

Neoliberalismo e a crise da saúde pública: privatização, desigualdade e a busca pela eficiência

Recebido: 1 de novembro de 2024 • Aprovado: 20 de novembro de 2024
<https://doi.org/10.22395/ojum.v24n51a5032>

José Adércio Leite Sampaio

Pontifícia Universidade Católica do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil
joseadercio.contato@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9452-4811>

Meire Furbino

Pontifícia Universidade Católica do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil
meirefurbino@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-4463-9554>

Resumo

Este artigo examina o impacto do neoliberalismo na governança global de saúde, evidenciando como a privatização, fragmentação e desregulamentação dos serviços contribuíram para a fragilização dos sistemas públicos e o agravamento das desigualdades no acesso, especialmente, durante pandemias. O objetivo central é analisar os sistemas de atendimento à saúde, identificando suas fragilidades e potencialidades. São analisados os sistemas do Brasil (SUS) e do Reino Unido (NHS), cujas características são contrastadas com o modelo adotado na Coreia do Sul. Aplica-se o método dedutivo e uma metodologia de investigação científica, baseada em revisão bibliográfica realizada de literatura especializada —incluindo livros, periódicos, relatórios e artigos acadêmicos— que permitem uma análise crítica do impacto do neoliberalismo e da busca por alternativas que reposicionem o Estado como protagonista na garantia do direito à saúde. Demonstra-se a influência do neoliberalismo nos sistemas de saúde do Brasil e do Reino Unido, bem como o novo modelo adotado na Coreia do Sul. Ao final, conclui-se que, considerando a saúde um direito universal e um bem público fundamental, é imperativo reavaliar os modelos de assistência, priorizando a universalidade, a equidade e a capacidade de resposta a crises sanitárias, em detrimento de uma lógica centrada no mercado.

Palavras-chave: neoliberalismo; sistemas de saúde pública; regulação; desigualdade; pandemia.

Neoliberalism and Public Health Crisis: Privatization, Inequality, and a Quest for Efficiency

Abstract

This article examines neoliberalism's impact on global healthcare governance, highlighting how privatization, fragmentation, and deregulation of services contributed to the weakening of public systems and the worsening of access inequalities, especially during pandemics. The central objective is to analyze health care systems, identifying their weaknesses and potential. The analysis includes the systems in Brazil (SUS) and the United Kingdom (NHS), whose characteristics are contrasted with the model South Korea adopted. The article applies a deductive method and a scientific research methodology based on a specialized bibliographic review—including books, journals, reports, and academic articles—that allows for a critical analysis of the impact of neoliberalism and the search for alternatives that reposition the State as a protagonist in guaranteeing the right to healthcare. This article demonstrates the influence of neoliberalism on the healthcare systems in Brazil and the United Kingdom, as well as the new model South Korea adopted. Finally, it is concluded that, considering healthcare as a universal right and a fundamental public asset, it is essential to reevaluate care models, prioritizing universality, equity, and the capacity to respond to healthcare crises, to the detriment of a market-centered logic.

Keywords: neoliberalism; public health systems; regulation; inequality; pandemic.

Neoliberalismo y crisis de la salud pública: privatización, desigualdad y búsqueda de eficiencia

Resumen

Este artículo examina el impacto del neoliberalismo en la gobernanza global de la salud, evidenciando cómo la privatización, fragmentación y desregulación de los servicios contribuyeron al debilitamiento de los sistemas públicos y al agravamiento de las desigualdades en el acceso, especialmente durante las pandemias. El objetivo central es analizar los sistemas de atención a la salud, identificando sus fragilidades y potencialidades. Se analizan los sistemas de Brasil (SUS) y del Reino Unido (NHS), cuyas características se contrastan con el modelo adoptado en Corea del Sur. Se aplica el método deductivo y una metodología de investigación científica basada en revisión bibliográfica especializada —incluyendo libros, revistas, informes y artículos académicos— que permiten un análisis crítico del impacto del neoliberalismo y de la búsqueda de alternativas que reposicionen al Estado como protagonista en la garantía del derecho a la salud. Se demuestra la influencia del neoliberalismo en los sistemas de salud de Brasil y del Reino Unido, así como el nuevo modelo adoptado en Corea del Sur. Finalmente, se concluye que, considerando la salud como un derecho universal y un bien público fundamental, es imperativo reevaluar los modelos de atención, priorizando la universalidad, la equidad y la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias, en detrimento de una lógica centrada en el mercado.

Palabras clave: neoliberalismo; sistemas de salud pública; regulación; desigualdad; pandemia.

Introdução

Este trabalho é resultado de pesquisas acadêmicas sobre a garantia do direito fundamental à saúde, previsto na Constituição Federal do Brasil de 1988, e sobre como o neoliberalismo impacta na consolidação do referido direito. Visitam-se sistemas estrangeiros comparativamente, como será exposto ao longo do texto.

A partir da década de 1980, a lógica de mercado —com sua ênfase na privatização, liberalização e desregulamentação— impactou profundamente os serviços públicos, incluindo os de saúde, com consequências significativas para a qualidade, acesso e equidade nos cuidados de saúde.

A ascensão do neoliberalismo e a promessa de um Estado mínimo levaram à transferência de responsabilidades do Estado para o setor privado, sob a justificativa de maior eficiência e redução do patrimonialismo. No entanto, essa reestruturação resultou na fragmentação dos sistemas de saúde, na captura regulatória por parte de interesses privados e no subfinanciamento crônico do setor público.

Essa lógica pode ser diagnosticada em sistemas de saúde como do Reino Unido (National Health System - NHS) e do Brasil (Sistema Único de Saúde - SUS), dois países que, apesar de contextos distintos, experimentaram processos semelhantes de privatização e fragmentação, que evidenciam o profundo impacto das reformas neoliberais e suas consequências para os usuários.

As fragilidades desses sistemas reestruturados e as consequências da falta de coordenação, planejamento e investimento público, podem ser exemplificadas com as ações tomadas no período da pandemia de COVID-19 e a consequente falta de efetividade das medidas adotadas. Por outro lado, a Coreia do Sul oferece outro modelo, ao optar por reverter o processo de privatização e recentralizar a autoridade regulatória, o que repercutiu na tomada de ações eficientes para conter a disseminação do vírus e em um controle mais rápido da pandemia.

Nesta pesquisa, baseada no método dedutivo, investiga-se cientificamente o tema, com base em revisão bibliográfica e documental, apoiada em livros, artigos científicos, relatórios de organizações internacionais e documentos governamentais, para traçar um panorama das mudanças na governança de saúde nas últimas décadas.

O objetivo central é analisar os sistemas de atendimento à saúde, para apontar as fragilidades e pontos positivos. São abordados os sistemas do Brasil (Sistema Único de Saúde - SUS) e do Reino Unido (National Health System - NHS), cujas características principais são contrastadas com o modelo implementado na Coreia do Sul (National Health Insurance - NHI). Como objetivos secundários, busca-se apresentar o contexto histórico da formação do Estado, desde a constituição dos Estados constitucionais; descrever sucintamente o constitucionalismo formal e constitucionalismo material diante de um Estado de Bem-estar e do Estado Neoliberal; apresentar

a Organização Mundial do Comércio e a Governança Global de Saúde diante dos modelos do sistema de saúde do Brasil, Reino Unido, e Coreia do Sul e, por fim, descrever os impactos da Pandemia do Covid 19 frente à influência do estado neoliberal diante do sistema de saúde mundial.

Por meio de análise crítica da literatura, pretende-se desvendar os impactos do (re)arranjo estatal na saúde, revelando as contradições entre o discurso da eficiência e a realidade da desigualdade, da fragmentação e da captura por interesses privados.

Argumenta-se que a reestruturação neoliberal dos serviços de saúde contribuiu para o aumento da desigualdade no acesso à saúde, tanto entre países ricos e pobres quanto entre diferentes grupos sociais dentro dos países. A pandemia da COVID-19 evidenciou as disparidades existentes, com as populações mais pobres e marginalizadas sofrendo desproporcionalmente com a falta de acesso a serviços de saúde adequados.

Ao final, aponta-se a necessidade de repensar a governança global de saúde, com foco na regulação eficaz, no fortalecimento do setor público e na garantia do direito universal à saúde, buscando modelos que priorizem a equidade, a universalidade e a capacidade de resposta a emergências sanitárias, em detrimento da lógica de mercado e da privatização.

1. Contexto histórico: a ascensão do neoliberalismo e o estado mínimo

O Estado passou por diferentes sentidos e formulações desde a constituição dos Estados constitucionais. Em sua primeira concepção, tratava-se de um Estado de não ou de mínima intervenção na esfera privada e no mercado, o famoso modelo “laissez-faire”, de intervenção estatal mínima (Keynes, 1926; Sampaio, 2013). A crise econômica e social do final do século XIX e início do XX, agravada pelo risco do Comunismo —que, nos países pós-coloniais, exigia mais ainda o empenho de manter a lealdade dos cidadãos— levou a reformas institucionais e econômicas que resultaram no Estado de bem-estar social. Embora tenham adotado diferentes características, todos tinham, em maior ou menor grau, a centralidade estatal como planejador da economia e provedor de serviços públicos (Levi-Faur, 2005).

A crise econômico-social das décadas de 1970 e 1980, gerada principalmente pelos choques do petróleo, pelos sucessivos aumentos das taxas de juros e da inflação, além do crescimento demográfico e da perda de eficiência das atividades estatais, resultou na incapacidade fiscal de sustentação do modelo de bem-estar social. As críticas dos autodenominados “neoliberais” da Sociedade Mont Pèlerin —quanto à incapacidade do Estado em gerir eficientemente e ao suposto potencial do mercado para gerar riqueza— alimentaram propostas de um novo liberalismo, cuja lógica de mercado se projetava não apenas sobre os espaços antes ocupados pelo Estado, mas também em seu interior (Mirowski e Plehwe, 2009; Sampaio, 2013; Slobodian, 2018).

A “modernização” do Estado passou a ocorrer por meio de uma administração gerencial (a “*new public management*”), que evoluiu para uma “governança pública” orientada por reformas administrativas e redefinições do papel estatal, pautadas pela eficiência, publicidade e parceria com as empresas e a sociedade civil, visando a uma “solução inovadora” para os problemas sociais e para o desenvolvimento socioeconômico sustentável (Kissler e Heidemann, 2006). Em lugar da hierarquia, o novo modelo exigia cooperação; em vez de um Estado provedor, propunha-se um Estado ativador e coordenador de outros atores sociais e econômicos para geração de bem-estar; em vez de dirigente ou gestor, um Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com essesatores. A governança seria a sinergia entre uma hierarquia modulada pela burocracia estatal, a concorrência orientada à eficiência de mercado e a comunicação baseada na confiança da sociedade civil (Kissler e Heidemann, 2006).

