberal do sistema de saúde, sendo que foi justamente da articulação de distintos grupos de interesses da sociedade civil sob a liderança do MS que se implementa essa reforma. Muitos destes grupos passariam a integrar com frequência cargos técnicos e de confiança em diretorias e secretarias do MS.

Isso ganha nova escala nos governos petistas. Com o MS sob comando de lideranças históricas do movimento da reforma sanitária a ocupação dos espaços institucionais se amplia significativamente, ao mesmo tempo em há uma aceitação, expansão e consolidação da institucionalidade neoliberal estabelecida, com mudanças majoritariamente incrementais ampliando escopo e abrangência de programas anteriores, criando novos (Farmácia Popular, Urgência e Emergência, Saúde Bucal). Se no primeiro governo Lula as expectativas de priorização da reforma sanitária dão lugar ao apaziguamento dos conflitos e a aproximação entre gestores públicos, lideranças do movimento sanitário e setores empresariais. A partir do segundo a principal prioridade passa a ser a articulação da agenda do setor saúde à agenda desenvolvimentista através de políticas tecnológicas e industriais. Como veremos adiante,

para além da tentativa limitada de promover uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, o momento seria marcado por crescentes alianças do MRSB e dos governos petistas com distintos setores empresariais. Enfim, a paz social neoliberal e a hegemonia na sua forma bruta.

Concordamos com Paim (2008, 2018a, b), Dantas (2017, 2018), Silva (2018), Bahia (2018) e Bahia e Scheffer (2018) que estas alianças não só foram incapazes de transformar as bases regressivas do sistema de saúde, legitimaram a mercantilização, se descolaram dos horizontes estratégicos socializantes do projeto original de reforma sanitária tornando a "democracia" e reforma administrativa do sistema um fim em si mesmo. Também foram atravessadas pelo *transformismo* de diversas lideranças, seja pelo cooptação pelo aparelho do Estado seja pela conversão ao neoliberalismo. Além disso, a priorização da via institucional tornou frágeis as bases de apoio da reforma sanitária, centrada sobretudo e instituições acadêmicas, na tecnoburocracia sanitária, nos secretários de saúde. A despeito dos ganhos inegáveis, que refletiram a ampliação democrática como um todo, essa coalizão teve limites claros na implantação pragmática do SUS e foi absolutamente insuficiente para impulsionar transformações estruturais mais profundas, se tornando também agentes da hegemonia e da revolução passiva.

Entre os problemas e entraves políticos estruturais consolidados nesse período, fortemente condicionado pelos determinantes mais gerais associados ao neoliberalismo, destacamos: o (1) o subfinanciamento limitou concretamente as possibilidades de ampliação da oferta pública, especialmente os serviços públicos de administração direta; (2) a Reforma do Estado, que consolidou as concepções de Estado regulador, a separação das funções de financiamento, provisão e gestão, definiu os principais contornos institucionais do SUS, retirou do MS a possibilidade de intervenção no mercado de medicamentos e planos de saúde, restringiu as possibilidades fiscais (LRF) dos estados e municípios em financiar ampliação do quadro servidores públicos e serviços de administração direta, disseminou e naturalizou de diversas formas de parcerias público-privado e introduziu modelos e técnicos e gerenciais neoliberais (como as OSS) como solução para aumentar a eficiência em um contexto de restrição financeira permanente; (3) a insuficiência dos instrumentos técnicos e normativos infralegais em promover mudanças substantivas e a incapacidade dos mecanismos gerenciais e institucionais desenvolvidos para direcionar a oferta de bens e serviços para as necessidades de saúde, reduzir a fragmentação, regular os prestadores privados do SUS, seja nas suas práticas assistenciais internas, seja na sua dimensão econômica e operacional; (4) o relativo isolamento das arenas políticas relacionadas à descentralização, essencialmente intraestatais,

dos demais temas relevantes no conflito distributivo setorial, como o mercado de medicamentos e de planos e seguros de saúde, paralelamente às relações orgânicas dos secretários de saúde com as elites médicas e políticas locais, na medida em que as práticas clientelistas descem do Inamps para as secretarias, dado o caráter essencialmente político destes cargos; (5) dificuldades de planejamento nacional diante do caráter focalizado e setorializado de diversas políticas e da enorme fragmentação institucional; (6) neutralização e apassivamento dos movimentos sociais no controle social e no aparelho do Estado.

Apesar de neste contexto o papel do MS se mostrar essencialmente restrito, suas funções políticas foram múltiplas e especialmente relevantes na dinâmica sociopolítica, para além da implementação do SUS. Em primeiro lugar, na estrutura de poder setorial, esteve em geral submetido as diretrizes gerais da presidência e da área econômica, que ditam as estratégias macroeconômicas gerais em diferentes conjunturas e os limites financeiros gerais das políticas sociais e da alocação do fundo público. Nos anos 90, teve papel fundamental na "reforma da reforma", reunindo interesses diversos, regulando e legitimando o modelo assistencial. Nos anos 2000, as políticas de governo do MS se alinharam diretamente à estratégia desenvolvimentista, mas sem alterar o arcabouço jurídico institucional neoliberal.

Ao mesmo tempo, se mostrou bastante efetivo como filtro de seletividade estrutural. O controle social, a descentralização e expansão da atenção primária foram consentidos e estimulados pela agenda de Reforma do Estado, e permitiram uma enorme ampliação participação da sociedade civil em conselhos e conferências, mas seus poderes eram extremamente limitados em promover mudanças concretas no modelo assistencial, ao mesmo tempo em que matinha diversas pautas e atores sociais distantes dos conflitos distributivos mais amplos. Quando estas ferramentas não eram suficientes para conter as demandas, o próprio aparelho burocrático da saúde incorporou várias proposições dos setores mais organizados da sociedade através da formalização de políticas e normas, seja por vontade própria ou imposição política, e os próprios quadros dirigentes dos setores mais progressistas, mas novamente, acomodando as tensões com os interesses hegemônicos. Mais do que isso, o próprio espaço do Estado e, especialmente o MS, foi fundamental para amalgamar e pacificar interesses incialmente conflitantes.

Se por um lado estes mecanismos ajudam a explicar a relativa estabilidade e consenso em torno das linhas gerais do sistema de saúde e do SUS, também é interessante notar que a mudança de hegemonia no setor saúde cristalizada principalmente a partir do primeiro governo Dilma demonstrou que o que era aparentemente sólido politicamente e institucionalmente, também podia se desmanchar. Com os desdobramentos da crise

econômica, política e social que irrompe no Brasil em meados nos anos 2010, diversos setores conservadores ganharam influência e passaram a disputar políticas setoriais e espaços institucionais. O movimento sanitário foi expulso do MS ainda em 2015, e o cargo de ministro perdeu o prestígio dos governos do PT e do PSDB, e a direção do ministério passou a ser negociada em barganhas com o centrão e os setores emergentes A partir do golpe, que contou com o apoio decidido da frente parlamentar da saúde, de grupos religiosos e das entidades médicas, abrem-se as disputas entre interesses conservadores, reformistas neoliberais ou puramente mercantis em torno da construção de uma reforma silenciosa no SUS visando adequá-lo aos tempos de austeridade fiscal e financeirização. O caráter antidemocrático do projeto ganharia outro patamar com a eleição de Bolsonaro, que fatiou o ministério entre estas diferentes facções e posteriormente empreendeu uma cruzada de destruição da institucionalidade pública do SUS na pandemia de Covid-19 (MATTOS, 2019; SESTELO *et al.*, 2020).

Estes desdobramentos da história despertam reflexões sobre a própria estratégia de classe do movimento da reforma sanitária, que tendeu a supervalorizar a democracia como objetivo último e a transformação do Estado pela sociedade como meio de eliminação da desigualdade e instauração da cidadania, mas desconsideram o papel desse próprio Estado na reprodução ampliada das relações de exploração e dominação (DANTAS, 2018). Dentro dos estreitos limites do Estado no neoliberalismo na periferia do capitalismo, na democracia de fato existente, a esfera econômica está em grande medida blindada do controle democrático pela esfera política (SAAD-FILHO, 2019; WOOD, 2005), ainda que o próprio regime político democrático e o Estado criem mecanismos de responder a demandas e construir consensos, mas mantendo em grande medida intocado o conflito distributivo.

Paralelamente a implementação do SUS e aos avanços democráticos, a mercantilização e a segmentação, marcas estruturais históricas do sistema de saúde brasileiro consolidadas na ditadura militar, e os padrões gerais do modelo médio médico privatista foram atualizadas sob novas bases no modelo assistencial neoliberal. O processo de universalização, a ampliação dos gastos e da oferta pública e institucionalização do SUS manteve em grande medida intocados os principais fundamentos que articulam privatização, modernização e constituição de padrões assistenciais estratificados e desiguais, de acordo com a posição socioeconômica e o poder de compra. As bases políticas e sociais fundamentais do *modelo assistencial neoliberal*, recompostas no processo constituinte, contaram principalmente com planos e seguros de saúde, médicos, prestadores privados, empresas farmacêuticas, ainda que no interior deste bloco existam diferentes hierarquias, relações de

poder, dominação/subordinação, que variam em distintas conjunturas embora que permeadas por padrões e consenso gerais.

Também merece destaque a opção ativa da burguesia nacional pelo modelo assistencial privado autônomo das empresas médicas, o que foi fundamental para ampliação da escala dos negócios e constituição de uma base financeira de sustentação do processo de acumulação, ao mesmo tempo em que amplia o controle das forças produtivas sobre a reprodução da força de trabalho e repassa esses custos "operacionais" para a sociedade através dos produtos e serviços vendidos. As classes médias e elites também aderiram prontamente aos planos, seja pela crescente subjetividade individualista associadas às promessas de livre escolha, padrões de consumo elevados e *status social* diferenciado.

Por outro lado, a adesão dos trabalhadores formais de um modo geral se deu principalmente de forma *passiva*, na medida em que a oferta do plano depende em grande medida da adesão do empregador. A oferta de assistência médica privativa sem a intermediação direta do Estado, mas mantida na esfera do direito trabalhista e da relação patrão/trabalhador, proporcionou ganhos materiais concretos e maiores padrões de consumo a estes setores dadas as dificuldades de acesso no SUS, especialmente na média e alta complexidade. Todavia, apesar de possibilitar acesso diferenciado em relação aos segmentos mais pauperizados e no setor informal, este acesso seria extremamente segmentado de acordo com o cargo, remuneração e com o tipo de empresa, e sempre sujeito às estratégias de contenção de custos, limitação de coberturas e barreiras de acesso pelos planos. Apenas os segmentos mais bem remunerados, no Estado e no setor privado, e naturalmente os ricos, tiveram acesso aos planos de maior abrangência e cobertura. Ao longo dos anos 90 e especialmente nos anos 2000 os planos de saúde se tornaram o benefício mais ofertado pelas empresas aos empregados e já estavam totalmente incorporados e naturalizados na agenda de reivindicações trabalhistas e negociações coletivas, de modo que o consenso *ativo* das lideranças sindicais também foi importante.

Nas décadas de 1990, os principais segmentos capitalistas do setor saúde beneficiados pelas mudanças associadas ao neoliberalismo foram as empresas de planos e seguros de saúde, as empresas transnacionais do setor farmacêutico e, em menor escala, as empresas nacionais do varejo de medicamentos, em um cenário de radical ausência ou retração da regulação destes mercados. Entre os setores mais prejudicados pelo choque de implantação do neoliberalismo legitimado pela eleição de Collor e pelo truncado processo de reforma setorial, estavam os prestadores privados e a indústria farmacêutica nacional, que junto de outros setores da sociedade civil se opuseram ao subfinanciamento, à internacionalização, às patentes

em arenas como legislativo, o judiciário, na mídia. Ainda que as bases financeiras dos hospitais privados tenham sido enfraquecidas e reformuladas à revelia nos anos 80, a partir de meados dos anos 90 os filantrópicos passam a ser beneficiados por diversos subsídios indiretos, empréstimos, refinanciamento de dívidas, e se consolidam como prestadores públicos e privados, conciliando a demanda do SUS com atendimento diferenciado a mais bem remunerado a clientes de planos de saúde. A corporação médica teve êxito em conciliar a livre iniciativa, múltiplas fontes de remuneração e autonomia sobre o hospital e clínica. Ao resistir às tentativas de controle do processo de trabalho médico pelos planos de saúde e pelo SUS, manteve intocados muitos dos aspectos do modelo médico-privatistas e do modelo médico hegemônico que havia se consolidado no período militar. Além de se tornarem sócias diretos dos negócios que proliferaram e frutificaram em todo o período.

A reacomodação destas forças é um processo permeado de conflitos e disputas internas constantes, na medida em que os interesses de classe constituídos não são homogêneos e existem disputas políticas e econômicas internas. Essa relativa heterogeneidade e complexidade por si só são empecilhos para a unificação de interesses de classe e construção de convergências amplas entre os setores capitalistas da saúde, mas não impedem que certas frações consigam acumular força e liderar ou impor projetos e coalizões políticas e que agreguem diversos segmentos na construção da hegemonia, para além de interesses econômicos imediatos. Também vale destacar que todo o bloco político de sustentação do modelo assistencial neoliberal, em maior ou menor grau, tem benefícios diretos e indiretos da articulação público/privada estabelecida.