No ideário neoliberal, as mudanças passavam necessariamente pela privatização da lógica de gestão, de estruturas e funções estatais —com a transferência de setores da economia que eram direta ou indiretamente propriedade do Estado— pela liberalização das restrições às dinâmicas do mercado, ao comércio, às importações e aos fluxos de capitais externos; e desregulamentação com a diminuição ou “flexibilização” das normas de mercado, como o abandono do controle ou regulação de preços e a reformulação das leis antitruste com a finalidade de ampliar a concorrência. Há, contudo, quem identifique diferenças de ênfases: a privatização é utilizada como “palavra-código” para reformas de mercado em economias em transição; a liberalização, para economias em desenvolvimento, e a desregulamentação, para países com industrialização avançada (Vogel, 2018, p. 120). A “grande revolução” não se restringiu às economias centrais.

O Consenso de Washington, conceito e termo cunhado por John Williamson em 1989, estabeleceu dez princípios que deveriam orientar tais reformas. Além da tríade de privatização, liberação e desregulamentação, propunha-se uma rigorosa disciplina fiscal, evitando grandes déficits fiscais em relação ao PIB e redirecionando os gastos públicos de subsídios —especialmente os indiscriminados— para áreas estratégicas de crescimento e redução da pobreza, como a educação primária, atenção básica à saúde e o investimento em infraestrutura. Com semelhante objetivo, deveria ser adotada uma reforma tributária que ampliasse a base tributária e adotasse alíquotas marginais moderadas, assim como fosse estabelecida ou reforçada a garantia jurídica do direito de propriedade (Moe, 1995).

Por fim, o câmbio e os juros deveriam receber especial atenção. A política de câmbio deveria de ser competitiva integrando uma economia orientada para o exterior, na qual a restrição do balanço de pagamentos fosse superada principalmente pelo crescimento das exportações, e não pela substituição de importações. As taxas de juros deveriam ser determinadas pelo mercado, a fim de evitar a má alocação de

recursos resultante do racionamento de crédito feito por burocratas segundo atendendo a critérios arbitrários. Essas taxas deveriam ser moderadamente positivas, com o objetivo de estimular o investimento produtivo e evitar risco de explosão da dívida pública (Moe, 1995).

Embora voltado inicialmente para a América Latina, o Consenso transformou-se em uma cartilha do novo liberalismo, funcionando como receituário de Estado minimalista e de política econômica monetarista, austera e aberta ao capital internacional (Mudge, 2016). Chegou-se a afirmar que o Consenso não era destinado a ser adotado por Washington, onde persistiam o déficit fiscal, medidas protecionistas e regulamentações crescentes, mas sim por países subdesenvolvidos, ou “em desenvolvimento”. Tratava-se, na prática, de uma estratégia para beneficiar empresas e negócios estadunidenses nesses países, por meio da redução dos custos regulatórios sobre os investimentos e as exportações americanas (Stiglitz, 2004, p. 23). De fato, a desregulamentação teve início nos Estados Unidos, no setor de aviação, com a extinção do Conselho de Aeronáutica Civil (*Civil Aeronautics Board*) em 1978, o que levou à redução das tarifas, ampliação da malha viária e melhoria na qualidade dos serviços (World Bank, 2005).

Em seguida, ocorreu a privatização da empresa de telecomunicações AT&T, em 1984, acompanhada por uma série de medidas de desregulamentação adotadas entre 1981 e 1984. Desde então, as agências reguladoras passaram a desempenhar um papel mais ativo com o aumento de seus orçamentos, de seus funcionários e normas (Braithwaite, 2008). Em maior ou menor grau, esse eixo da tríade neoliberal avançou de forma limitada ou foi implementado em moldes “público-privados”. O Estado neoliberal configura-se, na verdade, como um Estado regulador (Levi-Faur, 2005). A desregulamentação, de sua parte, foi a que menos seguiu adiante na prática, pois houve um processo de “rerregulação” (Levi-Faur, 2005; Guttman, 2016; Vogel, 2018). O que se verificou foi a substituição das formas tradicionais de regulação, não apenas pelas crises das contas públicas, mas pela pressão das mudanças tecnológicas, econômicas e ideológicas que ocorreram entre 1970 e 1990. O termo “desregulamentação” é, portanto, ambíguo. Embora possa denotar uma regulamentação menos restritiva ou rígida, na prática, tratou-se de uma “racionalização” das normas existentes ou de sua substituição por regras mais atualizadas ao novo contexto. As regulamentações, em praticamente todo o mundo, cresceram não apenas quantidade, mas também em qualidade (Majone, 1997).

A regulamentação é, de fato, uma defesa do próprio liberalismo, por ser indispensável à correção de algumas “falhas de mercado” e, com isso, garantir sua reprodução cultural e econômica (Holzinger e Schmidt, 2015). A ampliação da iniciativa privada na prestação de bens e serviços — antes restritos ao Estado — por meio das “privatizações”, também exigiu o incremento da regulamentação dessa atuação, com algum

grau de participação dos setores regulados e um sistema de garantias voltado a neutralizar eventuais conflitos de interesse (Braithwaite, 2005, pp. 9-10). A questão não era, como se dizia, desregulamentar, mas sim fazê-lo na medida e na forma adequadas, com a inclusão da sociedade civil ou, pelo menos, de representantes dos setores regulados, caso contrário, os próprios setores seriam autores e destinatários das regulações, a depender do contexto, do setor ou do motivo da regulação. O Estado regulador, embora tivesse como pauta o controle fiscal, criou uma estrutura burocrática complexa e, com ela, gastos públicos adicionais (Kiely, 2018).

Com o modelo de agências independentes, inspirado no modelo americano ou adaptando-o-, essa nova estrutura passou a ter como finalidade principal garantir a concorrência e a eficiência dos mercados, afastando-se do controle democrático sob a suposição de que geraria resultados próximos ao “ótimo de pareto”, substituindo as incertezas geradas pela “política ordinária” que afugentava investidores (Moe, 1995; Rittberger, 2001; Raco, 2016). Da Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, a guinada do processo regulatório —incluindo atividades e serviços anteriormente prestados pelo Estado— migrou para a Europa, Ásia e América Latina (Levi-Faur 2005).

As maiores beneficiadas por esse modelo foram as grandes corporações, que expandiram ainda mais seu poder econômico. O sistema financeiro, em especial, encontrou amplo espaço para expansão, financiando déficits públicos decorrentes de custos burocráticos e de transferências veladas de recursos públicos à iniciativa privada, dentro do propósito geopolítico de ampliação do poder externo dos conglomerados nacionais. A acumulação de capital financeiro foi intensa, que acabou por definir um novo estágio do capitalismo: o capitalismo “financeirizado” (Guttmann, 2016). O setor privado, que se especializou em prestar os serviços públicos, inclusive de saúde, por delegação ou terceirização, foi outro que muito se beneficiou dessa conformação econômica (Sparke, 2020).

2. Do governo à governança

A palavra “governo”, assim como “Estado”, mostrava-se desgastada ou insuficiente para descrever as articulações entre os setores públicos e privado, desenvolvidas à sombra dos resquícios do Estado de bem-estar. O “constitucionalismo formal” era o modelo de uma organização política quase autorreferente, rígida e hierárquica, baseada no comando e controle, que mobilizava os recursos como “prima autoridade” e intervinha diretamente para garantir os resultados sociais e econômicos almejados, estava dando lugar a um “constitucionalismo material”, que se alimentava de relações multicêntricas e pluriordenadas (Sampaio, 2013). Havia necessidade de amplas reformas. Passou-se, com frequência, a empregar o termo “governança” para designar arranjos institucionais e funcionais por meio dos quais os atores políticos, sociais e econômicos, com maior ou menor intervenção do Estado, produziram um sistema

regulatório eficiente. Na perspectiva (neo)liberal, predominante nos anos 1980 e 1990, caberia ao Estado, especialmente por meio das agências administrativas, o papel de mero indutor ou de coordenador das articulações, transferindo a terceiros a prestação de serviços anteriormente públicos. O Banco Mundial foi um dos entusiastas da nova expressão, a significar, em sentido amplo, o processo pelo qual a autoridade é exercida na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país (World Bank, 1992).

Inicialmente entendida em sentido funcional e, posteriormente, estrutural, a autoridade foi incorporada ao conceito de governança, definido como o meio pelo qual uma atividade, ou conjunto de atividades, é controlada ou dirigida, de modo a produzir resultados aceitáveis de acordo com algum padrão previamente estabelecido (Hirst, 2000). Tais atividades seriam exercidas por atores tão diversos quanto as instituições e atores políticos clássicos, os grupos de interesse, a sociedade civil, organizações não governamentais e transnacionais, e mesmo as empresas (Pierre, 2000). As práticas administrativas deveriam mudar do Estado burocrático para o “Estado vazio” (Milward e Provan, 2000a) ou “terceirizado” (Salamon, 1981), um “Estado es-tendido” sustentado por uma “burocracia fantasma” ou por uma “força de trabalho público mista”, composta cada vez menos por servidores públicos e cada vez mais por redes de organizações sem fins lucrativos —e mesmo empresas— contratadas para a prestação de serviços públicos e fornecimento de bens à sociedade (Milward e Provan, 2000b, p. 240). Essa espécie de “governo por procuração” (Kettl, 1988), formada por “cadeias articuladas de terceiros” (Frederickson, 2013, p. 93) era mais adequada à fórmula de “governar sem governo” (Rhodes, 1996), orientada para o desempenho, o resultado, a eficiência (Hirst, 2000; Frederickson, 2013).

Embora se fale em minimalismo estatal (Rhodes, 1996, p. 653; Pierre, 2000, p. 2), o Estado, paradoxalmente, havia crescido — mas sem governo em seu sentido tradicional, isto é, hierárquico e baseado no comando e controle, aquele hierárquico e de comando e controle, mas pelas cadeias articuladas de agências públicas e segmento privado. Crescera pelo incremento e complexidade das questões sociais, econômicas e políticas, desafiados pelo declínio interno e externo da soberania, pela diminuição da importância das fronteiras jurisdicionais e pela fragmentação institucional para dentro e para fora de seu domínio (Frederickson *et al.*, 2012). A ideia era de nenhuma ou mínima regulação desse processo. Em sendo imperiosa, seria deixada à autonomia dos novos atores, cumprindo ao Estado um papel secundário (Majone, 2013). Embora tenha havido uma dispersão de competências e recursos entre diversos atores públicos, coube ainda ao Estado, por meio de autoridades ou agências independentes, técnicas e “despolitizadas” o papel regulatório de coordenação e orientação dos múltiplos atores. O Estado passou a ser chamado de “Estado regulador” ou “Estado administrativo” (Graham *et al.*, 2006; Holzinger e Schmidt, 2015).