Os diversos grupos que contestaram as diretrizes a partir do início dos anos 90 foram habilmente aglutinados politicamente pelo MS dentro do contexto da reforma do Estado, da estabilização macroeconômica e dentro da tentativa de Serra de se tornar candidato a presidência, que o fez bancar embates com a área econômica e os principais agentes do mercado de planos de saúde e farmacêutico transnacional. Este movimento assegurou as principais reformas do *modelo assistencial neoliberal*, correções de disfunções o e aperfeiçoamentos regulatórios sobre o *laissez faire* que havia prevalecido, mas sem mudar sua essência. Os impactos da desregulação dos anos 80 e 90 foram profundos e estruturais: a mudança de escala do mercado de saúde suplementar, a ampliação dos gastos privados, o aprofundamento dependência externa, a consolidação da separação ideológica entre saúde pública e saúde privada, entre direito e saúde e direito do trabalho/consumidor, que se refletiram em toda a estrutura de poder setorial e dinâmica sociopolítica do sistema de saúde no período democrático e neoliberal.

A estabilização destes conflitos inicialmente se deu pela internalização em arenas estatais dos diversos interesses nos espaços institucionais das agências reguladoras e do MS, que conseguiram manter de forma ambígua acenos para ambos os lados, sem uma captura completa e avanços micro regulatórios pontuais, mas sem ameaçar a lógica fundamental dos negócios e das práticas de saúde. Também foi extremamente importante nestes processos as ações do legislativo e do judiciário, ecoando as vozes discordantes e muitas vezes obrigando o MS a incorporá-las. Tais reformas contribuíram para a estabilização dos mercados e o estabelecimento de parâmetros mais modernos de concorrência e competição, estruturando um arcabouçou regulatório e institucional tipicamente neoliberal que seria a base de mais uma rodada de expansão, modernização e acumulação na década seguinte.

Entre 2003 e 2015, durante o ciclo de crescimento econômico interno e o ensaio desenvolvimentista, houve uma integração substantiva do setor saúde ao processo de financeirização, acompanhando tendência global, e que encontrou terreno fértil no grande mercado da saúde já consolidado nas décadas anteriores. A redução do desemprego, ampliação das vagas formais e o aquecimento do mercado de trabalho possibilitou a ampliação da demanda planos de saúde na população. Houve um processo de concentração através de fusões e aquisições, crescimento interno, profissionalização da gestão e governança, impulsionado pelos aportes de fundos de investimentos nacionais e estrangeiros, que resultou na financeirização dos padrões de acumulação das principais empresas e da concorrência em todo o setor. Assim, empresários médicos, proprietários do setor saúde, executivos e investidores do mercado financeiro se tornaram sócios nos negócios da saúde, o que mostra uma maior aproximação dos empresários do setor saúde da burguesia internacionalizada que dirige o Bloco no Poder. Este processo fortalece ainda mais o protagonismo dos planos de saúde e amplia o espaço de grandes grupos hospitalares, de diagnóstico e do varejo farmacêutico.

Um segundo processo marcante no período foi a composição de alianças dos governos petistas e de sua base parlamentar de apoio com setores empresariais setor saúde, de forma descoordenada, em arenas diferenciadas, e com condicionantes e intenções distintas em cada subsetor. Entre os setores mais integrados à financeirização, as alianças políticas e articulações com o poder e o Estado se deu formas distintas. As principais empresas se tornaram doadoras frequentes das campanhas eleitorais de candidatos à presidência e de deputados. Também mantiveram trânsito com ministros da Fazenda e das áreas econômicas, financiaram *lobbys* parlamentares. Finalmente, na primeira metade da década de 2010, conseguem fazer valer sua força e legitimar a financeirização *a posteriori*, com abertura

completa dos serviços de saúde ao capital estrangeiro a partir de alterações na legislação via congresso nacional, com a conivência da ANS e do MS sob direção do PT. Este fortalecimento político e integração aos circuitos financeiros também significou ampliação do poder de classe para manter a estrutura de segregação social no interior da assistência à saúde, elemento central para a dinâmica de acumulação, e mais poder para a tentativa de construção de bases política e ideológicas de uma novo rodada de reformas do sistema de saúde orientadas para o mercado a partir da crise econômica de 2015 e do golpe de 2016.

É inegável que no campo das políticas industriais residiu a maior vertente estratégica das gestões petistas e dos quadros dirigentes do movimento da reforma sanitária no MS. É também notável que, entre o conjunto das políticas do órgão no período, foi a que conseguiu mobilizar uma grande quantidade de instituições a partir de estruturas burocráticas que cristalizaram e regulamentavam oficialmente a aliança com os produtores nacionais de medicamentos. O MS e o BNDES, em diálogo com as áreas econômicas, tiveram protagonismo neste processo alinhando a agenda setorial aos objetivos estratégicos e ao pacto mais amplo promovido pela estratégia desenvolvimentista, o que garantiu força e legitimidade para sua implementação. Assim, esta aliança política tem um caráter qualitativamente diferente daquelas empreendidas com as empresas de planos e seguros de saúde e as empresas mais vinculadas à financeirização. Enquanto estas se deram muito mais a partir do fisiologismo em torno de interesses mais imediatos ou pelo seu alinhamento mais estruturais aos interesses do setor financeiro, com os produtores de medicamentos havia uma organicidade maior com a estratégia econômica e social do lulismo, ao menos nas intenções governistas.

Essa aliança também representou uma perda de posição das empresas multinacionais no mercado interno e nos centros de formulação de políticas públicas, ainda que a dominação deste segmento já estivesse plenamente garantida pelas reformas dos anos 90 que asseguraram o aprofundamento estrutural do déficit na balança comercial e da dependência tecnológica externa com o endurecimento das patentes. Essa perda de posição tem origens ainda no governo FHC, quando há uma aproximação do MS aos produtores nacionais durante a regulamentação do mercado e institucionalização das políticas de medicamentos. A introdução dos genéricos, uma reforma de estímulo à concorrência, foi a base principal do crescimento das empresas nacionais no mercado interno, potencializada pelas compras públicas e pelos vultuosos financiamentos do BNDES para modernização e ampliação do parque produtivo.

Todavia, apesar da hegemonia das empresas nacionais no mercado de genéricos e similares, seu fortalecimento pelas políticas desenvolvimentistas e as alianças com o Estado, o aumento da participação global no mercado não é suficiente para concluir que estas empresas estiveram, de fato, em conflito aberto com as transnacionais. Ainda que tenham havido polêmicas e discordâncias em diferentes arenas, em primeiro lugar, as possíveis tensões entre burguesia interna e multinacionais foi equilibrada na medida em que o mercado farmacêutico como um todo cresceu em ritmo acelerado nos anos 2000, possibilitando grandes ganhos para ambos os segmentos. Estes grupos também tem diversos interesses e práticas comuns: defendem a redução de impostos, são contra o controle de preços pelo governo, contra maior regulamentação da comercialização pela Anvisa, tem estratégias agressivas de promoção de disseminação de produtos junto aos médicos, tem nas farmácias seu principal canal de oferta, beneficiam do padrão mercantilizado de provisão, e como o financiamento é quase totalmente privado, tem nas classes mais altas seus principais consumidores, ainda que os produtos ofertados atinjam todas as classes sociais.

Em segundo lugar, mais que um *questionamento* dos produtores nacionais sobre domínio das transnacionais, há uma adaptação *subordinada* dos produtores nacionais ao choque neoliberal da primeira metade dos anos 90, que se manifesta por exemplo no padrão de especialização produtiva de cada um destes segmentos. A indústria de capital nacional, mesmo nos seus momentos de crescimento e reconfiguração nos anos 2000 e das políticas para internalização de tecnologias, se especializou principalmente em cópias de medicamentos sem patentes e produtos de preços médios e baixos (genéricos, similares, medicamentos de prescrição). Também permaneceu refém da altíssima dependência de insumos farmoquímicos. Ou seja, o crescimento da produção nacional de medicamentos, longe de produzir uma substituição de importações, está articulado e contribui para o aprofundamento do déficit da balança comercial e para a transferência de valor para as multinacionais, na medida em que depende quase integralmente de insumos importados. Nesse sentido, talvez os maiores êxitos tenham sido no fortalecimento dos laboratórios públicos como a Fiocruz, que desenvolveram capacidade tecnológica e ganharam escala produtiva, além de nichos de excelência na área de produtos biológicos e vacinas.

Mesmo com a concentração e expansão, a competitividade externa permaneceu baixa e as empresas nacionais ainda têm porte muito menor que os conglomerados multinacionais, além de uma inserção ínfima em nichos de maior valor agregado e mais intensivos em tecnologia, especialmente na área de biotecnologia, além de uma baixa proporção de gastos com pesquisa e desenvolvimento. Assim as multinacionais mantiveram intocados o controle

sobre elementos centrais da cadeia de produção, sobre o processo de incorporação de tecnologias e sobre o poder disseminação de novos produtos. Portanto, é possível afirmar que o poder destas empresas foi garantido com a abertura comercial e financeira e nunca esteve ameaçado de fato, seja por diferentes políticas de governo, seja pela burguesia interna.

Além disso, dentro do alinhamento das políticas do MS à estratégia desenvolvimentista, outras políticas também entraram no guarda-chuva da tentativa de articular *saúde* e *desenvolvimento*, mas por vias mais tortas. O Programa Farmácia Popular, em uma aliança entre o MS e o varejo farmacêutico, especialmente as grandes redes, entrou na chave do subsídio à oferta de medicamentos no varejo como forma de impulsionar a demanda e cobrir falhas do SUS, e se expandiu de forma muito mais consistente que a assistência farmacêutica básica, com impactos mais limitados. O PROADI-SUS deu generosas isenções fiscais às instituições que reúnem o topo da elite médica paulistana e atendem o topo da elite política e econômica brasileira. O alinhamento dos dirigentes dos chamados "hospitais de excelência" à financeirização é bastante explícito, bem como sua crescente relevância como articuladores de interesses e disseminadores de ideias de racionalização e modernização para o setor público e privado. Nesse sentido, a preocupação do MS com a ampliação da demanda e com o desenvolvimento tecnológico aglutinou setores muito distantes de qualquer preocupação em uma "articulação virtuosa" entre Estado e mercado. Para muitos dos segmentos beneficiados destas alianças, foi apenas a articulação de interesses imediatos capazes de proporcionar muito mais benefícios econômicos e políticos do que contrapartidas para a consolidação do SUS.

De modo geral, ambos os processos, a associação de capitais das empresas e empresários do setor saúde às finanças e as alianças com setores do poder executivo e legislativo levaram um fortalecimento político das frações proprietárias internas do setor saúde, ganho de posição frente a outros capitalistas brasileiros, e relação mais orgânicas e próximas com setores do bloco no poder e o Estado. Somada também as mudanças ideológicas contingentes desta aproximação, construiu-se progressivamente um cenário de deslocamento do equilíbrio das relações de poder setoriais a partir da década de 2010.

A "hegemonia às avessas" do movimento da reforma sanitária no âmbito das políticas de saúde e os limites da estratégia de ocupação dos espaços institucionais fica completamente desnudada com os desdobramentos setoriais das crises políticas, econômicas e sociais que culminaram na destituição de Dilma em 2016. A fragilidade política da aliança com as empresas financeirizadas e os produtores nacionais de medicamentos fica clara quando os empresários do setor saúde aderem ao golpe de 2016 e à agenda fiscalista de estrangulamento

do SUS a partir do teto de gastos, adaptando seus interesses e propostas de expansão do mercado dentro de um novo contexto, mas sem abrir mão das políticas e benefícios conquistados nos governos progressistas e muito menos de sua nova condição de integração e dependência dos circuitos e investidores financeiros, ou subordinação às multinacionais farmacêuticas.

A tentativa de promoção de uma "articulação virtuosa" entre desenvolvimento e saúde, um pacto entre Estado e mercado para fortalecer o direito à saúde, garantir a soberania sanitária e sustentabilidade do SUS, teve bases políticas frágeis e contraditórias, por si só incapazes de tocar em questões estruturais da organização social da atenção à saúde no Brasil ou de direcionar a dinâmica de mercado para um suposto ciclo virtuoso, sua proposta fundamental. Ainda que soberania seja questão relevante, as políticas desenvolvimentistas não lograram êxito na superação da dependência no setor farmacêutico, na mudança nos padrões regressivos de financiamento do consumo de medicamentos, ou a estrutura de acumulação baseada fundamentalmente no circuito importação de insumos/produção/comercialização privada/prescrição privada/gasto privado; ou o padrão de especialização subordinado da indústria nacional.