A aceleração da mundialização da economia gerou a necessidade de um rearranjo das estruturais globais, a fim de atender às novas demandas econômicas e, minimamente, sociais (Modelska, 2003; Giddens, 2003). A cooperação internacional havia de lidar com os objetivos geopolíticos e geoeconômicos dos Estados e das empresas transnacionais (Keohane, 1984; Gilpin, 2001). Essa tensão não poderia comprometer o projeto de produção capitalista e os fluxos transnacionais de capitais, o que exigiu a criação de um ambiente favorável às transações, por meio da harmonização regulatória. A aprovação de regulamentos e modelos de governança supranacionais levou os Estados, especialmente os de menor renda, a adaptar seus sistemas regulatórios às exigências externas, afastando ainda mais o processo do controle democrático. Organizações internacionais como agências das Nações Unidas, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC) passaram a desempenhar um papel central na viabilização desse projeto (Neumann, 2001; Delazay e Garath, 2002).

O resultado prático das mudanças não foi o esperado (ou prometido). A eficiência regulatória, tanto em nível nacional, quanto internacional, é baixa. A “rede” de regulação esvaziou a capacidade de o Estado e as organizações internacionais garantirem os resultados de suas políticas e do cumprimento dos compromissos assumidos pelos múltiplos atores. O setor de saúde é bem um retrato disso, como se verá adiante. Não é que falem papéis e relatórios, mas carecem de base real e, para piorar o quadro, criam a falsa sensação de que as medidas e ações adequadas foram tomadas a tempo e hora (Jones e Hameiri, 2020).

3. A organização mundial do comércio e a governança global de saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência das Nações Unidas, fundada em 7 de abril de 1948 com o objetivo de assegurar a todos os povos o mais alto nível possível de saúde (World Health Organization, 2009a [1948], art. 1º). Seu papel na prevenção e erradicação de doenças, bem como na expansão dos serviços de atenção primária à saúde em todo mundo tem sido fundamental. A partir dos anos 1980, no entanto, a Organização passou a sofrer sérios cortes orçamentais com a redução de seu financiamento por parte dos Estados doadores mais ricos (Packard, 2016).

Seu orçamento para 2020/2021 montava US\$ 5,8 bilhões, mesmo durante a pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), inferiores aos gastos com saúde de muitos países, sendo quase seis vezes menos do que o orçamento do Ministério da Saúde brasileiro de R\$ 182,3 bilhões – ou US\$ 32,5 bilhões (Who, 2020; Brasil, 2020). Houve um esforço das ONGs, como “Médicins Sans Frontières”, de atenderem às necessidades das populações e países mais carentes, todavia, de modo insuficiente (Packard, 2016, p. 339).

A contínua redução dos aportes à agência obrigou a adoção de uma série de medidas para adaptar-se ao cenário de escassez como o estabelecimento de parcerias público-privadas para os Estados-membros, em especial os mais ricos, refletindo em suas ações as prioridades dos respectivos governos (Rushton, 2011; Jones e Hameiri, 2020; Cole; Dodds, 2021). Ressalta-se que a proposta da OMS "Saúde para Todos" articulada em 1978 na conferência em Alma Ata foi abalada pelas reformas neoliberais. Embora tenha tido de se adaptar à nova conjuntura, a própria OMS não foi integralmente reconfigurada segundo as diretrizes daquelas reformas. A Organização foi crítica às políticas de privatização na área de saúde e contenção de gastos públicos, apontando-as como responsáveis pelo fato de a maioria das pessoas no mundo não gozar de uma boa saúde. Para ela, as desigualdades matam "em grande escala" (WHO, 2008, p. 26)

Muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, têm contestado as associações feitas pela OMS entre certas doenças, como a gripe aviária, com a segurança sanitária mundial, recorrendo ao RSI, que sequer usa o termo "segurança" (Tayob, 2008).

Um exemplo é dado pela política de "securitização" das doenças. Apenas as que são identificadas como ameaças à segurança, por aqueles países, passam a integrar o discurso de segurança sanitária global, no âmbito da OMS e da Iniciativa de Segurança de Saúde Global, deixando de fora outras questões tão ou mais relevantes que ameaçam a saúde individual e populacional em todo o mundo (Laboté e Gagnon, 2010).

A OMC tem capacidade para realizar vigilância epidemiológica em nível mundial, podendo, por exemplo, buscar informações de uma variedade de fontes não governamentais, independente do que seja prestado pelos Estados (Fidler, 2005). Entretanto, a falta de poderes supranacionais lhe impede de efetivamente acompanhar a execução das medidas que impõe aos Estados, como aquelas constantes do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, voltadas para conter eventuais pandemias (Jones e Hameiri, 2020).

Os problemas de acompanhamento das medidas regulatórias acabam repercutindo negativamente sobre a sua eficácia. Apenas um terço dos Estados-membros apresentava as condições sanitárias exigidas pelo RSI de 2005, segundo os relatórios recebidos pela Organização (WHO, 2019). Não era diferente para outras políticas, como os sistemas de classificação tecnocrática, a se incluírem o Índice de Segurança Global e o Índice de Preparação Epidêmica (Oppenheim *et al.*, 2019).

3.1. A governança de saúde em âmbito nacional

O cenário da política regulatória sanitária transnacional se agrava no plano nacional, com privatização ou semiprivatização dos serviços públicos. As mudanças promovidas pela "nova onda liberal" impactaram sensivelmente os sistemas de saúde e a qualidade de vida em praticamente todo o mundo, mas, particularmente, nos países mais

pobres (Packard, 2016). Observou-se uma "recodificação neoliberal da saúde" tanto em nível local quanto global, como estratégia para aumentar a concentração da riqueza, especialmente dos países do Norte, embora continuassem presentes os compromissos duradouros dos Estados com a OMS para o desenvolvimento de programas sanitários universalistas (Sparke, 2020). De forma geral, tais mudanças ocasionaram cortes significativos nos orçamentos sanitários, comprometendo seriamente as políticas públicas (Stuckler e Basu, 2009).

Ao mesmo tempo, foram estabelecidos limites ao recrutamento e retenção de profissionais de saúde. A fixação de tetos salariais no setor público, por meio de limites diretos e indiretos de gastos, desestimulou tanto a contratação de novos servidores qualificados quanto a permanência dos já vinculados ao serviço público (Marphatia, 2009). Nos países que possuíam serviços públicos de saúde, houve uma tendência geral de redução de sua cobertura, transferindo custos para os indivíduos, mediante a imposição de taxas de uso e copagamentos pelos serviços e, onde vigente, sobre a dispensação de medicamentos. A privatização ocorreu por dois caminhos principais: pela abertura dos mercados a provedores privados (Homedes e Ugalde, 2005) e pela "ONG-ização" da prestação de serviços de saúde (Sparke, 2020, p. 14). O resultado quase sempre foi de fragmentação dos serviços de saúde em redes de agentes privados, públicos ou quase públicos, que rebaixaram o nível de atendimento e tornaram mais difíceis os controles, tanto nas economias centrais, como bem revela o caso britânico descrito em seguida (Sturgeon, 2014), quanto naqueles em desenvolvimento (Owoh, 1996).

A maioria dos países adotou, pelo menos, o modelo contratual ou misto de relações entre o Estado, sua agência sanitária ou equivalente e as prestadoras de serviço de saúde. Em vista disso, falta-lhe a assertividade necessária, muitas vezes, por carência de recursos humanos, para fazê-las cumprir os deveres assumidos, ainda que haja algum nível de financiamento estatal. Até mesmo regras de direito público encontram dificuldades de incidência e de sancionamento diante desse quadro (Jones e Hameiri, 2020). Os mecanismos de controle foram duramente afetados. No ambiente médico, a captura contratual e regulatória é mais comum do que se imagina. Entra-se pela porta de uma empresa de saúde e sai-se no saguão de um ministério ou de uma agência reguladora (Peele e Kaye, 2008; Reynolds *et al.*, 2011). O trânsito de pessoas entre consultorias públicas e privadas e órgãos estatais não é incomum. Em dupla-mão. Os altos cargos ou funções do serviço público de saúde, inclusive ministério ou secretaria, costumam ser ocupados por pessoas advindas da iniciativa privada. No exercício da função, passam a conhecer os nichos mais lucrativos e usam desse conhecimento para prestar assessoria às empresas do setor, quando não são eles mesmos os donos ou sócios do empreendimento (Raco, 2016). Essas relações próximas permitem que haja a "privatização dos lucros" e a "socialização dos riscos", pois ficam com a iniciativa privada apenas as atividades mais rentáveis (Raco, 2016). Essa

descrição caberia bem ao Brasil, mas se referia ao Reino Unido. Em 2014, a Comissão de Contas Públicas do Parlamento britânico identificou uma série de práticas antiéticas, afirmando que o governo não gerenciava adequadamente o sistema de saúde, causando prejuízos à população (UK, 2014).

O mais grave — e talvez revelador dos propósitos mais escusos — é que, em alguns lugares, a reestruturação até aumentou os gastos públicos com a saúde, embora tenha reduzido o número de beneficiários, afetando o custeio de outras políticas sociais (Noy, 2011). A reestruturação do sistema sanitário tem sido apontada como geradora ou agravante de uma violência estrutural que se abate, especialmente sobre os países e pessoas menos afortunadas (Farmer, 2004), com impacto sobre a capacidade dos países de prestar os serviços básicos de saúde, de combater as doenças infecciosas, a mortalidade infantil e materna (La Forgia e Couttolenc, 2008; Stucker e Basu, 2009). As mudanças promovidas, quando associadas a outros fatores também estimulados pela lógica econômica, como a redução das florestas pela expansão do agronegócio exportador e, pela contenção de gastos ou liberalização comercial forçada, as restrições à produção doméstica de insumos médicos e de produtos genéricos, promoveram crises epidemiológicas como o surto de Ebola na África Ocidental (Kentikelenis *et al.*, 2014) e a volta da tuberculose mais resistentes na América Latina (Kim *et al.*, 2005). É como se fosse preciso a morte para permitir o crescimento (Kim, 2000).

3.2. O modelo britânico de regulação de saúde

Desde os anos 1980 que o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) passou por um profundo e contínuo processo de fragmentação (Pollock e Price, 2011). É importante destacar que O "National Health Service" é composto por três grandes sistemas: o NHS inglês, o NHS escocês e o NHS galês. O sistema de Saúde e Assistência Social da Irlanda do Norte foi criado separadamente. A quase totalidade dos serviços médicos não é cobrada dos residentes no Reino Unido. Em muitos casos, porém, é exigido um copagamento dos pacientes. Os sistemas são quase inteiramente financiados por impostos e contribuições para a Previdência Social, além do copagamento para alguns serviços. Em geral, sua eficiência é considerada alta, com baixos custos administrativos, quando comparada a outros sistemas equivalentes no mundo (RCP, 2016; Dayan, 2018). O sistema possui, por exemplo, uma divisão entre "comissários" e "provedores" de serviços de saúde. Esses últimos foram divididos em cinco modelos de competição de mercado, tornando-se depois órgãos semiautônomos, submetidos ao controle de "Foundation Trusts" e não ao governo (Pollock e Price, 2011, pp. 297-298). Dentro da estrutura do NHS, existem diversos subsistemas de serviços contratados com a iniciativa privada, incluindo projetos de construção, gestão de instalações e outras atividades de apoio, com disposições próprias e, quase sempre, com financiamento público (Sturgeon, 2014). O Departamento de Saúde (DoH), apesar de ter função reguladora, exerce muito pouco controle regulatório direto, a não ser como um

definidor nacional de linhas regulatórias gerais para que os “quangos”, uma miríade de organizações não governamentais em parceria com instituições públicas, regulem a qualidade dos serviços e promovam a concorrência no setor (Pollock e Price, 2011).

Em alguns espaços territoriais, a definição dos serviços a serem prestados não é mais uma tarefa dos servidores públicos da saúde, mas dos consórcios locais, chamados de “*Care Commissioning Groups*” (CCGs), que, então, contratam o NHS e provedores privados. O DoH é chamado a custear essas atividades.

Mesmo as mudanças retóricas das agências internacionais, como o FMI e Banco Mundial, na virada do milênio, no sentido de serem adotadas estratégias para redução da pobreza (IMF; WB, 2002) não levou a um cenário diferente. As agências continuaram a impor a lógica de mercado e a política de austeridade fiscal como condições para ajuda e reestruturação das dívidas (Wamala *et al.*, 2007; Packard, 2016, p. 264).

É tamanha a complexidade do sistema que mesmo os envolvidos não sabem exatamente quem é responsável pelo planejamento de saúde (Raco, 2016). Associe-se a todo esse novelo funcional, as medidas de austeridade tomadas após a crise de 2008 que reduziram significativamente a qualidade dos serviços (Charlesworth; Johnson, 2018).

3.3. A reestruturação dos serviços de saúde no Brasil a partir de 1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, concebido como uma rede integrada edescentralizada de agentes promotores da saúde preventiva e curativa, conforme previsto na Constituição de 1988, representou uma das maiores conquistas da medicina social no país. No referido sistema, a saúde seria financiada pelo orçamento fiscal, enquanto o seguro-saúde adotava o princípio contributivo e estava inserido na política de previdência (Rodrigues *et al.*, 2021). O maior desafio, no primeiro caso, era colocá-lo em prática, em vista da multiplicidade de atores envolvidos, do histórico de clientelismo público-político e, claro, dos poderosos interesses privados. Nos anos 1990, esses interesses conseguiram organizar-se para ocupar os espaços de “complementaridade” da atividade privada, previstos constitucionalmente, com apoio decisivo das diretrizes das agências internacionais. As mudanças de uma administração burocrática para uma administração gerencial inspiravam os reformuladores, que, por meio de intensa propaganda acadêmica e midiática apoiada pelo Banco Mundial, promoviam o discurso da eficiência e da superação do patrimonialismo nos serviços em geral e da saúde em particular (Bresser-Pereira, 1996; Paula, 2005). No entanto, os esforços do Banco Mundial de aumentar o papel do setor privado na gestão e prestação de serviços de saúde não tiveram muito êxito na América Latina. Apenas o Chile, a Colômbia e o Brasil privatizaram, ainda que parcialmente, a gestão ou a prestação de serviços de saúde financiados com recursos públicos. Tanto no Chile, quanto na Colômbia, não houve melhoria na qualidade do atendimento, na equidade e nem

na eficiência. Quem realmente se beneficiou foram as empresas transnacionais, as consultorias e os funcionários do Banco Mundial (Homedes; Ugalde, 2005).

Destaca-se que não houve, com o SUS, a estatização de serviços privados, filantrópicos ou não governamentais de prestação de assistência, que se tornaram “prestadores autônomos” de serviços, embora tenha havido um forte movimento nesse sentido. Coube aos Municípios e, em alguns casos, aos Estados, celebraram contratos e convênios com tais entidades (Borges *et al.*, 2012, p. 83). A manutenção das portas abertas à iniciativa privada contrariava os ideais do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que, desde 1970, defendia um direito à saúde com políticas universais e gratuitas de atendimento médico-hospitalar, em vez do modelo médico assistencial previdenciário (Rodrigues *et al.*, 2021).

Três elementos principais catalisaram essa agenda de reforma: a desarticulação institucional, o subfinanciamento público e a privatização. A descentralização apresentava um problema estrutural: o SUS ampliou as atribuições municipais, impondo-lhes a responsabilidade direta pela gestão de riscos sanitários. É certo que cabe à União e, em nível regional, aos Estados, a coordenação e manutenção dos subsistemas municipais, elaborando planos, objetivos e metas de gestão desses riscos e da prestação direta dos serviços. Ainda que contem com a participação dos Municípios, não há, porém, como forçá-los ao cumprimento, a não ser por incentivos financeiros e outros estímulos indiretos (Campos, 2006). Seria previsível que, em vista do quadro nacional, esses mecanismos resultassem em heterogeneidade ao longo do “sistema” e na compartimentação das ações, gerando confusão e trabalhos duplicados, além de contrariar as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde e das resoluções dos Colegiados de Gestão do SUS (CIB e CIT) (a duplicação de serviços (La Forgia e Couttolenc, 2008; Fleury *et al.*, 2010).

A fragmentação do SUS resultou numa dependência dos prestadores privados com e sem fins lucrativos (Reis e Paim, 2021), a ponto de se falar numa “complementaridade invertida”, pois a iniciativa privada se converteu no principal prestador de serviços, enquanto o SUS é que se tornou um apêndice. Com o agravante de que o capital privado busca complementar o setor público nos serviços que tenham maiores retornos financeiros (Carneiro, 2014, p. 115). De fato, houve uma contínua transferência de atividades e serviços da administração pública para a iniciativa privada. A terceirização dos agentes de saúde, médicos e paramédicos, a administração de unidades públicas pela iniciativa privada e a desvinculação da gestão pública de unidades de saúde para o “setor público não estatal”, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), previstas em leis de 1998 e 1999, bem como a Fundações Estaduais criadas por leis das respectivas unidades federativas, tornando privada a administração dos serviços de saúde são sinais de uma privatização contínua (Andreazzi e Bravo, 2014).

Em vista das políticas austeritárias, especialmente pelos limites de gastos de pessoal do setor, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal e pela EC nº 95/2019, o número de cargos de saúde e a remuneração foram duramente abalados, o que estimulou ainda mais a terceirização da contratação de pessoal que não ingressava como gasto com folha de pagamento, fora, portanto, daquele limite. Sem as amarras fiscais e mesmo das exigências constitucionais impostas à Administração Direta, autárquica e fundacional, os profissionais da saúde passaram a ser contratados por meio daquelas organizações e mesmo por empresas com fins lucrativos, de forma precária e com remuneração baixa e competitiva entre as unidades municipais, gerando grande mobilidade da força de trabalho (Borges *et al.*, 2012). Foram para elas também, por meio de termos de cooperação ou parceria, a gestão das instalações físicas do SUS.

O Supremo Tribunal Federal não viu problemas na cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para aquelas entidades, mediante a celebração de convênios e o estabelecimento de metas. Cuidava-se de atividade de “fomento público”, de natureza consensual e participativa, estimulada por sanções premiais, visando à promoção do interesse público. Apenas exigiu que fossem respeitados os princípios da publicidade, objetividade e impessoalidade na celebração dos convênios, mesmo nas hipóteses de dispensa de licitação para contratações e de outorga de permissão de uso de bem público; nos contratos a serem por elas celebrados com terceiros, utilizando-se de recursos públicos; bem como na seleção de seu pessoal, submetendo-se ao controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação das verbas estatais (Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/DF, 2015).

As seguradoras privadas também são grandes usuárias daquelas instalações, para proverem atendimento aos seus clientes, além de atenderem a um mercado sem a proteção do SUS. Os serviços, principalmente a atenção terciária, passaram progressivamente a ser prestados pelos agentes econômicos, contando com subsídios fiscais, quando não com financiamento direto. Em 2019, até a gestão da atenção primária do SUS, sempre muito bem avaliada, foi redefinida com a adoção do modelo de serviço social autônomo, pela Lei nº 13.958/2019, que institui o “Programa Médicos pelo Brasil” e a Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Não fosse a resistência social, a atenção básica à saúde teria sido privatizada, pois fora prevista pelo Decreto nº 10.530, de 27/10/2020, revogado no dia seguinte (Correia *et al.*, 2021; Bousquat *et al.*, 2021). Embora cada vez mais o setor privado tenha se expandido para dentro do SUS, por meio da contratação de serviços privados, os cofres públicos continuaram a fazer a cobertura dos casos de alta complexidade e custos elevados, num claro retrato de captura privada do fundo público com a socialização do risco e privatização do lucro (Borges *et al.*, 2012). Não é à toa que profissionais do setor privado costumam ocupar postos-chave na gestão do SUS, muitos com propósitos de desgastá-lo ou ampliar ainda mais a privatização (Monteiro, 2018; Teixeira e Paim, 2018). Exemplifica-se com o caso do ex-Ministro da Saúde, Luiz Henrique

Mandetta, que foi executivo de plano de saúde e tinha propósitos de privatizar o SUS ou, pelo menos, de cobrar pelos serviços prestados (Benites; Gortázar, 2020). Enfim, uma série de medidas foram adotadas como a redução e o esvaziamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF), embargo à contratação de médicos estrangeiros com a facilitação de contratação de profissionais recém-formados, por meio de contratos com faculdades privadas de medicina, dentro do Programa Mais Médicos pelo Brasil (Sodré, 2020, p. 3).