Além disso, contraditoriamente a financeirização foi legitimada pelas políticas de Estado e por grupos políticos progressistas, e um de seus resultados principais é justamente o aprofundamento da dependência e da vulnerabilidade externa, para além da balança de pagamentos. Como vimos, neoliberalismo e financeirização são determinantes estruturais que tem atuado pressionado na direção de: uma maior segmentação e regressividade nos sistemas de saúde; restrições ao aumento do gasto público e ampliação dos gastos privado com planos de saúde e medicamentos; conformação de empresas e grupos econômicos com interesses bastantes divergentes dos objetivos e necessidades coletivas, cujos modelos de negócios dependem diretamente da segmentação e de padrões diferenciados de assistência médica entre estratos sociais; integração destes grupos aos circuitos e à lógica financeira, com crescente poder político; um setor público fraco, especializado e capturado, sem força regulatória frente aos setores empresariais, com pouco poder de comando e organização sob o conjunto do sistema de saúde frente à fragmentação institucional, privatização da provisão e a influência dos planos de saúde na oferta e demanda.

Recorrendo a Fernandes (1975) e Furtado (1974), a dependência externa e tem raízes na própria organização interna da produção e reprodução da sociedade de forma articulada à sua inserção internacional, e está fundada na dominação e na segregação interna e na dimensão "cultural" da sociedade. Assim, o próprio modelo assistencial neoliberal reflete e

atualiza a dupla articulação em novo contexto histórico. A posição das frações proprietárias setor saúde, de importantes frações da categoria médica e de todo o bloco político de sustentação do modelo assistencial neoliberal frente à financeirização não deixa dúvidas sobre seus compromissos fundamentais.

Em primeiro lugar, com o alinhamento subordinado aos capitais centrais e à medicina hegemônica estabelecida nos polos centrais da dinâmica capitalista do setor saúde, especialmente os Estados Unidos, e aos fundamentos políticos, econômicos e ideológicos dominantes do sistema de acumulação neoliberal em suas diferenças fases. Em segundo lugar, com os padrões de acumulação setoriais internos, que se beneficiam das e reproduzem as estruturas de segmentação, de reprodução de desigualdades e discriminação socioeconômicas na assistência, de separação ideológica entre saúde pública / saúde privada, da cisão entre direito à saúde e direito do trabalho e do consumidor. A adesão à financeirização cumpriu estes dois papeis: alinhamento das empresas brasileiras à dinâmica dos capitais centrais e dos circuitos financeiros, fortalecimento de sua posição interna para aprofundar o processo de acumulação e segregação e direcionar o processo político e econômico do setor saúde a despeito do consenso sanitário estabelecido ao longo de três décadas.

Por fim, estes compromissos fundamentais não foram e não são incompatíveis com a existência de um sistema de saúde público no Brasil voltado para as classes subalternas, cujos conteúdos e sentidos podem ser sempre disputados, compatibilizados e funcionalizados à lógica dos negócios e da segregação, por vias institucionais e extra institucionais, preservando privilégios e servindo como filtro de incorporação de demandas fragmentadas nos limites do modelo econômico, garantia de mínimos sanitários e sociais, corretor de falhas de mercado, resseguro para os planos de saúde. Diante do esvaziamento e neutralização de antigos projetos contra hegemônicos, de frágeis bases políticas, econômicas e sociais de sustentação do SUS, da insuficiência da via institucional especialmente em um contexto de crise da democracia e do pacto de 88 e da afirmação hegemônica da financeirização, o caminho apontado pelas classes dominantes tem sido a submissão completa do SUS às necessidades do mercado, abrindo caminhos para a consolidação definitiva do sistema de saúde brasileiro como plataforma de valorização financeira internacional e de um sistema de saúde para pobres baseado na cobertura universal.

A instabilidade será marca fundante do que se pretende construir: um sistema de saúde incapaz de responder aos desafios sociossanitários do presente e do futuro. Assuntos como envelhecimento, transição epidemiológica, doenças emergentes e reemergentes e degradação das condições de vida saem da órbita da saúde pública para a órbita econômica. Questões de

eficiência e produtividade para o sistema público, questões contábeis para as empresas. Um modelo de individualização do risco e enfraquecimento da solidariedade que visa expandir as fronteiras da mercantilização, reformular as relações entre Estado, mercado e sociedade e remodelar a distribuição de recursos financeiros e assistenciais públicos e privados para um padrão ainda mais regressivo, concentrador, irracional.

E potencialmente explosivo. A pandemia de Covid-19 trouxe a importância e o reconhecimento do SUS para o primeiro plano, ainda que o governo tenha atuado no sentido de destruir sua institucionalidade e sabotar a resposta a pandemia e os diversos avanços acumulados ao longo de trinta anos. Ao mesmo tempo, serviu para acelerar as transformações e a financeirização no mercado da saúde. O SUS sai simbolicamente forte, mas materialmente combalido. Reafirmar a luta pelo direito universal à saúde tendo em vista a construção de um projeto emancipatório e popular passa pela superação da visão pasteurizada sobre o SUS, pela retomada de uma compreensão mais radical sobre a universalidade e sobre democracia, pela contestação aos interesses de classe e frações de classe que protagonizam a mercantilização, a segmentação e a financeirização; pela reconstrução da pauta da saúde junto de novos sujeitos políticos, movimentos emergentes, juventude, trabalhadores da saúde e demais setores sociais que possam formar uma nova coalização política que aglutine diferentes demandas sem perder de vista a centralidade do questionamento às bases políticas, econômicas, sociais e ideológicas do modelo assistencial neoliberal. Se por trinta anos estes foram assuntos indesejados, agora são incontornáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Introdução desta tese apresentamos algumas bases teóricas e epistemológicas do pensamento crítico em saúde que nos anos 70 e 80 foi sustentou a fundação do campo da Saúde Coletiva e da Medicina Social no Brasil e na América Latina. Apoiados no materialismo histórico-dialético e em outras correntes das ciências sociais, construiu-se um pensamento original que buscava compreender a historicidade e a determinação social do processo e saúde e doença, a inserção da prática médica (e das práticas em saúde) na totalidade das relações sociais e a questão da saúde como parte da questão social, no campo da contradição capitalista entre a produção socializada da riqueza e apropriação privada do excedente. Deste modo, buscava-se apreender as mudanças no setor saúde de forma articulada com a totalidade dos processos históricos, políticos, econômicos e sociais, gerais e específicos, do Brasil e do mundo. Mais do que a delimitação de um objeto de pesquisa, consistem em um material teórico valioso, fundado epistemologicamente nas categorias marxistas, que avançou para uma *crítica da economia política* do setor saúde, de sua inserção na reprodução ampliada das relações de poder e dominação no capitalismo.

Todavia, a partir dos anos 90, paralelamente a implementação do neoliberalismo e do SUS, estes pressupostos foram praticamente abandonados. Mesmo entre as abordagens mais críticas das transformações em curso, a perspectiva da totalidade foi rejeitada deu lugar ao pluralismo, ao funcionalismo, aos modelos internacionais, ao institucionalismo e à economia da saúde. Estudos dedicados a compreender o papel e a inserção de médicos, empresas e empresários da saúde e de seus interesses de classe na estrutura de poder e na correlação de forças setorial saíram de cena. O foco da produção acadêmica recaiu quase que exclusivamente sobre a institucionalização do SUS, sobre políticas e programas de governo, sobre gestão pública e mecanismos institucionais, experiências locais e sobre a ação do movimento da reforma sanitária em diferentes conjunturas.

Diversos autores têm buscado sintetizar no campo da *Economia Política da Saúde* as abordagens alternativas preocupadas com uma perspectiva mais histórica e estrutural sobre o problema. Compreendemos que o fortalecimento deste campo pode ser um primeiro passo na retomada mais organizada do pensamento crítico em saúde no Brasil. Mas, isso esbarra dois grandes desafios. Em primeiro lugar, destacamos que no interior da *Economia Política da Saúde* estão não apenas a abordagens marxistas, mas também *weberianas, schumpeterianas, neoinstitucionalistas históricas, desenvolvimentistas,* entre outras, que tem dado contribuições relevantes. Isso é relevante na medida em que existem importantes divergências teóricas que

tem se desdobrado em ênfases e interpretações distintas sobre os fenômenos relacionados ao setor saúde brasileiro, especialmente desde a criação do SUS.

Muitas vezes aparecem como opiniões contrastantes sobre fenômenos específicos, mas tem sido muito pouco tratada do ponto de vista teórico e epistemológico, o que pode ser um caminho para investigações futuras. Ao nosso ver, esse cenário reflete as compreensões distintas sobre os sentidos do das instituições, da democracia, das políticas sociais, derivadas das premissas teóricas conflitantes sobre as classes sociais, poder, política, Estado e o próprio processo de acumulação e reprodução do capital. Ou seja, uma diferença entre a *economia política da saúde* e a *crítica da economia política da saúde.* Especialmente entre as correntes neoinstitucionalistas é mais explícita e deliberada rejeição à perspectiva de apreensão totalidade das relações sociais. O rompimento com o marxismo foi acompanhado de uma deslegitimação de seus méritos no passado, além de negação, simplificação e desqualificação da produção de toda uma corrente teórica que, em última análise, foi central na constituição do campo da Saúde Coletiva. Ainda que isso não impeça diálogos produtivos entre a perspectivas crítica e outras abordagens e produções da área, como visto ao longo desse trabalho, pairam dúvidas se de fato há espaço para uma retomada da crítica no interior da Economia Política da Saúde, se o *antimarxismo* que prevaleceu nas últimas décadas cederá algum espaço no presente.

Em segundo lugar, um aspecto fundamental do pensamento crítico em saúde dos anos 80 era a articulação entre reflexão, formulação e ação política. Um grande diferencial desta abordagem é justamente a perspectiva estratégica de subsidiar a leitura da realidade concreta e a intervenção política visando a transformação social. E foi justamente este movimento que possibilitou a constituição de um movimento político que foi capaz de inserir na constituição o direito universal à saúde, ainda que os limites das táticas e da estratégia do movimento da reforma sanitária seja objeto de grandes debates e tenhas limites claros, destacados por este e outros trabalhos. Similarmente, durante o período democrático e neoliberal, a revisão das bases epistemológicas dos estudos dos anos 70 e 80 acompanhou a tática e a estratégia do movimento da reforma sanitária orientada para a construção da democracia e das instituições de Estado, de governo e de saúde como com um fim em si mesmo. Também não é à toa que, no contexto do neoliberalismo autoritário, de crise da democracia, os argumentos centrados no protagonismo das instituições como agentes de mudanças e reformas tenham se tornados insuficientes. Chaves como “dependência de trajetória”, “cidadania”, “sucesso dos partidos de esquerda”, a “intensidade da competição eleitoral” não parecem mais dar conta da

profundidade e complexidade da crise brasileira, muito em função da negação das classes sociais.

Assim a retomada do pensamento crítico em saúde passa necessariamente pela *práxis*, pois não se trata de um esforço meramente acadêmico, mas, sobretudo, político. Deve passar e pela construção e pelo diálogo com os diversos movimentos políticos e sociais da sociedade buscando o enraizamento e reconstrução da questão da saúde e de sua pauta no seio das demandas e lutas populares de forma alinhada à expansão dos horizontes de transformações estruturais mais radicais e profundas na sociedade.

Nessa direção, o próprio campo da Economia Política da Saúde tem uma série de limitações dentro do conjunto de temas e perspectivas geralmente priorizados por suas análises, que refletem uma dificuldade. Destacamos como lacunas, inclusive deste trabalho, o afastamento de considerações sobre questões de gênero, raça e colonialidade no interior da Economia Política da Saúde. Ainda que a preocupação com a perspectiva histórico estrutural e com as disputas entre classes sociais sejam centrais, estas não são de forma nenhuma incompatíveis com considerações sobre a inserção estrutural do machismo e do racismo nos mecanismos de dominação e reprodução capitalista. Autores como Silvio de Almeida, Nancy Fraser e Tithi Bhattacharya críticos do chamado "neoliberalismo progressista" apoiado nas pautas identitárias, mostram as articulações intrínsecas dos sistemas de opressão patriarcal e racial ao sistema econômico e de dominação capitalista. Também apontam a importância e as potencialidades de articulação das lutas de *reconhecimento* e *redistribuição* para a constituição de forças sociais transformadoras no presente. Assim, é importante incorporar estas reflexões e categorias a um quadro teórico mais amplo, inserindo tais questões na compreensão das transformações do setor saúde. Na América Latina, no âmbito da ALAMES e da CLACSO, existem inciativas muito mais avançadas de considerações destes elementos dentro do pensamento crítico em saúde do que na Saúde Coletiva brasileira.