A abertura do mercado interno ao capital internacional é outro elemento que se alinha com a tendência do projeto e pressão liberais de expansão dos investimentos externos no setor de saúde privado, considerado um dos mais atrativos, como já previa o Acordo Geral de Comércio de Serviços de 1995 (Mutchnick *et al.*, 2005; Santos e Passos, 2010). Enfatiza-se que, desde 1998, a Lei dos Planos de Saúde já admitia o capital estrangeiro nos negócios de assistência suplementar, a incluírem os planos de saúde proprietários de hospitais. Os laboratórios de exames diagnósticos também já recebiam aportes externos, embora não fossem expressamente autorizados. A Lei nº 13.097/2015 permitiu a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde (Scheffer, 2015). Logo após a aprovação da lei, várias firmas americanas aproveitaram a liberalização e passaram a oferecer seguro e assistência médica para as classes média e alta (Homedes e Ugalde, 2005).

Em 1982, o Banco Mundial expressou ressalvas em relação ao modelo de saúde privatizado implementado no Brasil, caracterizando-o como "caótico, elitista, corrupto, irracional e incontrolável". O sistema, baseado em reembolso governamental de despesas do setor privado, foi criticado por sua ineficiência e corrupção generalizada. Auditorias revelaram irregularidades em 90% das contas médicas, incluindo pacientes fictícios, diagnósticos falsos, cobranças duplicadas por internações, internações desnecessárias, cobranças por medicamentos não administrados e cobranças indevidas por serviços como UTI e salas de cirurgia. Essas práticas fraudulentas evidenciam as falhas do modelo privatizado adotado, destacando a necessidade de reformas para garantir um sistema de saúde justo e eficaz (Mcgreevey, 1982, pp. 26-27).

A "reforma na saúde" tinha como promessa melhorar significativamente a oferta e a qualidade dos serviços prestados com a atração de capitais humanos e logísticos que colocassem o Brasil num patamar de destaque (Nogueira, 2010). O discurso efficientista era acompanhado da capacidade de as novas estruturas acabarem ou reduzirem o patrimonialismo que marcava o setor (Paim e Teixeira, 2007).

O subfinanciamento do setor público e o financiamento dos serviços e atividades privadas de saúde completam o quadro. Embora se tenham garantido constitucionalmente aportes orçamentais mínimos para a saúde, os recursos federais, que representam a maior fatia, reduziram-se significativamente entre 1987 e 1997. A maioria dos equipamentos médicos continua nas mãos da iniciativa privada e não foram

detectados sinais de universalização da utilização e oferta de equipamentos médicos importantes para o diagnóstico e tratamento de doenças. Em 2005, por exemplo, oitenta e cinco por cento (85%) dos equipamentos de mamografia pertenciam à iniciativa privada. Os sinais de que esse quadro tenha melhorado não são animadores, pois tem havido, ano após ano, o aumento de instituições e clínicas privadas para realização de exames, diagnóstico e terapia, enquanto os recursos públicos para a saúde diminuem. Calcula-se que as perdas do setor, entre 2018 e 2020, cheguem a R\$22,5 bilhões e, em 2021, a R\$40 bilhões só no âmbito federal, sem contar a baixíssima execução orçamentária desses valores: trinta por cento até o final de julho de 2020 (Correia *et al.*, 2021; Bahia, 2010).

Mesmo sendo o SUS a principal forma de manutenção do sistema de saúde público e privada, as três unidades federativas (União, Estados e Municípios) destinam apenas quarenta e três por cento dos gastos com saúde para ele, atendendo a cerca de setenta e cinco por cento da população, o que é indicativo do subfinanciamento dos serviços públicos e um superfinanciamento das atividades privadas em saúde. Veja-se que, em 2009, excluídos os consultórios particulares, mais de 28% dos estabelecimentos privados eram conveniados ao SUS e 83,3%, a planos de terceiros. A região sul era a que tinha maior número de conveniados, 40 e 86% respectivamente (Santos *et al.*, 2013, p. 86). O resultado é que os gastos das famílias com planos e seguros de saúde, bem como com a compra de medicamentos, aumentaram significativamente entre 1990 e a primeira década do século XXI (Bahia, 2010). No Brasil, os recursos privados, incluindo os dos empregadores, para financiar a saúde são mais elevados do que muitos países da América Latina - como a Bolívia, Colômbia e Costa Rica -, mostram a "injustiça sanitária", pois parcela grande da população, aquela mais carente, fica desassistida ou atendida insuficientemente (Bahia, 2010). Nem mesmo o combate ao patrimonialismo ocorreu com todo esse processo, tendo, em alguns casos, até aumentado (Albino e Liporoni, 2020).

Reis e Paim (2021) anotaram vários golpes contra o SUS desde 2014. Além da abertura da saúde ao capital estrangeiro, enumeraram: (a) prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), acrescida da Desvinculação das Receitas dos Estados (DRE) e da Desvinculação das Receitas dos Municípios (DRM), promovendo redução na participação da União na despesa pública e crescimento da participação dos Estados e Municípios; (b) instituição de planos populares; (c) rejeição da Emenda Popular Saúde + 10; (d) orçamento impositivo; (e) EC 95/2019 sobre Novo Regime Fiscal; (f) Agenda Brasil com cobrança de serviços no SUS; (g) Pasta da Saúde como moeda de troca político-partidária. Teria havido um grande crescimento dos planos privados de saúde e maior financeirização do setor, aprofundando o subfinanciamento, a sub-regulação e a privatização da saúde. Isso significa uma expansão da mercantilização, persistindo o subfinanciamento, a sub-regulação e a privatização da saúde. A EC n.º 95/2019, que fixou o teto de gastos, agravou ainda mais esse quadro.

O próprio Banco Mundial reconheceu que, mesmo com as privatizações, houve pouco progresso na qualidade dos serviços prestados, tanto do ponto de vista dos processos clínicos, quanto da gestão e da incorporação de melhores práticas na prestação de cuidados médicos (La Forgia e Couttolenc, 2008). Além de alta taxa de infecção hospitalar, é ainda expressivo o número de mortes maternas e neonatais em hospitais do SUS (especialmente aqueles usados por mães negras). Trata-se de fator que contribui para o aumento significativo de mortalidade infantil observada na população negra no Brasil. Cerca de noventa e um por cento das mortes maternas nesses hospitais teriam decorrido de negligência médica, sendo, portanto, evitáveis (La Forgia e Couttolenc, 2008, p. 180).

3.4. Os impactos da reestruturação dos serviços de saúde no Reino Unido, Brasil e Coreia do Sul em época de pandemia

O controle epidemiológico, tanto no Brasil quanto no Reino Unido, foi seriamente afetado, dificultando o combate à pandemia causada pela COVID-19. A Estratégia britânica de Preparação para Pandemia de Influenza de 2011, embora reconhecesse as pandemias como uma das maiores ameaças sanitárias ao Reino Unido, carecia de um plano seguro e concreto de prevenção e combate (DH Pandemic Influenza Preparedness Team, 2011, p. 6). As diversas agências nacionais, como o DoH e o Conselho de Segurança Nacional, detinham a tarefa de coordenar as ações e prestar informações ao público, cabendo às autoridades e serviços de saúde locais atuar no plano operacional (UK, 2011, pp. 31-32).

No papel, todavia, a Grã-Bretanha estava preparada para enfrentamento de qualquer pandemia, seguindo os modelos de meta-governança da OMS (Jones e Hameiri, 2020). Quando surgiu a COVID-19, tentou-se colocar em prática a estratégia. O “*Coronavirus Action Plan*”, editado pelo governo em 3 de março de 2020, seguia as suas recomendações. Entre as medidas contidas no plano, o rastreamento em aeroportos e a restrição de atividades públicas —possivelmente as mais concretas— contavam com respaldo científico. No entanto, tratava-se de medidas voltadas ao enfrentamento de gripe, inadequadas para lidar com o novo surto viral, o que fez demorar a adoção de medidas mais restritivas como o “*lockdown*”, o que terminou por acontecer por iniciativa das principais instituições (Gray e Macaskill, 2020). Logo se identificaram os limites operacionais do sistema, como o número máximo de testagem muito aquém do necessário e a falta de suprimentos médicos. O fracasso das medidas regulatórias abriu espaço para um “autoritarismo do improvisado” (Jones e Hameiri, 2020).

O “*Coronavirus Act*”, de 25 de março de 2020, aprovado pela Casa dos Comuns em um único dia, concedeu poderes amplos ao governo, baseado nele e em outras fontes legais “obscuras” para legislar por decretos sem um escrutínio parlamentar mais rigoroso (Ewing, 2020). Poderes quase plenos, pois imediatamente o Parlamento entrou em recesso como se não fosse uma atividade essencial em tempo de crise (Jones

e Rameire, 2020). O que se seguiu foi uma sucessão de improvisações, com adoção de medidas “ad hoc” que, como em todo caso de falta de planejamento, geraram custos significativamente mais elevados. Os contratos de urgência para compra de cestas básicas destinadas aos grupos mais carentes, por exemplo, saíram pelo dobro do preço cobrado pelo varejo e com qualidade inferior à desejável (Chakelian, 2020). O governo permitiu que fabricantes britânicos exportassem suprimentos médicos, sendo obrigado a importar os mesmos produtos em qualidade inferior (Hall *et al.*, 2020). Com os ventiladores aconteceu algo semelhante, preterindo-se a oferta nacional em favor de empresas famosas, mas inexperientes (Gray e Macaskill, 2020). A dependência do Estado de contratos terceirizados deu espaço às críticas de clientelismo, mas havia razão bastante para isso. A única estrutura estatal que funcionou bem foi a que mais se protegeu das mudanças do NPM: as forças armadas, usadas para equipar armazéns do NHS, construir hospitais de campanha, desenvolver *software* para gerenciar suprimentos de EPI, distribuir testes e apoiar centros de vacinação (Jones e Rameire, 2020).

No Brasil, o cenário não foi muito diferente, com o agravante de que houve a politização da pandemia e adoção de estratégias equivocadas em nível federal. Os equívocos vão desde a relutância de o governo antecipar-se ao desenvolvimento da pandemia, à demora excessiva na aquisição de vacinas (apesar das ofertas), e à ênfase no tratamento precoce, mesmo após a comprovação de sua ineficácia, e na aposta por uma suposta “imunidade natural coletiva” ou “de rebanho” que resultou na perda de centena de milhares de vidas e sequelas (Campos, 2020; Caponi *et al.*, 2021; Cezar e Maciel, 2021; Furlam *et al.*, 2021). A crise pandêmica ainda foi usada como uma janela política para enfraquecimento de outras políticas sociais e de proteção ambiental (Vale *et al.*, 2021). Outro agravamento se deu pela rotatividade de Ministros da Saúde, quatro no espaço de menos de dois anos, e pela insistência do Chefe do Executivo federal em ditar as prioridades sanitárias. Dentre tantas ações erráticas ou de intenções duvidosas, houve uma intervenção federal para que a ANVISA suspendesse ensaios clínicos para a vacina (Biernath, 2020). O resultado foi muita desinformação, baixo número de testagens, subnotificações e o descontrole da pandemia.

A existência de um gabinete paralelo e os embates institucionais com ameaças contra os governos estaduais e municipais, que insistissem em adotar políticas restritivas de circulação de pessoas, de isolamento social e uso obrigatório de máscara, levaram o Supremo Tribunal Federal, por mais de uma vez, a afirmar que o papel da União era de coordenar as ações, sem prejuízo das autonomias dos Estados, Distrito Federal e Municípios para adoção de medidas mais restritivas, consoante a situação local.

Aliás, o papel do STF acabou sendo crucial nesse sentido, afirmando-se que, no enfrentamento da pandemia, a competência era descentralizada, comum e concorrente entre todos os entes federativos. Embora a União tivesse papel central e imprescindível de coordenação (ADI-MC-Ref 6.341/DF), não podia afastar qualquer

medida julgada necessária pelas unidades descentralizadas (ADI-MC-Ref 6343/DF). Elas poderiam, independentemente do consentimento prévio do Ministério da Saúde, "requisitar bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será Garantido o pagamento posterior de indenização justa" (ADI 6362 / DF), adotar política de vacinação (ADI 6586/DF; ACO-MC-Ref 3518/DF) e medidas restritivas como o isolamento social (ADPF-MC-Ref 672/DF), inclusive vedando a presença a cultos religiosos (ADPF 811/SP). A omissão do papel de coordenação federal levou a Corte Suprema a determinar à União a prestação de suporte técnico e apoio financeiro para a expansão da rede de UTI no Estado durante o período de emergência sanitária (ACO-MC-Ref 3473/DF; ACO 3475/DF), apresentação de um planejamento detalhado das ações em prática, e das que pretendia adotar, para garantia o suprimento dos insumos do kit intubação (ACO-TP-Ref. 3490/DF) e mesmo a vacinação dos quilombolas na fase prioritária (ADPF-MC 742/DF). Também se declarou inconstitucional veto presidencial em projeto de lei que determinava a utilização de máscaras em locais fechados, inclusive presídios (ADPF 714/DF), a exclusão da contaminação pelo coronavírus da lista de doenças ocupacionais, transferindo o ônus da comprovação ao empregado (ADI 6342/DF) e a limitação de responsabilidade civil e administrativa dos agentes públicos às hipóteses de "erro grosseiro" e "dolo", de modo a legitimar aventuras epidemiológica (ADI-MC 6421/DF).

A crise de respiradores no Amazonas, a sobrecarga de leitos de unidades de terapia intensivas (UTI) e suspeitas de superfaturamento na aquisição de produtos médicos levaram à instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado que tornou públicas as contradições da política federal e, talvez, tenha sido o estímulo para que fossem feitas as aquisições de vacinas. A experiência brasileira com vacinação era reconhecida em todo o mundo e, apesar de ter sido desconsiderada nos primeiros dez meses de pandemia, deu a resposta que a ideologização da doença evitara. Em pouco espaço de tempo, foram alcançados números de países que tinham tomado a dianteira no processo.

O SUS, apesar de sua fragmentação e privatização, conseguiu atuar com algum êxito dentro das circunstâncias. São importantes, por exemplo, o programa nacional de imunizações, o sistema de vigilância epidemiológica e a importância das pesquisas de vacinas e testes em instituições brasileiras para a descoberta de vacinas. Não deixa de ser paradoxal e evidente que as privatizações se ampliaram no período. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) beneficiou as operadoras de planos privados de saúde sob o fundamento de descongestionar o SUS para combater a pandemia, ainda que se tenha registrado um alto número de migração dos usuários de planos de saúde para o sistema público. Parte desses recursos deveria ser usada para garantir o ressarcimento do SUS por aqueles planos, em vez de subsidiá-los. Até mesmo a fila única de leitos no SUS, como exigia a legislação, a igualdade e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), baseado na experiência de diversos países como Austrália,

Espanha, França e Itália, não foi seguida, o que favorecia o setor privado e seus vinte e dois por cento de usuários (Correia, 2021). No âmbito estadual, o processo se deu por meio da contratação de Organizações Sociais, tanto com a construção de hospitais de campanha, quanto com a ampliação de estruturas de hospitais públicos, transferidos depois para o gerenciamento daquelas organizações (Rodrigues *et al.*, 2021).

Ficou notável, a um alto custo humano, a falta de leitos clínicos e de UTI, de equipamentos e de uma estratégia nacional para enfrentamento de crises sanitárias. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apesar de alguns instantes de vacilação, também ajudou a reduzir os danos com o exercício de sua autonomia regulatória. Ainda ficaram evidentes as desigualdades.

As populações mais pobres, especialmente as moradoras da periferia, de aglomerados humanos, comunidade e favelas, foram muito mais atingidas do que as camadas médias e ricas, em relação tanto ao número de contágio, quanto ao número de óbitos (Correia *et al.*, 2021). Aquelas à deriva das contingências do SUS; estas com as disponibilidades da rede privada de saúde.

O Estado regulador sanitário era iníquo, como a governança global de saúde também o era, dadas as disparidades entre aquisição de vacinas às sobras nos países ricos e a falta delas nos países pobres. A pandemia revelou o que já se vinha anunciando há muito tempo. O impacto econômico e demográfico da pandemia lhe dá uma característica típica de uma moléstia “de classe, de gênero e de raça” e também de nacionalidade (Harvey, 2020).

Um contraponto que pode ser dado ao Brasil e ao Reino Unido é o da Coreia do Sul. Até recentemente, o sistema de saúde sul-coreano era centralizado e operava sob um modelo de “comando e controle”. O país conseguiu dar uma resposta efetiva à epidemia de SARS de 2003. Posteriormente, o sistema passou por um processo de reformulação, com privatizações e fragmentações dos serviços de saúde. A reforma não resistiu ao teste imposto pela epidemia da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), em 2015, tendo o país apresentado o segundo pior desempenho do mundo (Lim e Sziarto, 2020). Lição aprendida, houve a recentralização da autoridade regulatória e recuperação das estruturas do Estado para lidar com as crises epidemiológicas. O Centro Coreano para Controle de Doenças, incumbido do gerenciamento de doenças infecciosas, passou a deter autonomia orçamentária, financeira e administrativa. Os surtos iniciais da COVID-19 foram rapidamente contidos (Jones e Rameire, 2020).

Conclusões

A ascensão do neoliberalismo e seu impacto nos serviços públicos, especialmente no setor na saúde, evidencia como a lógica de mercado penetrou os sistemas de saúde. Essa reestruturação caracterizou-se pela crescente participação do setor privado

na gestão e provisão de serviços, subfinanciamento do setor público e fragmentação da governança.

Em análise crítica dos impactos dessa reestruturação neoliberal nos sistemas de saúde, do Brasil e do Reino Unido, pode-se afirmar que a busca por um “Estado Regulador” mais eficiente por meio da privatização, fragmentação e desregulamentação resultou em sistemas de saúde fragilizados, com baixa capacidade de responsabilização institucional e aumento da desigualdade no acesso aos serviços saúde.

A partir da análise de casos do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil e do NHS (*National Health Service*) no Reino Unido, percebe-se que a promessa de maior eficiência por meio da introdução de mecanismos de mercado não se concretizou. No Brasil, a “complementaridade invertida” levou a uma situação em que a iniciativa privada passou a desempenhar o papel de principal prestadora de serviços, enquanto o SUS, cronicamente subfinanciado, opera como uma estrutura complementar e secundária. No Reino Unido, a fragmentação em múltiplos subsistemas e a complexidade da governança dificultam a coordenação e a responsabilização, como, por exemplo, a dificuldade em identificar com clareza a responsabilidade pelo planejamento do sistema de saúde.

A pandemia de COVID-19 expôs as fragilidades desses sistemas reestruturados. Tanto no Brasil quanto no Reino Unido, a falta de coordenação, a escassez de recursos e a dependência de contratos terceirizados contribuíram para respostas insuficientes e descoordenadas à crise sanitária. No Reino Unido, o papel das forças armadas britânicas se destacou como estrutura estatal que teve funcionamento otimizado no período, justamente por ter permanecido relativamente imune às reformas orientadas pelo ideário neoliberal. No Brasil, a politização da pandemia, a desinformação e a ênfase em tratamentos ineficazes agravaram a crise, resultando em um alto número de mortes evitáveis. A experiência da Coreia do Sul, com recentralização da autoridade regulatória e do fortalecimento das estruturas estatais, é apresentada como exemplo a ser seguido, além de ser um contraponto ao modelo neoliberal.

Em suma, a lógica de mercado (neoliberal) e a promessa de eficiência na saúde pública não se sustentaram, resultando em sistemas fragmentados, desiguais e incapazes de responder adequadamente às crises sanitárias. Diante dessa realidade, percebe-se a necessidade de repensar os sistemas de saúde, construindo um novo paradigma de gestão de saúde, com modelos que priorizem a equidade, a universalidade e a capacidade de resposta a emergências sanitárias, em que a lógica de mercado ceda espaço à promoção da saúde como um direito universal e um bem público indispensável.