Iniciando a **Parte I**, a revisão empreendida no **Capítulo 1** nos permitiu delimitar com maior precisão o neoliberalismo enquanto sistema de acumulação e fase atual do capitalismo, que tem na financeirização, enquanto padrão sistêmico de definição, gestão e realização da riqueza, sua característica principal. Na medida em que a produção e a reprodução social são inseparáveis, as políticas sociais e de saúde são intrinsicamente e estruturalmente articuladas a estes determinantes gerais, ainda que os resultados destes processos sejam intrinsicamente variados e heterogêneos entre formações sociais distintas e com caraterísticas políticas, econômicas, sociais e institucionais prévias. Assim, mais do que buscar uma suposta homogeneidade induzida pelo neoliberalismo e pela financeirização, deve-se apreender como

tais determinantes interagem em cada contexto e conjuntura e produzem resultados contingentes e diversos, ainda que seja possível delinear certos padrões e tendências gerais. Também deve-se evitar oposições dicotômicas (público x privado; Estado x mercado; universalismo x focalização; mercantilização x desmercantilização) e privilegiar a compreensão de como estas tensões são resolvidas e acomodadas em cada momento, convivendo de forma complexa e contraditória. As relações das políticas e sistemas de saúde com o neoliberalismo e a financeirização nas últimas três décadas (1990-2020) foram identificadas em uma série de processos.

Entre eles, destacamos: as reformas dos sistemas de saúde orientadas pelos objetivos, escopo e modelos neoliberais disseminados por agências e internacionais e organismos multilaterais; o estabelecimento de acordos comerciais internacionais de liberalização comercial e do fluxo de capitais que permitiram a atuação de empresas multinacionais e a entrada de IED e investidores institucionais nos serviços de saúde; a ampliação dos direitos de propriedade intelectual, exploração de patentes e marcas que fortaleceram os oligopólios farmacêuticos transnacionais; a consolidação dos mercados do setor saúde e crescente financeirização dos padrões setoriais de acumulação, especialmente após a crise de 2008; a ascensão e consolidação do setor saúde como uma classe de ativos dinâmica e rentável no mercado financeiro internacional, transformando progressivamente os sistemas de saúde em plataformas de valorização financeira. Assim, a financeirização e o neoliberalismo devem ser compreendidos como determinantes históricos e estruturais extremamente relevante para a compreensão dos sistemas de saúde contemporâneos.

Nos **Capítulos 3, 4 e 5** foi possível demonstrar empiricamente as expressões da financeirização do padrão de acumulação das principais empresas e grupos econômicos do setor saúde. Em primeiro lugar, a construção de uma metodologia original para análise da dimensão patrimonial das transformações, apresentada no **Capítulo 2**, se mostrou uma escolha acertada e foi um trabalho possível apenas pelo esforço coletivo no âmbito do projeto "*Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), inovação e dinâmica capitalista: desafios estruturais para a construção do sistema universal no Brasil*". Apesar dos méritos coletivos, os eventuais erros e equívocos apresentados nesta tese são de responsabilidade própria.

A amplitude de informações e o grande detalhamento dos dados coletados no BDES-A fornecem uma base empírica quantitativa e qualitativa consistente para analisar as transformações das empresas do setor saúde no presente e no futuro, identificar padrões de concorrência e acumulação, estratégias de negócios, para além do recorte específico da financeirização. Para além dos artigos dos Capítulos 3 e 4, os dados apresentados no capítulo

5 de forma descritiva, exploratória e provisória junto de algumas hipóteses sobre as interrelações entre os subsetores mostram que o material de pesquisa ainda pode ser muito explorado.

O grande desafio de lidar com fontes de dados e informações pouco frequentes no campo da Saúde coletiva (juntas comerciais, CVM, demonstrações contábeis e financeiras, relatórios anuais, jornalismo econômico) permitiu um aprendizado que facilitará enormemente estudos futuros. Os bancos são passíveis de atualizações, ampliação de séries históricas, dimensões e indicadores de análise, aprimoramentos na qualidade dos dados.

De modo geral, em função da dificuldade de obtenção de informações para determinados tipos de pessoa jurídica e da heterogeneidade das empresas, a principal limitação dos dados foi o detalhamento insuficiente para as empresas que estão sob a forma de associações privadas, fundações, entidades filantrópicas e sociedades empresárias limitadas, o que comprometeu especialmente uma análise mais aprofundada de parte dos hospitais privados e de todas as Organizações Sociais. Por um lado, isso pode levar a uma baixa especificidade ou imprecisões na reconstituição da trajetória das empresas. Por outro, não impediu uma caracterização geral e não comprometeu a análise da dinâmica das principais empresas, que em última análise, reverberam nos padrões de concorrência de todos os mercados. a heterogeneidade de informações disponíveis para cada empresa, o que pode levar ao detalhamento insuficiente de diversos casos.

Os critérios de seleção de empresas conseguiram incluir os principais agentes do mercado da saúde em diferentes nichos e segmentos, a partir de uma classificação diferente da utilizada geralmente pelos órgãos oficiais, pelos estudos sobre o CEIS e pelas análises de publicações voltadas para o mercado, como Valor 1000 e Exame. A escolha de estudar os maiores agentes econômicos por subsetores (planos de saúde, medicina diagnóstica, hospitais privados, OSS, indústria farmacêutica e varejo farmacêutico) permitiu observar de forma integrada e preliminar as possíveis interrelações entre eles. Todavia essa separação se deu por motivos estritamente metodológicos e empíricos. Na prática consideramos que a tendência é que a haja uma crescente diluição das fronteiras entre nichos de mercado, em função da diversificação horizontal e integração vertical que se consolidam como tendências. E que os recortes de análises por subsetores não devem perder de vista as relações econômicas intercapitalistas, a dinâmica sistêmica, a totalidade do setor saúde, as especificidades de cada empresa.

Do ponto de vista analítico, a utilização de referenciais teóricos sobre os efeitos da financeirização nas empresas não-financeiras junto das categorias analíticas da Economia Industrial (estrutura organizacional, estrutura de capital, financiamento, diversificação, etc) permitiram uma intermediação possível entre a observação empírica e a interpretação dos sentidos das transformações estruturais impulsionadas pela financeirização nas empresas e grupos econômicos do setor saúde. A quantidade de operações patrimoniais identificadas para empresas do setor saúde é superior ao de bases como Economática, pois incluem não apenas empresas de capital aberto, mas também as de capital fechado, sociedades limitadas e associações privadas. A diversificação e as mudanças jurídicas e organizacionais, por sua vez, foram observadas apenas internamente na seleção de empresas e a partir de análise qualitativa. No futuro, estudos de caso, seleção de novos indicadores quantitativos e qualitativos e validação externa podem ajudar a aprofundar e qualificar esta abordagem.

No **Capítulo 3**, o artigo *"Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil"* mostrou uma crescente penetração de grupos e investidores nacionais e estrangeiros no capital das principais empresas, notadamente planos de saúde, varejo farmacêutico e serviços de diagnóstico, mas com casos emblemáticos entre hospitais privados e até na indústria farmacêutica. Com o influxo de financiamento externo direto, a intensificação das operações patrimoniais, que incluem fusões, aquisições, compra e venda de participação indicam a adesão à lógica financeira se tornou vantagem competitiva fundamental que potencializa o próprio processo de acumulação, diversificação de atividades, integração vertical e transformação organizacional e tecnológica interna. A profissionalização da gestão e adoção de padrões de governança corporativa típicas do mercado financeiro também foi importante nestes processos.

Como principais conclusões, indicamos que esta dinâmica estrutural de associação dos capitais do setor saúde brasileiro aos circuitos e agentes financeiros concilia benefícios diretos às empresas e empresários da saúde e altos retornos aos investidores. Esse ciclo se retroalimenta na medida em que a demanda por ativos do setor saúde permanece alta entre investidores nacionais e internacionais e as condições de acumulação do mercado da saúde no Brasil permitem a ampliação da expectativa de retornos futuros e da valorização patrimonial, mesmo que descoladas da ampliação das bases materiais de clientes, serviços e produtos. Dessa forma o setor saúde e o sistema de saúde brasileiro se tornam progressivamente plataformas de valorização financeira, dinâmica aparentemente cumulativa e irreversível, que tende a se aprofundar. Nela as empresas do setor saúde se inserem como intermediárias

periféricas e subordinadas a um processo ampliado de valorização que se envolvem e são envolvidas em fluxos crescentes de capital entre os mercados brasileiros da saúde e os circuitos financeiros nacionais e internacionais.

No **Capítulo 4**, no artigo "*Das farmácias comunitárias às grandes redes: expansão, acumulação e financeirização no varejo farmacêutico no Brasil"* põe luzes sobre um segmento praticamente ignorado nas análises sobre as políticas de saúde e de medicamentos no Brasil. A oferta e provisão de medicamentos no país tem como marcas estruturais a alta participação dos gastos privados no financiamento, a preponderância da provisão privada das farmácias e drogarias e uma regulação historicamente liberal sobre o comércio farmacêutico, permeado por práticas altamente mercantis e de estímulo ao consumo. O varejo de medicamentos foi beneficiado pela abertura comercial e financeira nos anos 90 e passou por mudanças decorrentes da ampliação de escala e da forte expansão da quantidade de estabelecimentos. Isso se intensifica nos anos 2000, paralelamente ao ciclo de crescimento econômico e a introdução dos medicamentos genéricos.

Nestes anos o faturamento do subsetor experimentou taxas de crescimento anual elevadas e as grandes redes de farmácias se consolidaram como empresas de abrangência nacional, a partir de um forte movimento de crescimento interno através da abertura de novos pontos de venda, em geral concentrados nos grandes centros urbanos e bairro e regiões de renda mais elevada, além de integração vertical com o segmento da distribuição. Estes movimentos foram potencializados pela abertura de capital de diversas empresas e o movimento de investidores institucionais. A inserção ativa das grandes redes na lógica financeira tornou-se fundamental para a concorrência, pois ampliou as possibilidades de capitalização e valorização patrimonial, potencializou o ritmo de expansão, ampliação de escala, verticalização e concentração de capital.

O artigo também trabalha outros dois eixos transversais do projeto: a dimensão contábil-financeira e a dimensão política, que se mostraram importantes para a compreensão mais aprofundadas das mudanças. Os indicadores contábeis, a partir de metodologia proposta por Andrietta (2019) e Andrietta e Monte-Cardoso (2021) mostraram que o porte das redes de farmácias cresceu relativamente a grandes empresas brasileiras e ao setor saúde. O bom desempenho foi constatado pela ampliação superior de receitas, ativos e patrimônio, o alto giro de ativo e maior participação de capital de terceiros. As redes de farmácias analisadas são capazes de girar o estoque e o ciclo de produção mais rapidamente que os grupos comparados, com desempenho atrativo a investidores, apesar de margens relativamente baixas. Além disso, a análise da dimensão política permitiu constatar que paralelamente ao fortalecimento e

crescimento das empresas houve um fortalecimento da representação política e influência junto a diferentes esferas do Estado, especialmente através da Abrafarma. Esta, junto de outras entidades alinhadas em torno da não intervenção estatal, contestaram diversas tentativas de regulações da Anvisa no legislativo e no judiciário. Por outro lado, a Abrafarma ganhou influência ao MS na implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil e se alinhou aos conselhos de farmácias e sindicatos na aprovação da lei "farmácia estabelecimento de saúde" de 2014.

Na **Parte II**, partimos dos principais pressupostos enunciados na Introdução, Capítulo 1 e **Capítulo 6** para analisar a economia política do sistema de saúde brasileiro no contexto democrático e neoliberal. No **Capítulo 7**, partindo do início do século XX, analisamos o surgimento, evolução e crise da Industrialização por Substituição de Importações, padrão de desenvolvimento capitalista que prevaleceu no Brasil e na América Latina entre as décadas de 1930 e 1980. Neste período, fortemente marcado pelo autoritarismo pelo papel central do Estado na estratégia de desenvolvimento e na regulação política dos conflitos distributivos, houveram profundas transformações na sociedade, como a urbanização e a industrialização, acompanhadas de profundas mudanças na estrutura social e nas classes constituídas. Também se consolida a dependência externa e a segregação interna como processos articulados e constitutivos da ordem capitalista no Brasil, da dominação de classes e de sua inserção periférica no capitalismo global.

A questão social e a questão da saúde passam a ser reguladas pelo Estado desenvolvimentista no Brasil a partir de dois mecanismos principais: pela incorporação seletiva e regulada dos setores organizados do operariado e das classes trabalhadoras urbanas no recém-criado sistema de proteção social, cuja arquitetura institucional se assemelha aos sistemas meritocráticos *bismarckiano,* com benefícios contributivos do seguro social, incluindo assistência médica; e pela promoção de ações de saúde pública visando combater epidemias e doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas, associadas as condições de vulnerabilidade social da população urbana e rural e enfrentadas de acordo com as necessidades do processo de acumulação.

Do ponto de vista do sistema de saúde, as transformações capitalistas iniciadas nas décadas de 50 e 60, com a constituição do Complexo Médico-Industrial, foram consolidadas a partir do golpe de 1964. A medicina previdenciária formou um sistema de saúde segmentado entre diferentes estratos sócio-ocupacionais, fragmentado em suas estruturas institucionais, privatizado na provisão, desigual na distribuição de recursos e nos padrões de consumo e assistência entre as classes sociais, focado em ações curativas e ineficaz na resposta às

necessidades de saúde da população. O cenário muda drasticamente no início dos anos 80. Também como reflexo da conjuntura mais ampla, a medicina previdenciária entre em profunda crise ideológica, financeira e de legitimidade

O processo de crise do modelo, reforma sanitária e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988 foi permeado por disputas entre projetos antagônicos na esteira da transição da ISI para o neoliberalismo e do regime autoritário para uma democracia liberal. O movimento da reforma sanitária conseguiu ocupar espaços institucionais no governo de transição e teve uma atuação efetiva na assembleia constituinte que possibilitou o reconhecimento da saúde como direito social universal e dever do Estado. Além disso, implementou uma agenda de reformulação administrativa e institucional, indicando a unificação das ações programáticas de saúde pública e assistência médica, descentralização do sistema de saúde e a participação social na política de saúde. Em um contexto de completo caos econômico e progressiva ascensão das ideias econômicas ortodoxas associadas ao neoliberalismo, as mudanças almejadas esbarraram na enorme instabilidade financeira do orçamento público, na *autonomização* do setor privado, que promoveu a reestratificação e recomposição das bases econômicas, políticas e sociais da privatização. O exponencial crescimento do mercado de planos e seguros de saúde incorporou a classe média alta, ricos, trabalhadores assalariados e funcionários públicos mais bem remunerados em um esquema assistencial privativo sem a intermediação direta do Estado, que passa da posição de subsídios diretos para indiretos.

Além disso, os avanços do movimento sanitário, especialmente na constituinte, ajudaram a aglutinar interesses e frações políticas em torno de um bloco político que deu sustentação ao que chamamos de *modelo assistencial neoliberal.* Este bloco contaria com a liderança das empresas de planos e seguros de saúde, das entidades e associações médicas, com a participação dos hospitais privados e filantrópicos e das empresas farmacêuticas transnacionais, que se beneficiaram de distintas formas da separação ideológica e institucional entre saúde pública (SUS) e saúde privada (planos de saúde), entre direito à saúde e direito do trabalho / do consumidor. Também contou com a simpatia do setor financeiro, das áreas econômicas de governos e de partidos conservadores. Além da fundamental adesão ativa da burguesia interna, que através do patrocínio e oferta de benefícios diferenciados aos empregados foi decisiva para a constituição e alimentação dos fundos privados que sustentariam o negócio da assistência médica suplementar e a dinâmica de acumulação setorial.

De forma complexa e contraditória, a mudança na correlação de forças políticas e sociais no setor saúde nos anos 80 se refletiria na constituição de uma nova estrutura de poder setorial em uma nova *economia política da* saúde ou em um novo padrão de *organização social da atenção à saúde* que, em maior ou menor grau, estabilizou por quase três décadas os conflitos distributivos que envolvem a assistência à saúde no país. Em última análise, este processo se dá no interior do neoliberalismo enquanto fase do desenvolvimento capitalista no Brasil e no mundo, e suas contradições se situam exatamente entre as promessas de democracia política e justiça social expressas no processo de redemocratização e na Constituição e os imperativos políticos, econômicos e sociais do neoliberalismo, enquanto projeto hegemônico das classes dominantes e sistema de acumulação dirigido pelas finanças.

O processo de inclusão foi acompanhado pela reconfiguração dos padrões de privatização e a segmentação, que avançaram sob novas bases ao lado de restrições financeiras e políticas ao SUS e dos próprios limites, funções e objetivos do Estado neoliberal e do regime político estabelecido. Estas se estabeleceram como dinâmicas estruturais que sustentaram a produção e reprodução de desigualdades assistenciais e do modelo assistencial hegemônico, o processo de acumulação setorial e sua integração à financeirização, a articulação das práticas de saúde com o conjunto das relações sociais, a incorporação e acomodação de demandas e interesses diversos, ao mesmo tempo em que estabeleceu grandes limites políticos e materiais aos avanços democratizantes almejados pela proposta do SUS.

No Capítulo 8 analisamos em profundidade os desdobramentos deste processo. Em primeiro lugar caracterizamos o processo de implementação do neoliberalismo no Brasil em diferentes conjunturas, desde o choque neoliberal do início dos anos 90; passando pela estabilização da economia, massificação da financeirização e reforma do Estado nos governos FHC; pelo ciclo de crescimento econômico durante os governos petistas, que não contestou o neoliberalismo, estimulou a financeirização e acomodou o conflito distributivo dentro do lulismo; pelo ensaio desenvolvimentista a partir do segundo governo Lula e primeiro governo Dilma, que termina de forma trágica com uma conjunção de crises políticas, econômicas, institucionais e sociais e diante de suas próprias contradições; e finalmente pela recomposição de um neoliberalismo autoritário a partir do golpe de 2016 até o presente, com reformas sociais regressivas

A implementação do SUS foi ao longo de três décadas fortemente restringida pelas políticas macroeconômicas vigentes e pela financeirização da economia, que contiveram uma expansão mais significativa do gasto público em saúde, especialmente da esfera federal. A institucionalização do sistema foi guiada principalmente pelo processo de universalização da

cobertura e descentralização das ações e prestação de serviços para estados e, principalmente, municípios. Os secretários de saúde passam a ser a principal força política da coalizão engajada na implementação do SUS, em aliança com o movimento sanitário, que por sua vez enfrentou forte inflexão após a constituinte e voltou suas energias para o processo administrativo e institucional da política de saúde pública. Progressivamente a partir do governo Itamar, e principalmente nos governos FHC, o MS vai abrindo espaços de interlocução com estas frações e outros segmentos sociais prejudicados pelo choque neoliberal e pela conturbada implementação do modelo assistencial neoliberal. Agendas como a expansão da atenção primária e a descentralização foram consenso entre setores progressistas e neoliberais. A ampliação do financiamento público teve apoio de entidade médicas e prestadores privados. No bojo da reforma do Estado, em torno do MS foram produzidos uma série de consensos sobre a necessidade de regulação do modelo assistencial. Os conflitos em torno da liberalização e desregulação do mercado de medicamentos e dos planos e seguros de saúde foram isolados do MS com a criação das agências reguladoras. Os mecanismos de participação social, por sua vez, se expandiram e incorporaram diversos segmentos sociais, mas com limitados poderes frente as disputas estabelecidas e o conflito distributivo.

Durante os governos Lula e Dilma, com os sanitaristas à frente do MS, houve a expansão da oferta pública dentro da institucionalidade estabelecida nos governos FHC, com mudanças incrementais que deram continuidade aos processos de implementação do SUS e intensificaram os mecanismos de obtenção do consenso. A concertação social em torno do modelo assistencial neoliberal, entre público e privado, passou pela aproximação de agentes do Estado e das coalizões políticas de governo dos setores empresariais. No contexto de crescimento econômico, formalização do emprego e ampliação da renda, do crédito e do consumo as contradições setoriais vão se acirrando na medida em que, por um lado, tenta-se articular as políticas de saúde à agenda de desenvolvimento econômico e por outro, há uma significativa ampliação da cobertura de planos de saúde e a financeirização avançava a passo largos.

As mudanças nos anos 80 e 90 possibilitaram ganhos elevados, ampliação de escala dos negócios, além da ampliação da dependência externa no setor farmacêutico. Nos anos 2000, a estabilização promovida pela regulamentação dos mercados e pelas reformas institucionais do governo FHC, o contexto econômico favorável e as relações com o poder possibilitaram que as maiores empresas do setor saúde, notadamente planos e seguros, adentrassem em ciclo financeirização do padrão de acumulação setorial. Isso provocou não

apenas o fortalecimento dos agentes econômicos, mas também o fortalecimento e surgimento de novas entidades de representação de interesses privados, refletindo a transformação da composição social das frações de classes proprietárias do setor saúde e de suas interrelações com outras frações capitalistas nacionais e estrangeiras; mudanças no padrão de atuação política e defesa de interesses, com maior proximidade das empresas e empresários dos núcleos de poder centrais do congresso e do governo, maior capacidade de intervenção em múltiplas esferas institucionais do Estado e do regime democrático; e a construção ideológica de novas visões, propostas e agendas sobre o sistema de saúde brasileiro e o papel do setor privado.

A tentativa de promoção de uma articulação virtuosa entre Estado e mercado em torno da sustentabilidade do SUS e do direito universal à saúde teve bases políticas frágeis e contraditórias, centradas sobretudo na aliança com os produtores de medicamentos nacionais. Estas expectativas se dissolvem na medida em que o próprio ciclo de crescimento interno vai se esgotando e os conflitos distributivos voltam a se acirrar com esgotamento do padrão de regulação lulista. A crescente hegemonia dos setores vinculados à financeirização se manifesta de forma cada vez mais explícita nas políticas públicas, como no caso da abertura dos serviços de saúde ao capital estrangeiro em 2015. Isso se soma à ruptura das entidades médicas com o governo Dilma a partir dos Mais Médicos e a crescente força de setores conservadores no interior das coalizões petistas, disputando espaços institucionais e diretrizes políticas antes dominadas pelas propostas sanitaristas.

Todos estes movimentos se cristalizam como uma crise profunda do consenso sanitário estabelecido ao longo dos quase 30 anos de SUS que estabilizou relativamente os conflitos setoriais. Isso também reflete o contexto regressivo mais geral de recomposição do projeto neoliberal em sua versão autoritária, que passa a questionar frontalmente o pacto social da Constituição de 1988 com um conjunto de reformas sociais, entre elas o novo regime fiscal com congelamento de gastos sociais, com a radicalização da concentração de renda e da financeirização. No setor saúde, distintas frações do bloco político de sustentação ao modelo assistencial neoliberal passam a disputar a direção de reformas pró-mercado do SUS, acentuando seu caráter focalizado e voltado para os mais pobres, além de atuar pela ampliação e diversificação dos espaços mercantis, alinhadas às necessidades do padrão de acumulação financeirizado.

Consideramos que a abordagem adotada na **Parte II** permitiu uma primeira aproximação à tentativa de captar os processos políticos, econômicos, ideológicos, institucionais e sociais que envolvem a economia política da saúde no período democrático e

neoliberal no Brasil. Todavia, apesar do mérito das análises empreendidas, as limitações também são inúmeras, na maioria das vezes decorrentes do próprio risco de se trabalhar com a ideia de totalidade. É possível que diversos fatos e processos analisados tenham nuances relevantes não destacadas ou secundarizadas, além de lacunas empíricas e analíticas.

Este estudo por exemplo, não aprofundou na análise das transformações técnicas, econômicas e políticas da prática médica, no papel das instituições médicas, na questão do trabalho em saúde ou, ainda, nas articulações do modelo assistencial com o processo mais amplo de determinação social do processo saúde e doença a partir da epidemiologia crítica. Outro desafio enfrentado apenas parcialmente é o de lidar com a extensa e fragmentada produção acadêmica sobre as políticas de saúde, o que torna tarefa árdua os esforços de articulação de diferentes contribuições para a compreensão do todo. Também destacamos que nem todos os segmentos políticos e econômicos foram considerados devidamente, como por exemplo o conjunto dos trabalhadores da saúde não-médicos e a indústria de equipamentos de base mecânica e mecatrônica. A questão da incorporação de tecnologias e do aumento e dos custos assistenciais também merece melhores considerações.

Além disso, em função do tempo da tese, não foi possível avançar como gostaríamos em uma periodização mais sistemática do período 1988 e 2016, a partir de quadros, diagramas e tabelas explicativas, o que facilitaria enormemente a compreensão do trabalho pelos leitores. De toda forma, longe de anular a validade da abordagem proposta, estes problemas apontam para uma necessidade de ampliação e complexificação das reflexões aqui apresentadas, que podem seguir pelos múltiplos caminhos abertos.

Por fim, consideramos que este trabalho oferece uma contribuição relevante para o campo da Saúde Coletiva como um todo, abrindo possibilidades de atualização e retomada do pensamento crítico em saúde e de construção de uma nova agenda de pesquisa, reflexão, formulação e ação alinhada a compromissos mais profundos de transformação social, para além dos limites da economia política do setor saúde no contexto democrático e neoliberal.

REFERÊNCIAS

AFONSO, José Roberto Rodrigues; SOARES, Julia Morais; CASTRO, Kleber Pacheco de. **Avaliação da estrutura e do desempenho do sistema tributário brasileiro**: Livro Branco da Tributação Brasileira. [*S. l.*]: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2013. p. 128. (BID, Documento para Discussão, 265).

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e; CASSIOLATO, José Eduardo. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 4, p. 88, 2002.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 45-59, 2017. Disponível: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fKGnvjB45Ts867G4wFNXDRp/?format=html. Acesso em: 10 jan. 2022.

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017.

ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 905-925, 2002.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 263-286, 1999.

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Dimensionamento da economia política na economia da saúde: para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 5, p. 145-160, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/v43nspe5/0103-1104-sdeb-43-spe05-0145.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

ALVES, Maria Helena Moreira. Dilemmas of the Consolidation of Democracy from the top in Brazil: A Political Analysis. **Latin American Perspectives**, p. 47-63, 1988. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0094582X8801500304. Acesso em: 10 jan. 2022.

ALVES, Maria Helena Moreira. **Estado e oposição no Brasil (1964-1984)**. [*S. l.*]: EDUSC, 2005.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos Anos 90. **Physis,** v. 13, p. 157-191, 2003.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1409-1420, 2008.

ANDRIETTA, Lucas Salvador. **Acumulação de capital na saúde brasileira**: estudo exploratório de setores e empresas selecionadas. 2019. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas**,** 2019.

ANDRIETTA, Lucas Salvador; MONTE-CARDOSO, Artur. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor de saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. **Cadernos de Saúde Pública,** 2021 (*no prelo*).

ANDRIETTA, Lucas Salvador; LEMOS, Patrícia Rocha; FAGNANI, Eduardo. Pensions and commodification under the PT governments (2003–2015). **Latin American Perspectives**, v. 47, n. 2, p. 117-130, 2020.

ANGELI, Federica; MAARSE, Hans. Mergers and acquisitions in Western European health care: exploring the role of financial services organizations. **Health Policy**, v. 105, n. 2-3, p. 265-272, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico**. [*S. l.*]: ANVISA, 2017.

APPELBAUM, Eileen; BATT, Rosemary. Private equity buyouts in healthcare: Who wins, who loses? **Institute for New Economic Thinking Working Paper Series**, n. 118, p. 1-115. 2020.

ARMADA, Francisco; MUNTANER, Carles; NAVARRO, Vicente. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 4, p. 729-768, 2001.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [*S. l.*]: Unesp, 2003.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. **Guia 2019**. 2019.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. **Custos da Saúde:** fatos e interpretações. 2017.

AURELIANO, Liana María; DRAIBE, Sônia Miriam. A especificidade do welfare state brasileiro. *In*: BRASIL. Ministério da Previdéncia e Assistència Social. **Projeto**: A polìtica social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização. Brasília: MPAS, 1989. p. 86-179. (Economia e Desenvolvimento, 3).

AZEREDO, Thiago Botelho. **Política Nacional de Medicamentos no Brasil**: da estrutura normativa à reflexão dos agentes sobre o processo de implementação. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BAHIA, Ligia. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. *In:* NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo di (org.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia - Unicamp, 2001. p. 325-361.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In:* LIMA, Nisia Tindade *et al*. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BAHIA, Ligia. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. *In:* MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 123-185.

BAHIA, Ligia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 753-762, 2009.

BAHIA, Ligia. Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. *In:* MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 91-11.

BAHIA, Ligia. Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas e seguros de saúde no Brasil. *In:* COHN, Amelia (org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. [*S. l.*]: E-papers, 2013. p. 65-90.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 158-171, 2018.

BAHIA, Ligia *et al.* From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

BAHIA, Ligia *et al*. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00004420, 2022.

BAIN & COMPANY. **Global healthcare private equity and corporate M&A Report**. Boston: Bain & Company, 2019.

BAIRD, Marcello Fragano. **Saúde em jogo**: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

BANCO MUNDIAL. **World Development Report 1993**: investing in health. Oxford: Oxford University Press, 1993.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 97-109, 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; GOMES, Márcia Maria Garcia; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. O legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula. *In:* MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidade e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 283-320.

BARBOSA, Diego Viegas. **Estrutura societária de empresas:** considerações jurídicas básicas. Nota Técnica 4. Projeto: Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) Inovação e Dinâmica Capitalista. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2016.

BARR, Nicholas. **Economics of the welfare state**. 5. ed. Oxford University Press, USA, 2012.

BARROSO, Aloísio Sérgio; SOUZA, Renildo. **A grande crise capitalista 2007-2013:** gênese, conexões e tendências. [*S. l.*]: Anita Garibaldi, 2013.

BASILE, G.; REYES, A. H. (org.). Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: estudios de descolonización de teorías y políticas. **Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales**, 2021.

BAYLISS, K. **The financialisation of health in England**: lessons from the water sector. Leeds: FESSUD, 2016. (FESSUD Working Paper Series, 131).

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação de capital, fundo público e política social. *In:* BOSCHETTI, Ivanete *et al.* **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 44-63.

BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 29-39, 2014.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al*. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1937-1949, 2018.

BÉRTOLA, L.; OCAMPO J. A. **O desenvolvimento econômico na América Latina desde a independência**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2012.

BIRN, Anne-Emanuelle; NERVI, Laura; SIQUEIRA, Eduardo. Neoliberalism redux: the global health policy agenda and the politics of cooptation in Latin America and beyond. **Development and Change**, v. 47, n. 4, p. 734-759, 2016.

BONFIM, José Ruben de Alcântara; MERCUCCI, Vera Lucia. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BRAGA, Ialê Falleiros. Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo. *In:* BRAGA, Ialê Falleiros. **Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 178-178.

BRAGA, José Carlos de Souza. Financeirização global: o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. *In:* TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luis. **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997. v. 5, p. 195-242.

BRAGA, José Carlos de Souza. **Temporalidade da riqueza**: teoria e dinâmica da financeirização do capitalismo. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2000.

BRAGA, José Carlos de Souza. **Financeirização e a investigação de empresas do Complexo Econômico Industrial da Saúde – notas teóricas preliminares**. Relatório Parcial. Projeto: Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) Inovação e Dinâmica Capitalista. Campinas: [*s. n.*], 2015.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. Saúde e previdência: estudos de política social. *In:* BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 224-224.

BRAGA, José Carlos *et al*. For a political economy of financialization: theory and evidence. **Economia e Sociedade**, v. 26, p. 829-856, 2017.

BRAGA, Ruy. Terra em transe: o fim do lulismo e o retorno da luta de classes. *In:* SINGER, André; LOUREIRO, Isabel (org.). **As contradições do lulismo**: a que ponto chegamos. São Paulo: Boitempo, 2016.

BRAGA, Ruy; GUERRA, Ruy. **A rebeldia do precariado**: trabalho e neoliberalismo no Sul global. São Paulo: Boitempo, 2017.

BRITTO, Jorge Nogueira de Paiva. Diversificação, competências e coerência produtiva. *In:* HASENCLEVER, Lia; KUPFER, David (org.). **Economia industrial**. [*S. l.*]: Elsevier, 2013. p. 193-210.

BRUNO, Miguel; CAFFE, Ricardo. Estado e financeirização no Brasil: interdependências macroeconômicas e limites estruturais ao desenvolvimento. **Economia e Sociedade**, v. 26, p. 1025-1062, 2017.

CAMPINO, Antonio Carlos Coelho. Trajetória da economia da saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-8, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma, repensando a saúde. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 220-220.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques *et al*. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 784-790, 2012.

CARNEIRO, Ricardo. BRASIL, Flávia de Paula Duque. Gestão pública no Brasil do século XXI: tendências reformistas e o desafio da profissionalização. *In:* GADELHA, Paulo *et al*. (ed.). **Brasil Saúde Amanhã**: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

CASSIOLATO, José E.; FALCÓN, Maria Lucia; SZAPIRO, Marina. Novas tecnologias digitais, financeirização e pandemia Covid-19: transformações na dinâmica global produtiva, no papel do Estado e impactos sobre o CEIS. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 51-86, 2021.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA – CEPAL. **Anuário Estatístico da América Latina e Caribe 2020**. Chile: Santiago, 2021.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 421-429, 2010.

CLACSO; ALAMES. **Matriz de estudos de caso e processos de reforma nos sistemas de saúde**: proposta de atributos, categoriase e perguntas-chave. Elaborada pela equipe da Rede SyPS ALAMES e GT Salud Internacional CLACSO. Apresentada como material didático. *Mimeo. 2019.*

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas na prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDILHA, Ana. **How financialization reshapes public health care systems**: the case of assurance maladie. [*S. l.*: *s. n.*], 2020.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2147-2158, 2018.

COSTA, Laís Silveira; BAHIA, Ligia; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Healthcare and development: a dialog with the thinking of Celso Furtado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2119-2127, 2017.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, p. 49-71, 2002.

CROTTY, James. **Capitalism, Macroeconomics and reality**: understanding globalization, financialization, competition and crisis. [*S. l.*]: Edward Elgar Publishing, 2017.

CUETO, Marcos. **Saúde global**: uma breve história. [*S. l.*]: Fiocruz, 2015.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. Medicina e saúde pública na América Latina: uma história. *In:* CUETO, Marcos; PALMER, Steven. **Medicina e Saúde Pública na América Latina**: uma história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 357-357.

DAFNY, Leemore; DUGGAN, Mark; RAMANARAYANAN, Subramaniam. Paying a premium on your premium? Consolidation in the US health insurance industry. **American Economic Review**, v. 102, n. 2, p. 1161-85, 2012.

DAFNY, Leemore; HO, Kate; LEE, Robin S. The price effects of cross-market mergers: theory and evidence from the hospital industry. **The RAND Journal of Economics**, v. 50, n. 2, p. 286-325, 2019.

DAFNY, Leemore S. **Evaluating the impact of health insurance industry consolidation**: learning from experience. New York: Commonwealth Fund, 2015.

DAFNY, Leemore S. Good riddance to big insurance mergers. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 19, p. 1804-1806, 2017.

DAIN, Sulamis *et al.* **Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde**: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação. Relatório Final [internet]. [*S. l.*]: ANS, 2015.

DANTAS, Alexis; KERTSNETZKY, Jacques; PROCHNIK, Victor. Empresa, indústria e mercados. *In:* KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. **Economia industrial**: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. [*S. l.*]: Elsevier, 2013.

DANTAS, André Vianna. Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. *In:* DANTAS, André Vianna. **Do socialismo à democracia**: tática e estratégia na reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 319-319.

DIAS, Leticia Lucia dos Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; PINTO, Cláudia Du Bocage Santos. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil-uma análise crítica. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 543-558, 2019.

DINIZ, Bernardo Palhares Campolina *et al.* Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. 2007. *In:* SILVEIRA, Fernando Gaiger *et al*. (org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2007.

DONG, Gang Nathan. Health Care Reform and the Stock Market: Economic Impact, Growth Opportunity and Private Sector Investors. **Journal of Health Care Finance**, v. 41, n. 2, 2014.

DONNANGELO, Maria Cecília. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. *In:* **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. 1975. p. 174-174.

DONNANGELO, Maria Cecília; Pereira L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRAIBE, Sonia; RIESCO, Manuel. Social policy and development in Latin America: the long view. **Social Policy & Administration**, v. 43, n. 4, p. 328-346, 2009.

DUMÉNIL, Gérard; LEVY, Dominique. Neoliberalismo. *In:* FINE, Ben; SAAD-FILHO**,** Alfredo (org.). **Dicionário de economia política marxista**. São Paulo: Expressão Popular, 2020.

EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. *In:* GIOVANELLA, Lígia *et al*. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 853-883.

FAGNANI, Eduardo. **Política social no Brasil (1964-2002)**: entre a cidadania e a caridade. Campinas: Instituto de Economia - Unicamp, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2006.

FARIAS, Sidney Feitoza *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1043-1053, 2011.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 12-14, 2018.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 3, p. 139-161, 1990.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 213-219, 2005.

FEO, Oscar. **Economia Politica de la Salud**. Texto didático apresentado em curso online em 2020.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FILGUEIRA, Fernando. **Welfare and democracy in Latin America**: the development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states. Geneva: UNRISD, 2005. (Project on Social Policy and Democratization).

FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. *In:* BASUALDO, Eduardo M.; ARCEO, Enrique. **Neoliberalismo y sectores dominantes**: tendencias globales y experiencias nacionales. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

FILGUEIRAS, Luiz. Padrão de reprodução do capital e capitalismo dependente no Brasil atual. **Caderno CRH**, v. 31, p. 519-534, 2018.

FINE, Ben. The continuing enigmas of social policy. *In:* YI, Ilcheong (ed.). **Towards universal health care in emerging economies**. London: Palgrave Macmillan, 2017. p. 29-59.

FINE, Ben; SAAD-FILHO, Alfredo. Thirteen things you need to know about neoliberalism. **Critical Sociology**, v. 43, n. 4-5, p. 685-706, 2017.

FIORI, José Luís. The political economy of the developmentalist state in Brazil. **Cepal Review**, 1992.

FIORI, José Luís. Estado de bem-estar social: padrões e crises. **Physis**, v. 7, p. 129-147, 1997.

FLEURY, Sonia. As ciências sociais em saúde no Brasil. *In:* NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. [*S. l.*]: OPAS, 1985. p. 87-109.

FLEURY, Sonia**. Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sonia. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00058116, 2017.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, P. **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FLEURY, Sonia (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. (Pensamento social em saúde, 3).

FLEURY, Sonia (ed.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FRENKEL, Jacob. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. *In:* NEGRI, Barjas *et al*. **Brasil**: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp, 2001. p. 157-174.

FRITZ, Barbara; LAVINAS, Lena. (org.). **A moment of equality for Latin America?**: challenges for redistribution. Entangled inequalities: exploring global asymmetries. Farnham, UK: Ashgate, 2015.

FURTADO, Celso. **O mito do desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00087917, 2018.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 521-535, 2003.

GADELHA, Carlos A. Grabois. O complexo econômico-industrial da saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 25-49, 2021.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 47-59, 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde**: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do complexo econômico-industrial da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1891-1902, 2018.

GARCIA, Juan César. As ciências sociais em medicina. *In:* GARCIA, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina**. [*S. l.*]: Cortez, 1989. p. 51-67.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 115-128, 2013.

GAYNOR, Martin. **Health care industry consolidation**. Statement before the Committee on Ways and Means Health Subcommittee US House of Representatives, 2011.

GAYNOR, Martin; HAAS-WILSON, Deborah. Change, consolidation, and competition in health care markets. **Journal of Economic Perspectives**, v. 13, n. 1, p. 141-164, 1999.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Editora Fiocruz, 2004.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. *In:* GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 459-492.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, supl. 1: p. 1103-1114, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0363.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUERREIRO, Maria Pandolfi. **Análise dos gastos sociais brasileiros na perspectiva do estado de bem-estar social**: 1988 a 2008. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

GUTTMANN, Robert. Financialization revisited: the rise and fall of finance-led capitalism. **Economia e Sociedade**, v. 26, p. 857-877, 2017.

HAXER, Jeff; STAFFORD, Dale; SCHENCK, Priscilla. **Global healthcare private equity and corporate M&A report 2018**. Chicago: Bain & Company, 2019.

HEREDIA, Nila *et al*. El derecho a la salud:¿ cuál es el modelo para América Latina? Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso. **Medicc Review**, v. 17, 2015.

HIRATUKA, Célio; ROCHA, Marco Antonio Martins da; SARTI, Fernando. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. *In:* GADELHA, P *et al.* (org.). **Brasil saúde amanhã**: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 189-220.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do Estado**: processos de transformação do sistema capitalista de Estados. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

HOODA, Shailender Kumar. Foreign investment in hospital sector in India: trends, pattern and issues. Institue for Studies in Industrial Development. **Working Paper**, 181, Apr. 2015. Disponível em: https://ideas.repec.org/p/sid/wpaper/181.html. Acesso em: 31 maio 2019.

HOODA, Shailender Kumar. Health in the era of neoliberalism: journey from State Provisioning to Financialisation. **Working Paper**, 196, Institute for Studies in Industrial Development, New Delhi, India. 2016. Disponível em: http://isid.org.in/pdf/WP196.pdf. Acesso em: 31 maio 2019.

HUNTER, Benjamin M.; MURRAY, Susan F. Deconstructing the financialization of healthcare. **Development and Change**, v. 50, n. 5, p. 1263-1287, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Conta-satélite de saúde**: Brasil, 2010-2017. [*S. l.*]: IBGE, 2019. (Contas Nacionais, 71).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Equidade fiscal no Brasil**: impactos distributivos da tributação e do gasto social. Brasilia: IPEA, 2011. (Comunicados do IPEA, 92).

IRIART, Celia. The transnationalization of the health care system in Argentina. *In:* MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri (org.). **Commercialization of health care**. London: Palgrave Macmillan, 2005. p. 51-65.

IRIART, Celia. Financial capital versus medical-industrial complex: challenges for the regulatory agencies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1619, 2008.

IRIART, Celia; FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Globalization and health**, v. 7, n. 1, p. 1-12, 2011.

IRIART, Celia; MERHY, Emerson Elías; WAITZKIN, Howard. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 8, p. 1243-1253, 2001.

IRIART, Celia; MERHY, Emerson Elias. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1005-1016, 2017.

JASSO-AGUILAR, Rebeca; WAITZKIN, Howard; LANDWEHR, Angela. Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: Strategies, actions and effects. *In:* MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri (org.). **Commercialization of health care**. London: Palgrave Macmillan, 2005. p. 38-50.

JESSOP, Bob. The changing governance of welfare: recent trends in its primary functions, scale, and modes of coordination. **Social Policy & Administration**, v. 33, n. 4, p. 348-359, 1999.

JESSOP, Bob. Social policy, state and society. **SER Social**, v. 15, n. 33, p. 262-279, 2013.

JESSOP, Bob. **The state**: past, present, future. [*S. l.*]: John Wiley & Sons. 2015.

JESSOP, Bob. Authoritarian neoliberalism: periodization and critique. **South Atlantic Quarterly**, v. 118, n. 2, p. 343-361, 2019. DOI: https://doi.org/10.1215/00382876-7381182.

PESCUMA JR, Antonio; MENDES, Aquilas. O fundo nacional de saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015.

KISS, Catalina *et al.* **Os desafios do Estado Brasileiro para garantia do acesso de medicamentos**: um estudo sobre os encontros e desencontros das políticas sanitária e industrial. 2018. 253 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

KRECH, Rüdiger *et al*. Banking for health: the role of financial sector actors in investing in global health. **BMJ Global Health**, v. 3, suppl 1, p. e000597, 2018.

KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. **Economia industrial**. [*S. l.*]: Elsevier Brasil, 2013.

KWON, Huck-ju; MKANDAWIRE, Thandika; PALME, Joakim. Introduction: social policy and economic development in late industrializers. **International Journal of Social Welfare**, v. 18, p. S1-S11, 2009.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O sujeito n (d) a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 233-242, 2001.

LAURELL, Asa Cristina. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. *In:* LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Cortez, 1995. p. 244-244.

LAVINAS, Lena. Os desafios da financeirização para os sistemas de proteção social. *In:* **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa**: convergências e divergências. São Paulo, SP: Hucitec, 2017a.

LAVINAS, Lena. **The takeover of social policy by financialization**. New York: Palgrave Macmillan US, 2017b.

LAVINAS, Lena. How social developmentalism reframed social policy in Brazil. **New Political Economy**, v. 22, n. 6, p. 628-644, 2017c.

LAVINAS, Lena; ARAÚJO, Eliane; BRUNO, Miguel. Brasil: Vanguarda da financeirização entre os emergentes. Instituto de Economia da UFRJ. **Texto para Discussão**, n. 32, 2017.

LAVINAS, Lena; GENTIL, Denise L. Brasil anos 2000: a política social sob regência da financeirização. **Novos estudos CEBRAP**, v. 37, p. 191-211, 2018.

LAVINAS, Lena; GENTIL, Denise; COBO, Barbara. The controversial Brazilian welfare regime. **UNRISD Working Paper**, 2017.

LAZONICK, William; O'SULLIVAN, Mary. Maximizing shareholder value: a new ideology for corporate governance. **Economy and Society**, v. 29, n. 1, p. 13-35, 2000.

LEE, Daeyong; ZHANG, Fan Alicia. Impact of the medicaid expansion on US health services firms: evidence from the 2010 affordable care act. **Finance Research Letters**, v. 21, p. 172-177, 2017.

LETHBRIDGE, Jane. Strategies of multinational health care companies in Europe and Asia. *In:* MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri (ed.). **Commercialization of health care**: global and local dynamics and policy responses. London: Palgrave Macmillan, 2005a. p. 22-37.

LETHBRIDGE, Jane. The promotion of investment alliances by the World Bank: implications for national health policy. **Global Social Policy**, v. 5, n. 2, p. 203-225, 2005b.

LETHBRIDGE, Jane. **A global review of the expansion of multinational healthcare companies**. Report. Londres: University of Greenwich, 2007.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: OPAS, 2002. (Série Técnica - Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2).

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* La contribución del abordaje de economía política del sector salud a la orientación estratégica de la cooperación de la OPS/OMS en Uruguay. *In:* FERNÁNDEZ GALEANO, Miguel; LEVCOVITZ, Eduardo; OLESKER, Daniel (coord.). **Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay**. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud, 2015.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 269-291, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; COUTO, Maria Helena Costa. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. *In:* NOGUEIRA, R. P. *et al.* (org.). **Tendências recentes das políticas sociais na América Latina**. Brasilia: UnB, 2018. p. 97-118. (Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 3).

LEVI, Maria Luíza; MENDES, Áquilas. Gasto total com saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, v. 8, 2015.

LIMA, Luciana Dias *et al*. Regionalização da Saúde no Brasil. *In:* GIOVANELLA, Lígia. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 823-852.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In:* LIMA, Nísia Trindade *et al*. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 472-485, 2015.

LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lucia de Fátima Nascimento. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. *In:* MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidade e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LISBOA, A. S. **A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planosprivados de saúde no Brasil**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 763-778, 2008.

LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos no Brasil. *In:* HASENCLAVER, Lisa *et al*. (ed.). **Vulnerabilidades do complexo industrial da saúde**: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e assistência farmacêutica. Rio de Janeiro: E-papers, 2018.

MAARSE, Hans. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 5, p. 981-1014, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 521-532, 2011.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri. Health systems and commercialization: in search of good sense. *In:* MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri (org.). **Commercialization of health care**. London: Palgrave Macmillan, 2005a. p. 3-21.

MACKINTOSH, Maureen; KOIVUSALO, Meri (ed.). **Commercialization of health care**: global and local dynamics and policy responses. London: Palgrave Macmillan, 2005b.

MAGALDI, Felipe Sales. Del Fuera Valencius al Fuera Quirino. La restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental de Brasil (2015-2018). **Reviise-Revista de Ciencias Sociales y Humanas**, v. 12, n. 12, p. 91-101, 2018.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 345-362, 2012.

MARTINS, Norberto Montani; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; DRACH, Daniel Chaves. **Financeirização dos planos de saúde**: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007-2019). 2021. Rio de Janeiro: Instituto de Economia - UFRJ, 2021. (Texto para discussão, 1).

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MATTOS, Leonardo Vidal. **Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil**: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MATTOS, Leonardo Vidal. **Critérios de seleção da amostra de empresas de sete subsetores do setor saúde**. Nota Metodológica 1. Projeto: Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) Inovação e Dinâmica Capitalista. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2016.

MATTOS, Leonardo Vidal. **Febraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal**. Texto para discussão. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2018.

MATTOS, Leonardo Vidal. Instabilidade global, universalidade radical. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 2019.

MATTOS, Leonardo Vidal *et al*. **Análise patrimonial de empresas e grupos econômicos do setor saúde**. Nota Metodológica 4. Projeto: Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) Inovação e Dinâmica Capitalista. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2017.

MATTOS, Leonardo Vidal; MELO, D. T.; BAHIA, Ligia. Sistema Único de Saúde. *In:* LIMA, Julio Cesar França (org.). **Dicionário sobre empresas, grupos econômicos e a financeirização da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018.

MATTOS, Leonardo Vidal *et al*. Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular Program: the perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 287-298, 2019.

MATTOS, Leonardo Vidal *et al.* Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021a. No prelo. [Ver capítulo 3 desta tese].

MATTOS, Leonardo Vidal *et al.* Das farmácias comunitárias às grandes redes: expansão, acumulação e financeirização no varejo farmacêutico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021b. No prelo. [Ver capítulo 4 desta tese].

MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 26, n. 2, p. 79 a 115-79 a 115, 1992.

MEDICI, André Cezar. **A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90**. Santiago: Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), 1997. (Cuadernos de la CEPAL, 82).

MEDICI, André Cezar. **História e políticas de saúde**: um balanço do processo de descentralização. 1999. Tese (Doutorado em História Econômica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. 2012. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1183-1197, 2014.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 259-293.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os" ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 841-850, 2009.

MENDES, Aquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa; MARQUES, Rosa Maria. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: ABRES, 2016. p. 139-168.

MENDES, Áquilas *et al*. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 841-860, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In:* MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito sanitário**: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91.

MENENDÉZ, Eduardo Luiz. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideologia de lo posible. *In:* ORGANIZATION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La crisis de la salud pública**: reflexiones para el debate. Washington, DC: OPAS, 1992. p. 103-122.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. [*S. l.*]: Fiocruz, 2006.

MESA-LAGO, Carmelo. **El Desarrollo de la seguridad social en América Latina**. Santiago: CEPAL, 1985. (Informes y estudos CEPAL, 43).

MILBERG, William. Shifting sources and uses of profits: sustaining US financialization with global value chains. **Economy and Society**, v. 37, n. 3, p. 420-451, 2008.

MIZIARA, Nathália Molleis; COUTINHO, Diogo Rosenthal. Problemas na política regulatória do mercado de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

MONTALBAN, Matthieu; SAKINÇ, Mustafa Erdem. Financialization and productive models in the pharmaceutical industry. **Industrial and Corporate Change**, v. 22, n. 4, p. 981-1030, 2013.

MONTE-CARDOSO, Felipe. **A saúde entre os negócios e a questão social**: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985). São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTE CARDOSO, Artur; ANDRIETTA, Lucas. Crescimento, centralização e financeirização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) no Brasil: estudo de empresas selecionadas entre 2008 e 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. No prelo

MONTEIRO, Maria Gabriela. As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. *In:* FLEURY, Sonia (org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 247-289.

MORAIS, Iris Lessa de; ESCOREL, Sarah. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde: inovação e desafios institucionais, 2003 a 2007. *In:* MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 253-281.

NASCIMENTO, Álvaro. Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercado? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, p. 189-250, 2007.

NOGUEIRA, R. P. A ideologia médica neoliberal. *In:* FLEURY, Sonia; AMARANTE, Paulo; BAHIA, Ligia. **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2008. p. 55-58.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz,, 2012.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2035-2042, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FIUZA, Eduardo Pedral Sampaio; COIMBRA, Pedro Henrique Herig. **Inflação dos planos de saúde-2000-2018**. Brasília: Ipea. 2019. (Nota Técnica, 54).

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; GAMA, Filipe Nogueira da. **Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota técnica, 19).

OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 22, p. 8-22, 1988.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Francisco de. Hegemonia às avessas. *In*: RIZEK, Cibele Saliba; OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy. **Hegemonia às avessas**: economia, política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2006.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Oliveira. **(Im) Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019.

ORHANGAZI, Özgür. Financialisation and capital accumulation in the non-financial corporate sector: A theoretical and empirical investigation on the US economy: 1973–2003. **Cambridge Journal Of Economics**, v. 32, n. 6, p. 863-886, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? *In:* FLEURY, S (org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018b. p. 85-114.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **The Lancet**, p. 11-31, 2015.

PAULANI, Leda. **Brasil delivery**: servidão financeira e estado de emergência econômico. São Paulo: Boitempo, 2008.

PAULANI, Leda Maria. A crise do regime de acumulação com dominância da valorização financeira e a situação do Brasil. **Estudos avançados**, v. 23, p. 25-39, 2009.

PAULANI, Leda M. A experiência brasileira entre 2003 e 2014: Neodesenvolvimentismo. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 12, n. 20, p. 135-155, 2017a.

PAULANI, Leda Maria. Não há saída sem a reversão da financeirização. **Estudos Avançados**, v. 31, p. 29-35, 2017b.

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3249-3257, 2011.

PINTO JR. Helder Q. Estratégias de Financiamento. *In:* HASENCLEVER, Lia; KUPFER, D. J. **Economia industrial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 275-281.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, 2439).

PIOVESAN, Márcia Franke. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PLIHON, Dominique. As grandes empresas fragilizadas pela finança. *In:* CHESNAIS, François *et al*. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 133-151.

POLLOCK, Allyson M.; PRICE, David. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. **The Lancet**, v. 356, n. 9246, p. 1995-2000, 2000.

POLLOCK, Allyson M.; PRICE, David. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. **The Lancet**, v. 362, n. 9389, p. 1072-1075, 2003.

PONTES, Ana Lucia de Moura *et al*. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 146-159, 2020.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder e o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

POULANTZAS, Nicos. **Poder político e classes sociais**. Campinas: Ed. Unesp, 2019.

QADEER, Imrana; BARU, Rama. Shrinking spaces for the 'public'in contemporary public health. **Development and Change**, v. 47, n. 4, p. 760-781, 2016.

QUEIROZ, Sérgio; VELAZQUEZ, Alexis Gonzales. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. *In:* NEGRI, Barjas *et al*. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001. p. 123-156.

RAVIOLI, Antonio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho De; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial eo desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROBBINS, Catherine J.; RUDSENSKE, Todd; VAUGHAN, James S. Private equity investment in health care services. **Health Affairs**, v. 27, n. 5, p. 1389-1398, 2008.

ROBINSON, James C. Consolidation and the transformation of competition in health insurance. **Health Affairs**, v. 23, n. 6, p. 11-24, 2004.

ROCHA, Marco Antonio *et al*. **Saúde amanhã**: reestruturação do setor privado de serviços de saúde: atualidade e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. (Textos para Discussão, 52).

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 37-60, 2014.

RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida; COSTA, Roberta Dorneles Ferreira da; KISS, Catalina. A evolução recente da indústria farmacêutica brasileira nos limites da subordinação econômica. **Physis**, v. 28, p. e280104, 2018.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde**: promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00194316, 2016.

RUGITSKY, Fernando. The decline of neoliberalism: a play in three acts. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 40, p. 587-603, 2020.

SAAD-FILHO, Alfredo. A interminável crise neoliberal. *In:* BARROSO, Aloísio Sérgio; SOUZA, Renildo (org.). **A grande crise capitalista global 2007-2013**. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Mauricio Grabois, 2013. p. 375-389.

SAAD-FILHO, Alfredo. **Value and crisis**: essays on labour, money and contemporary capitalism. [*S. l.*]: Brill, 2019.

SAAD-FILHO, Alfredo. Varieties of neoliberalism in Brazil (2003–2019). **Latin American Perspectives**, v. 47, n. 1, p. 9-27, 2020.

SAAD-FILHO, Alfredo. Endgame: from crisis in neoliberalism to crises of neoliberalism. **Human Geography**, v. 14, n. 1, p. 133-137, 2021.

SAAD FILHO, Alfredo; MORAIS, Lecio. **Brasil**: neoliberalismo versus democracia. São Paulo: Boitempo, 2019.

SAKSENA, Priyanka; HSU, Justine; EVANS, David B. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. **PLoS Medicine**, v. 11, n. 9, p. e1001701, 2014.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010a.

SALVADOR, Evilasio. Public fund and social policies in the crisis of capitalism. **Serviço Social & Sociedade**, p. 605-631, 2010.

SAMPAIO, Plínio de Arruda. Para além da ambiguidade: uma reflexão histórica sobre a CF/88. *In:* CARDOSO JR., José Celso Pereira (org.). **A constituição brasileira de 1988 revisitada**: recuperação histórica e desafios. Brasília: Ipea, 2009. p. 37-52.

SANTOS, Jamilli Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 219-230, 2016.

SANTOS, Milton *et al.* International trade and health care in Brazil: an unpredicted tale threatening health care entitlement? **International Journal of Health Services**, v. 49, n. 2, p. 343-359, 2019.

SANTOS, Milton; TRAVASSOS, C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. No prelo.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con (di) vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 99-113, 2017.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. [*S. l.*: *s. n.*], 1987. p. 89-89.

SARTI, Fernando; HIRATUKA, Celio; FONSECA, Camila. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 129-143, 2021.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 947-956, 2011.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 96-103, 2013.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Ligia. **Representação política e interesses particulares na saúde**: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento das campanhas eleitorais em 2014. Relatório de pesquisa. 25 fev. 2015.

SCHOEN, Cathy; COLLINS, Sara R. The big five health insurers' membership and revenue trends: implications for public policy. **Health Affairs**, v. 36, n. 12, p. 2185-2194, 2017.

SEKHRI, Neelam; SAVEDOFF, William. Private health insurance: implications for developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 2, p. 127-134, 2005.

SERFATI, Claude. O papel ativo dos grupos predominantemente industriais na financeirização da economia. *In*: CHESNAIS, François (org.). **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos. São Paulo: Xamã, 1998. p. 141-181

SERFATI, Claude. O papel ativo dos grupos predominantemente industriais na financeirização da economia. *In:* CHESNAIS, François (org.). **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos. São Paulo: Xamã, p. 141-181, 1998.

SERFATI, Claude. Transnational corporations as financial groups. **Work Organisation, Labour and Globalisation**, v. 5, n. 1, p. 10-38, 2011.

SERVO, Luciana Mendes Santos *et al.* Financiamento da saúde no Brasil. 2012. *In:* MONTEIRO NETO, Aristides Coordenador *et al.* **Brasil em desenvolvimento 2011**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília, DF: Ipea, 2012. v. 1.

SESTELO, José Antonio de Freitas. **Planos de saúde e dominância financeira**. [*S. l.*]: EDUFBA, 2018a.

SESTELO, José Antonio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2027-2034, 2018b.

SESTELO, José Antonio de Freitas *et al*. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, v. 26, p. 1097-1126, 2017.

SESTELO, José Antonio de Freitas *et al*. Bolsonarismo na Saúde. *In:* BOLSONARISMO: ensaio de interpretação. Rio de Janeiro: Gramma, 2020.

SESTELO, José Antonio de Freitas; Scheffer, Mário; Bahia, Lígia. Planos e seguros de saúde: a financeirização das empresas e grupos econômicos controladores do esquema comercial privativo de assistência no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. No prelo.

SETA, Marismary Horsth de; OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3225-3234, 2017.

SHAFFER, Ellen R. *et al*. Global trade and public health. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 1, p. 23-34, 2005.

SILVA, Hudson P.; VIANA, Ana LD. Health technology diffusion in developing countries: a case study of CT scanners in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 26, n. 5, p. 385-394, 2011.

SILVA, Thiago Henrique dos Santos. Entre o consenso e o minotauro da saúde: um balanço da estratégia da reforma sanitária. *In*: FLEURY, Sonia (org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 291-336.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; GAIGER, M. F. C. **O gasto em saúde e suas bases de financiamento**: dinâmica e tendências para o Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Texto para discussão. Brasil Saúde Amanhã. No prelo.

SILVEIRA, F.; PASSOS, Luana. Renúncias fiscais e tributação da riqueza: as capturas pelas elites econômicas e classe média tradicional. *In*: FAGNANI, Eduardo (org.). **A reforma tributária necessária**: diagnóstico e premissas. Brasília: ANFIP: FENAFISCO, 2018. v. 1, p. 705-738.

SILVEIRA, Lucas Bronzato. **A produção teórica da saúde coletiva brasileira na década de 90**: texto, contexto e mudança social. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo**: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SINGER, André. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. *In:* SINGER, André; LOUREIRO, Isabel (org.). **As contradições do lulismo**: a que ponto chegamos? São Paulo: Boitempo, 2016.

SINGER, André. **O lulismo em crise**: um quebra-cabeça do período Dilma (2011-2016). São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SMITH, Richard D. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 11, p. 2313-2323, 2004.

SMITH, Richard D.; CHANDA, Rupa; TANGCHAROENSATHIEN, Viroj. Trade in health-related services. **The Lancet**, v. 373, n. 9663, p. 593-601, 2009.

SOARES, Cristiane *et al.* Uma contribuição para compreender a indústria farmacêutica na dinâmica capitalista financeirizada. **Physis**, v. 30, 2020.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. *In:* SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. Anna Nery/UFRJ, 1998. p. 630-630.

SODRÉ, Francis; BUSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Lígia (org.). **Organizações sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec, 2018.

STOCKHAMMER, Engelbert. Financialisation and the slowdown of accumulation. **Cambridge Journal of Economics**, v. 28, n. 5, p. 719-741, 2004.

TAVARES, Maria da Conceição. A retomada da hegemonia norte-americana. *In:* TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luis (org.), **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 27-54.

TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luis. **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1998.

TEODORO, R. Dilemas públicos e demandas corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. *In:* FLEURY, Sonia. (org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 221-246.

THOMSON, Sarah *et al*. **Economic crisis, health systems and health in Europe**: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO**,** 2014.

TOWN, Robert J. *et al*. Hospital consolidation and racial/income disparities in health insurance coverage. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1170-1180, 2007.

TULUM, Öner; LAZONICK, William. Financialized corporations in a national innovation system: the US pharmaceutical industry. **International Journal of Political Economy**, v. 47, n. 3-4, p. 281-316, 2018.

TURINO, Fabiana *et al.* Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil. **International Journal of Health Services**, v. 51, n. 1, p. 90-100, 2021.

TURINO, Fabiana *et al*. Seguindo o dinheiro: análise dos repasses financeiros do Município do Rio de Janeiro, Brasil, para as organizações sociais de saúde. **Cadernos de Saúde Publica**, 2021. No prelo.

VALOR ECONÔMICO. **Anuário Valor 1000**. São Paulo: Valor econômico, 2019.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al*. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1765-1777, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Avila; FONSECA, Ana Maria Medeiros da; SILVA, Hudson Pacifico da. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Avila; MIRANDA, Alcides Silva de; SILVA, Hudson Pacifico da. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. *In:* DE NORONHA, José Carvalho *et al*. (ed.). **Brasil saúde Amanhã**: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Avila; SILVA, Pacifico da; ELIAS, Paulo E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 37, p. 7-20, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; YI, Ilcheong. Universalizing health care in Brazil: opportunities and challenges. *In:* YI, Ilcheong (ed.). **Towards universal health care in emerging economies**. London: Palgrave Macmillan UK, 2017.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis**, v. 12, p. 375-390, 2002.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: IUPERJ/ Universidade Candido Mendes, 1998.

VURAL, Ipek Eren. Financialisation in health care: an analysis of private equity fund investments in Turkey. **Social Science & Medicine**, v. 187, p. 276-286, 2017.

WAGSTAFF, Adam; CULYER, Anthony J. Four decades of health economics through a bibliometric lens. **Journal of Health Economics**, v. 31, n. 2, p. 406-439, 2012. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629612000306. Acesso em 10 jan. 2022.

WAITZKIN, Howard *et al*. Global trade, public health, and health services: Stakeholders' constructions of the key issues. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 5, p. 893-906, 2005.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ZUCKERMAN, Alan M. Healthcare mergers and acquisitions: strategies for consolidation. **Frontiers of Health Services Management**, v. 27, n. 4, p. 3-12, 2011.