Referências

- Albino, N. M. & Liporoni, A. A. R. (2020). O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(3), 1099-1106. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i0.5029>
- Andreazzi, M. F. S. & Bravo, M. I. S. (2014). Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 12(3), p. 499-518. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>
- Antunes, R. (2020). *Coronavírus: o trabalho sob o fogo cruzado*. Boitempo.
- Bahia, L. (2010). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In N. R. Santos & D. C. Amarante (orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 115-128). Cebes.
- Benites, A. & Gortázar, N. G. M. (2020, 3 de abril). *Mandetta, o conservador que vestiu o colete do SUS e entrincheirou Bolsonaro*. El País. <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-04/mandetta-o-conservador-que-vestiu-o-colete-do-sus-e-entrincheirou-bolsonaro.html>
- Biernath, A. (2020, 11 de novembro). *Anvisa, Butantan e Bolsonaro erraram na suspensão dos testes da CoronaVac, diz epidemiologista*. BBC News Brasil. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54898488>
- Borges, F. T., Moimas, S. A. S., Siqueira, C. E. & Garbin, C. A. S. (2012). *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde*. Cultura Acadêmica.
- Bousquat, A., Ackerman, M., Mendes, A., Louvison, M., Frazão, P. & Narvai, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, 11(128), 13-26. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>
- Braithwaite, J. (2005). *Markets in Vice, Markets in Virtue*. Oxford University Press.
- Braithwaite, J. (2008). *Regulatory Capitalism: How it works, ideas for making it work better*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Brasil. (2021). Controladoria-Geral da República. Portal da Transparência. *Orçamento do Ministério da Saúde*, 2021. <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>
- Bresser-Pereira, L. C. (1996). Da administração burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público (RSP)*, 47(1), 7-40. <https://doi.org/10.21874/rsp.v47i1.702>
- Campos, G. W. S. (2006). Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In S. Fleury (org.), *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha* (pp. 417-442). Editora FGV.
- Campos, G. W. S. (2020). O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-5. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>
- Caponi, S., Brzozowski, F. S., Hellmann, F. & Bittencourt, S. C. (2021). O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo. *Revista Brasileira de Sociologia-RBS*, 9(21), 78-102. <https://doi.org/10.20336/rbs.774>
- Carneiro, R. C. A. (2014). *A complementaridade invertida no SUS: privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em diálise Alagoas e no Brasil* [dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas]. Repositório Institucional da Ufal. <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/2273>
- Cerny, P. G. (1997). Paradoxes of the competition state: The dynamics of political globalization. *Government and Opposition*, 32(2), 251-274. <https://doi.org/10.1111/j.1477-7053.1997.tb00161.x>

- Cezar, L. S. & Maciel, J. N. (2021). Infodemia no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil: uma política de contaminação?. *Liinc em Revista*, 17(1), 1-22. <https://revista.ibict.br/liinc/article/view/5703>
- Chakelian, A. (2020, 16 de outubro). *Revealed: The £208m food box rip-off*. The New Statesman. <https://www.newstatesman.com/world/uk/2020/10/208m-food-box-rip-off-private-outsource-government-contract-covid-corona-virus>
- Charlesworth, A. & Johnson, P. (2018). *Securing the future: Funding health and social care to the 2030s*. Institute for Fiscal Studies; The Health Foundation; NHS Confederation. <https://ifs.org.uk/publications/securing-future-funding-health-and-social-care-2030s>
- Cole, J. & Dodds, K. (2021). Unhealthy geopolitics? Bordering disease in the time of coronavirus. *Geographical Research*, 59(2), 169-181. <https://doi.org/10.1111/1745-5871.12457>
- Correia, M. V. C., Santos, V. M. S. & Alves, P. K. L. (2021). A mercantilização da saúde no enfrentamento da COVID-19: O fortalecimento do setor privado. *Humanidades & Inovação*, 8(35), 71-85. <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5358>
- Dayan, M., Ward, D., Gardner, T. & Kelly, E. (2018). *How good is the NHS?*. The Health Foundation; Institute for Fiscal Studies; The King's Fund; Nuffield Trust. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-06/NHS_at_70_how_good_is_the_NHS.pdf
- DH Pandemic Influenza Preparedness Team. (2011, 10 de novembro). *UK influenza pandemic preparedness strategy 2011*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213717/dh_131040.pdf
- Ewing, K. D. (2020). Covid-19: Government by decree. *King's Law Journal*, 31(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/09615768.2020.1759398>
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- Fidler, D. P. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392. <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>
- Fleury, S., Ouverney, A. L. M., Kronemberger, T. S. & Zani, F. B. (2010). Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panameña de Salud Pública*, 28(6), 446-55. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001200006>
- Frederickson, H. G., Ferguson, K. & Kim, S. (2012). The changing role of the state: Privatization, hollowing out, and hybridity. In J. M. Shafritz, E. W. Russell & C. P. Borick (eds.), *Introducing public administration*. 8th ed. (pp. 231-249). Longman.
- Frederickson, H. G. (2013). Can Public Administration Theory Help Answer Woodrow Wilson's Persistent Question for Public Administration? *Public Administration Review*, 73(1), 92-101.
- Furlam, T. O., Abreu, L. H. D., Machado, C. J. & Pereira, C. C. A. (2021). A saúde da população e o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil: o esforço dos gestores e profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 38, 1-7. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0158>
- Giddens, A. (2003). *Mundo em descontrol: o que a globalização está fazendo de nós*. 8ª ed. Record.
- Gilpin, R. (2001). *Global political economy: understanding the international economic order*. Princeton University Press.

- Graham, J. D., Noe, P. R. & Branch, E. L. (2006). Managing the Regulatory State: The Experience of the Bush Administration. *Fordham Urban Law Journal*, 33(4), 101-148. <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol33/iss4/1/>
- Grey, S., MacAskill, A. (2021, 7 de abril). *Special report: Johnson listened to his scientists about coronavirus – but they were slow to sound the alarm*. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-britain-path-speci-idUSKBN21P1VF>
- Guttmann, R. (2016). *Finance-led capitalism: shadow banking, re-regulation, and the future of global markets*. Palgrave Macmillan.
- Hall, D., Lister, J., Hobbs, C., Robinson, P. & Jarvis, C. (2020). *Privatised and unprepared: The NHS supply chain*. University of Greenwich; We Own It. <https://web.archive.org/web/20231006133923/https://weownit.org.uk/sites/default/files/attachments/Privatised%20and%20Unprepared%20-%20The%20NHS%20Supply%20Chain%20Final.pdf>
- Harvey, D. (2020). Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In D. Harvey, M. Davis, A. Bihr, R. Zibechi, A. Badiou & S. Žižek (eds.), *Coronavírus e a luta de classes* (pp. 13-24). Terra sem Amos.
- Hirst, P. (2000). Democracy and Governance. In J. Pierre (ed.), *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy* (pp. 13-35). Oxford University Press.
- Holzinger, K. & Schmidt, S. K. (2015). From the Positive to the Regulatory State: A Transformation in the Machinery of Governance? In S. Leibfried, E. Huber, M. Lange, J. D. Levy, & J. D. Stephens (eds). *The Oxford handbook of transformations of the state* (pp. 499-515). Oxford University Press.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health policy*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- International Monetary Fund (IMF). World Bank (WB). (2002, 26 de março). *Review of the poverty reduction strategy paper (PRSP) approach: early experience with interim PRSPs and full PRSPs*. IMF/World Bank. <https://www.imf.org/External/NP/prspgen/review/2002/032602a.htm>
- Jones, C. & Hameiri, P. (2020). The UK's "improvisational authoritarianism" and the COVID-19 pandemic: A call for democratic renewal. *Political Quarterly*, 91(2), 365-374.
- Kentikelenis, A., King, L., McKee, M. & Stuckler, D. (2015). The international monetary fund and the Ebola outbreak. *The Lancet Global Health*, 3(2), E69-E70. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70377-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70377-8/fulltext)
- Kettl, D. F. (1988). *Government by Proxy: (mis?) Managing Federal Programs*. CQ Press.
- Keynes, J. M. (1926). *The end of laissez-faire*. Hogarth Press.
- Kiely, R. (2018). *The neoliberal paradox*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Kim, J. Y. (2000). *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Common Courage Press.
- Kim, J. Y., Shakow, A., Kedar, M. Vanderwarker, C., Gupta, R. & Farmer, P. (2005). Limited good and limited vision: multidrug-resistant tuberculosis and global health policy. *Social Science & Medicine*, 61(4), 847-859. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.046>
- Kissler, L. & Heidemann, F. (2006). The Will to Regulate: How Governments Choose. *Journal of Public Policy*, 26(4), 479-505.
- La Forgia, G. M. & Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital performance in Brazil : the search for excellence*. World Bank.

- Laboté, R. & Gagnon, M. (2010). Framing Health and Foreign Policy: Lessons for Global Health Diplomacy. *Globalization and Health*, 6(14), p. 1-22. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-14>
- Levi-Faur, D. (2005). The global diffusion of regulatory capitalism. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 598(1), 12-32. <https://doi.org/10.1177/0002716204272371>
- Lim, S. H., Sziarto, K. (2020). When the illiberal and the neoliberal meet around infectious diseases: An Examination of the MERS response in South Korea. *Territory, Politics, Governance*, 8(1), 60-76. <https://doi.org/10.1080/21622671.2019.1700825>
- Majone, G. (1997). From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance. *Journal of Public Policy*, 17(2), 139-167. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003524>
- Majone, G. (2013). Regulation and Democracy. In M. Moran, M. Rein & R. E. Goodin (eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 809-834). Oxford University Press.
- Marphatia, A. A. (2009). The adverse effects of International Monetary Fund programs on the health and education workforce. *International Journal of Health Services*, 40(1), 165-178. <https://doi.org/10.2190/HS.40.1.j>
- Mcgreevey, W. P. (1982). *Brazilian health care financing and health policy: an international perspective* (English). Population, Health and Nutrition Department technical notes | no. GEN 6. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/614871468914787183>
- Milward, H. B. & Provan, K. G. (2000a). Governing the Hollow State. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 359-379. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024273>
- Milward, H. B. & Provan, K. G. (2000b). *Public Management: The state of the craft*. Georgetown University Press.
- Mirowski, P. & Plehwe, D. (2009). *The road from Mont Pèlerin: the making of the neoliberal thought collective*. Harvard University Press.
- Modelski, G. (2003). *Globalization as evolutionary process: modeling global change in the long run*. Routledge.
- Moe, T. M. (1995). The Politics of Structural Choice: Toward a Theory of Public Bureaucracy. In O. E. Williamson (ed.), *Organization Theory. From Chester Barnard to the Present and Beyond* (pp. 116-153). Oxford University Press.
- Monteiro, M. G. (2018). As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: S. Fleury (ed.), *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos* (pp. 247-289). Fiocruz.
- Mudge, S. L. (2016). The scholar and the 'Washington Consensus': John Williamson's political economy of policy reform. *Review of International Political Economy*, 23(6), 996-1022.
- Mutchnick, I. S., Stern, D. T. & Moyer, C. A. (2005). Trading Health Services. Across Borders: Gats, Markets, And Caveats: The health services sector of the developed world must become more aware of business opportunities in less developed countries. *Health Affairs*, 24(Sup 1), W5-42-p. W5-51. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.42>
- Neumann, I. B. (2001). *The future of international relations: masters in the making?* Routledge.

- Nogueira, R. P. (2010). O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In N. R. dos Santos & P. D. Amarante. (Orgs.), *Gestão pública e relação público-privado na saúde* (pp. 24-47). Cebes.
- Noy, S. (2011). New contexts, different patterns? A comparative analysis of social spending and government health expenditure in Latin America and the OECD. *International Journal of Comparative Sociology*, 52(3), 215-244. <https://doi.org/10.1177/0020715211408760>
- Oppenheim, B., Gallivan, M., Madhav, N. K., Brown, N., Serhiyenko, V., Wolfe, N. D. & Ayscue, P. (2019). Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Global Health*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001157>
- Owoh, K. (1996). Fragmenting Health Care: The World Bank Prescription for Africa. *Alternatives*, 21(2), 211-235. <https://doi.org/10.1177/030437549602100204>
- Packard, R. M. (2016). *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.56021/9781421420325>
- Paim, J. S. & Teixeira, C. F. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(Supl), 1.819-1.829. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>
- Paula, A. P. P. (2005). *Por uma nova gestão pública*. Editora FGV.
- Peele, G. & Kaye, R. (2008). Conflict of interest in British public life. In A. L. Gash & C. Trost, C. (eds), *Conflict of interest and public life: Cross-national perspectives* (pp. 155-187). Cambridge University Press.
- Pereira, L. C. B. (1996). *Gerencialismo Reformatório: a administração pública sob a ótica do reformador*. MARE.
- Pierre, J. (2000). Introduction: Understanding Governance. In J. Pierre (ed.), *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy* (pp. 1-12). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198295143.001.0001>
- Pollock, A. M. & Price, D. (2011). The final frontier: The UK's new coalition government turns the English national health service over to the global health care market. *Health Sociology Review*, 20(3), 294-305. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.3.294>
- Raco, M. (2016). *State-led privatisation and the demise of the democratic state: Welfare reform and localism in an era of regulatory capitalism*. Routledge.
- Reis, C. R. & Paim, J. S. (2021). A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde em Debate*, 45(130), 563-574. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>
- Reynolds, L. A., Lister, J., Scott-Samuel, A. & Mckee, M. (2011). *Liberating the NHS: Source and destination of the Lansley reform*. School of Hygiene and Tropical Medicine; Coventry University; University of Liverpool. <https://web.archive.org/web/20180112042859/http://pcwww.liv.ac.uk/~alexss/nhs.pdf>
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Rittberger, V. (2001). *Global governance and the United Nations system*. United Nations University Press. <https://digitallibrary.un.org/record/472465?v=pdf>
- Rodrigues, A. B., Menezes, C. A. F., Sousa, E. B., Cariaga, M. H. & Burginski, V. M. (2021). A intensificação das privatizações da política de saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no Estado

- do Tocantins. *Humanidades & Inovação*, 8(35), 113-128. <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5344>
- Royal College Of Physicians (RCP). (2016, 4 de outubro). *Underfunded, underdoctored, overstretched - The NHS in 2016*. <https://www.rcp.ac.uk/news-and-media/news-and-opinion/underfunded-underdoctored-overstretched-the-nhs-in-2016/>
- Rushton, S. (2011). Global health security: Security for whom? Security from what?. *Political Studies*, 59(4), 779-796. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>
- Sampaio, J. A. L. (2013). *Teoria da Constituição e dos Direitos Fundamentais*. Del Rey.
- Santos, I. S., Santos, M. A. B. & Borges, D. C. L. (2013). Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In Fundação Oswaldo Cruz, P. Gadelha (coord.), J. C. Noronha, T. R. Pereira & A. B. Paiva (orgs.), *A saúde no Brasil em 2030: Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Vol. 4: Estrutura do financiamento e do gasto setorial* (pp. 73-131). Fundação Oswaldo Cruz. <https://homologacao-saudeamanha.iciet.fiocruz.br/livros/volume-4-estrutura-do-financiamento-e-do-gasto-setorial/>
- Santos, M. A. B. & Passos, S. R. L. (2010). Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1483-1493. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800003>
- Scheffer, M. (2015). O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), 663-666. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>
- Slobodian, Q. (2018). *Globalists: the end of empire and the birth of neoliberalism*. Harvard University Press.
- Sodré, F. (2020). Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>
- Sparke, M. (2020). Neoliberal regime change and the remaking of global health: From rollback disinvestment to rollout reinvestment and reterritorialization. *Review of International Political Economy*, 27(1), 48-74. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1624382>
- Stiglitz, J. E. (2004). *A globalização e seus malefícios: a promessa de um mundo sem fronteiras seduz os países em desenvolvimento, mas os resultados têm sido pobreza e instabilidade*. Futura.
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills*. Basic Books.
- Sturgeon, D. (2014). The business of the NHS: The rise and rise of consumer culture and commodification in the provision of healthcare services. *Critical social policy*, 34(3), 405-416. <https://doi.org/10.1177/0261018314527717>
- Supremo Tribunal Federal. (2015, 16 de abril). Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/DF (Min Ayres Britto, Rel.). <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1370468580/inteiro-teor-1370468593>
- Supremo Tribunal Federal. (2020, 15 de abril). Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6341/DF (Min. Marco Aurélio, Rel.). <https://web.archive.org/web/20220201193729/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>
- Supremo Tribunal Federal. Pleno. (2020, 6 de maio). Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6343/ DF (Min. Alexandre de Moraes, Rel.). <https://web.archive.org/web/20221208015021/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?DocTP=TP&docID=754391739>

- Supremo Tribunal Federal. (2020, 15 de maio). Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6421/DF (Min. Roberto Barroso, Rel.). <https://web.archive.org/web/20221216055632/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754359227>
- Supremo Tribunal Federal. (2020, 2 de setembro). Ação Direta de Inconstitucionalidade 6362/DF (Min. Ricardo Lewandowski, Rel.). <https://web.archive.org/web/20220201193747/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754607621>
- Supremo Tribunal Federal. (2020, 15 de setembro). Referendo na Medida Cautelar na Ação Cível Originária 3518/DF (Min. Ricardo Lewandowski, Rel.). <https://web.archive.org/web/20220201193652/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=758761592>
- Supremo Tribunal Federal. Pleno. (2020, 13 de outubro). Referendo na Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672/DF (Min. Alexandre de Moraes, Rel.). <https://web.archive.org/web/20220701193102/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754239592>
- Supremo Tribunal Federal. (2020, 17 de dezembro). Ação Direta de Inconstitucionalidade 6586/DF (Min. Ricardo Lewandowski, Rel.). <https://web.archive.org/web/20250206180914/https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6033038>
- Supremo Tribunal Federal. (2021, 17 de fevereiro). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 714/DF (Min. Gilmar Mendes, Rel.). <https://web.archive.org/web/20220704101541/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755138938>
- Supremo Tribunal Federal. (2021, 8 de abril). Referendo na Medida Cautelar na Ação Cível Originária 3473/DF (Min. Rosa Weber, Rel.). <https://web.archive.org/web/20240415001640/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755935256>
- Supremo Tribunal Federal. (2021, 8 de abril). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 811/SP (Min. Gilmar Mendes, Rel.). <https://web.archive.org/web/20230628030030/https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=756267154>
- Supremo Tribunal Federal. (2020, 29 de abril). Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6342/DF (Min. Alexandre de Moraes, Rel.). <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1121783889>
- Supremo Tribunal Federal. (2021, 14 de junho). Referendo em Tutela Provisória na Ação Cível Originária 3490/DF (Min. Rosa Weber, Rel.). <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1236989466/inteiro-teor-1236989466>
- Supremo Tribunal Federal. (2021, 29 de junho). Embl.Decl. na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 742/DF (Min. Edson Facchin, Rel.). <https://web.archive.org/web/20210702061646/https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF742ed.pdf>
- Supremo Tribunal Federal. Pleno. (2021, 11 de novembro). Tutela Provisória na Ação Cível Originária 3475/DF (Min. Rosa Weber, Rel.). <https://web.archive.org/web/20210302020748/https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/aco3475.pdf>
- Tayob, R. K. (2008, 24 de janeiro). WHO Board Debates "Global Health Security". Climate, IPRs'. SUNS #6399. Third World Network. https://web.archive.org/web/20080907222652/http://www.twinside.org.sg/title2/intellectual_property/info.service/2008/twn.ipr.info.080101.htm
- Teixeira, C. F. S. & Paim, J. S. (2018). A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(esp), 11-21. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s201>

- United Kingdom (UK), House of Commons. (2014, 26 de fevereiro). *Contracting out public services to the private sector*. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmselect/cmpubacc/777/777.pdf>
- Vale, M. M., Berenguer, E., Menezes, M. A., Castro, E. B. V, Siqueira, L. P. & Portela, R. C. Q. (2021). The COVID-19 pandemic as an opportunity to weaken environmental protection in Brazil. *Biological conservation*, 255, 108994. <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2021.108994>
- Vilar, M. E. M. & Torres, A. C. S. (2021). O capitalismo dependente, o subfinanciamento do SUS e as iniquidades no acesso às vacinas para o enfrentamento ao contexto pandêmico da COVID-19 no Brasil. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, 12(3), 23-29. <https://doi.org/10.21727/rm.v12i3.2926>
- Vogel, S. K. (2018). *Marketcraft: How governments make markets work*. Oxford University Press.
- Wamala, S. K. & Ichiro Mpepo, B. P. M. (2007). Poverty Reduction Strategy Papers: bold new approach to poverty eradication or old wine in new bottles? In I. Kawachi & S. Wamala (eds), *Globalization and Health* (pp. 234-249). Oxford University Press.
- World Bank. (1992). *Governance and development*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/604951468739447676/Governance-and-development>
- World Bank. (2005). *Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade of Reform*. The World Bank, 2005. <https://hdl.handle.net/10986/7370>
- World Health Organization (WHO). (2008, 27 de agosto). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- World Health Organization (WHO). (2009a [1948]). Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents, forty-seventh edition* (pp. 1-19). World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44192/9789241650472_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO). (2019). *A world at risk. Annual report on global prepared-ness for health emergencies*. Global Preparedness Monitoring Board. <https://www.gpmb.org/reports/annual-report-2019>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Budget implementation summary WHO's biennial Programme budget is based on the principles of transparency, accountability and providing value for money*. <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr>