



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO

**O PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB NO
CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES EM CURSO**

JOÃO PESSOA

2017

FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO

**O PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB NO
CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES EM CURSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Linha de pesquisa: Estado, Direitos Sociais e Proteção Social

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda

JOÃO PESSOA-PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na publicação Seção de Catalogação e Classificação

J96p JUSTINO, Flávia Jaiane Mendes.
O PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE-PB NO CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES EM
CURSO / Flávia Jaiane Mendes Justino. - João Pessoa,
2018.

150 f. : il.

Orientação: Flávia Jaiane Mendes Justino.
Coorientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. PactoPolítico.ControleSocial.SistemaÚnicodeSaúde. I.
Justino, Flávia Jaiane Mendes. II. Miranda, Ana Paula
Rocha de Sales. III. Título.

UFPB/CCHLA

FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO

O PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB NO CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES EM CURSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Linha de pesquisa: Estado, Direitos Sociais e Proteção Social

Aprovada em 29 de Setembro de 2017

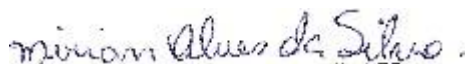
BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dr^a Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Universidade Federal da Paraíba (Orientadora)



Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba (Examinadora
Interna)



Miriam Alves da Silva
Universidade Federal da Paraíba (Examinadora
Externa)

*Aos estudantes, pesquisadores, profissionais,
trabalhadores e militantes da área da saúde,
principalmente aqueles que acreditam e lutam
por um SUS 100%, universal. Dedico.*

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria que venho socializar meus agradecimentos por mais uma etapa na vida acadêmica que está próxima de se concluir com êxito.

Agradeço primeiramente ao Pai Eterno por ter me concedido o dom da vida, o discernimento para conseguir driblar os obstáculos que foram muitos, e ter me concedido o ânimo para dar continuidade à jornada universitária.

Aos meus pais, especialmente a minha querida mãe, *Maria de Fátima Mendes*, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, sejam eles de surpresas, decepções, alegrias e principalmente de conquistas.

Ao meu lindo e único filho, Lucas Jessier, por existir. Filho, és presente de DEUS, bênção na minha vida e meu impulso para realização de conquistas futuras. Amo-te infinitamente!!

A toda minha família, em especial: minha avó materna, tia Socorro (Col) pelo incentivo dado, e aos meus irmãos, principalmente o mais velho, *Fábio Júnior*, por quem tenho muita admiração, pois me aconselha nas minhas decisões futuras.

A todas as pessoas que cruzaram o meu caminho durante e no final da jornada do mestrado, e que permanecem próximas pela positividade que me transmitem, especialmente *Idelso Taset*, o cubano que me incentivou, sobretudo a concluir este trabalho.

Também agradeço aos funcionários e estagiários do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UFPB pela disponibilidade em me atender bem nas demandas requisitadas.

A todos os meus colegas da turma 2015.1 do PPGSS, em especial às minhas colegas de sala que tive o prazer de conhecer e fazer amizades que eu tenho certeza que ultrapassarão os muros da universidade, em especial *Alânia, Janaina, Najara, Joacely, Sofia, Yara e Elaine*. Nosso grupo sempre foi o melhor para dividir angústias, aperreios e, principalmente, os momentos agradáveis, como confraternizações em nossos apartamentos, durante a jornada acadêmica traçada com objetivos comuns. Desejo sucesso a todas nessa caminhada que não foi fácil, porém foi prazerosa pelo brilho que cada uma me trouxe durante as manhãs em sala de aula.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB que tive a oportunidade de conhecer, em especial a professora *Bernadete Almeida*, por ter contribuído na minha formação acadêmica, estimulando e orientando no mundo das produções científicas, realmente suas aulas muito me motivaram.

Agradeço especialmente à admirável professora deste Programa que muito contribuiu para realização desta dissertação, *Patrícia Barreto*, sou grata por ter me motivado a desenvolver um projeto de pesquisa tão instigante na área da saúde, me fazendo enxergar os novos desafios acadêmicos e me fortalecendo com palavras, conselhos e atitudes positivas. A admiro muito, pelo grande ser humano que és, muito ética, irreverente, bem humorada e, principalmente, por repassar um pouco dos seus conhecimentos de forma tão simples e objetiva. Sem dúvida, o PPGSS perdeu com sua saída do Programa... Grata por todo apoio oferecido durante a jornada do mestrado. A você, querida professora, deposito todo meu carinho, respeito e ADMIRAÇÃO. Que Deus a abençoe sempre!!!

À minha atual orientadora, *Ana Paula*, com quem tive a oportunidade de estagiar na disciplina de Fundamentos Históricos e Teórico-Methodológicos do Serviço Social II. Tenho orgulho de ter exercido meu estágio ao seu lado, ter participado de espaços de formação profissional... Tens se revelado para mim uma profissional muito competente e dedicada em tudo que faz. Saiba que a senhora muito tem acrescentado na minha formação acadêmica com suas excelentes orientações e sinceridade, sobretudo nas críticas construtivas. Agradeço pela paciência, por dar continuidade às orientações na minha dissertação. Obrigada por muitas vezes, fora da sala de aula, ter me ouvido e me aconselhado em momentos adversos da minha vida pessoal... Sem dúvida, professora, você é um exemplo a ser seguido pela profissional que se tornou na UFPB. O PPGSS só tem a ganhar com sua chegada, muitas vibrações positivas e SUCESSO nessa nova etapa de sua vida acadêmica!

A CAPES, ao CNPQ pela oportunidade de ser bolsista, pois sem o valor mensal da bolsa eu não teria obtido um bom desempenho na conclusão das disciplinas, participação de eventos científicos, congressos e investimentos em livros para minha formação.

Aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, todos fundamentais para a realização deste trabalho.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, e torceram para que meu sonho de ser mestra fosse possível de se tornar realidade.

A todos (as) o meu sincero muito obrigada!

“Quero escrever movimento puro”

“Tenho medo de escrever. É tão perigoso. Quem tentou, sabe. Perigo de mexer no que está oculto e o mundo não está à tona, está oculto em suas raízes submersas em profundidade do mar. Para escrever tenho que me colocar no vazio. Neste vazio é que existo intuitivamente. Mas é um vazio terrivelmente perigoso: dele arranco sangue. Sou um escritor que tem medo da cilada das palavras: as palavras que digo escondem outras – Quais? talvez as diga.

*Escrever é uma pedra lançada no fundo do poço.
(Clarice Lispector, In: Um sopro de vida – Pulsações)*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar como se configurou o pacto político em torno da política de saúde em Campina Grande-PB, no período de 2011 a 2015; determinar a natureza e extensão da incidência da crise e das privatizações no pacto político; identificar e descrever a relação dos movimentos sociais e entidades municipais com o pacto político na saúde local. Seu marco teórico se apoiou, fundamentalmente, nos conceitos de pacto político e pacto social (GUERREIRO; BRANCO, 2011), política de saúde (PAIM, 2008), controle social (BRAVO; MENEZES, 2009), democracia (GERSCHMAN, 2004), sujeito político coletivo (GRAMSCI, 2010; SILVA, 2013); sociedade civil (FEURY, 1995) e hegemonia (GALLO; NASCIMENTO, 1995; COUTINHO, 1999; SOUZA, 2013). A pesquisa partiu da hipótese de que a política de saúde em Campina Grande-PB foi impactada negativamente pelo pacto político que tem caráter conservador, comprovada pelos dados primários da pesquisa. A investigação teve caráter exploratório, com abordagem quali-quantitativa e baseada no método dialético marxista, cujos dados secundários foram coletados através de um levantamento bibliográfico e documental e os primários por meio de aplicação de um questionário junto a uma amostra de dezesseis representantes de seis segmentos que atuam na área da saúde local, entre os meses de novembro de 2016 a agosto de 2017. A partir das colocações dos entrevistados, constatou-se: (a) 58% deles avaliaram negativamente o pacto político no que tange a seus impactos sobre os movimentos sociais e as entidades municipais, que ficaram sem possibilidade de influir efetivamente na execução da política de saúde local e na defesa do Sistema Único de Saúde; (b) 92,8% consideraram que houve mais retrocessos do que avanços nessa política; (c) 78,5% apontaram que os grupos de interesses envolvidos no pacto político agem movidos por interesses pessoais e dentro de uma lógica favorável à privatização dos serviços públicos; e (d) 85,7% apontaram essa privatização e a priorização da saúde curativa em detrimento da preventiva como principal causa da deficiente atenção básica no município.

Palavras-chave: Pacto Político. Controle Social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work aimed at analyzing the configuration of the political agreement on health policy for Campina Grande city, between 2011 and 2015; determining the crises and privatizations nature and their influence on the political agreement; identifying and describing the relationship between the social movements, municipal entities and the political pact on local health. The theoretical framework of the study is based, mainly, on the concepts of political agreement and social agreement (GUERREIRO; BRANCO, 2011), health policy (PAIM, 2008), social control (BRAVO; MENEZES, 2009), democracy (GERSCHMAN, 2004), collective political subject (GRAMSCI, 2010; SILVA, 2013); civil society (FEURY, 1995) and hegemony (GALLO; NASCIMENTO, 1995; COUTINHO, 1999; SOUZA, 2013). The research hypothesis was that the health policy for Campina Grande city was negatively influenced by the agreement due to its conservative nature. In order to rich the said objective as well as to prove the referred hypothesis, an exploratory qualitative investigation was designed within an approach based on Marx`s dialectic method. Secondary data were collected by means of a bibliographic and documental review and primary data through a questionnaire to sixteen subjects representing six segments that function in the local health service from November, 2016 and august, 2017. The main results confirmed the research hypothesis and showed that (a) 58% of the research subjects made a negative evaluation of its impact on the city social movements and organizations, because it left no room for them to influence effectively on the execution of local health policy and in defense of Brazilian Health System , (b) 92,8% considered that there were more throwbacks than advances in the execution of that policy, (c) 78,5%, declared that the groups participating in the agreement are guided by personal interest and favor privatization of public services, and (d) 85,7% believed that privatization and prioritization of curative health instead of preventive health are the main causes for the city`s deficient basic health attention.

Keywords: Political agreement. Health management. Brazilian Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADUEPB	Associação dos Docentes da Universidade Estadual da Paraíba
ADUFCG	Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASFACOM	Associação Mundial de Luta Contra Fome
BM	Banco Mundial
CACS	Centro de Ciências Sociais
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CG	Campina Grande
CER	Centro de Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestor Bipartite
CIT	Comissão Intergestor Tripartite
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DCE	Diretório Central dos Estudantes
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de serviço Social
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde

DSEI	Distritos Sanitários especiais Indígenas
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FBC	Fundação Brasil Central
FDS	Fórum em Defesa do SUS
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GIT	Gratificação por Incentivo de Trabalho
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUs	Hospitais Universitários
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto de Nacional da Previdência Social
ISEA	Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPEPS	Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais
OSCIPS	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Ementa Constitucional
PCCR	Planos de Cargos, Carreira e Remuneração
PDRE-Mare	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa de Iniciação Científica

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa
PPA	Plano Plurianual
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PRT	Portaria
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RCL	Receita Líquida
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SABs	Sociedade Amigos dos Bairros
SAI-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SEPSASS	Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SINTAB	Sindicato dos Trabalhadores
SINTESP/PB	Sindicato dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
ISEA	Instituto Elpídeo de Almeida
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Momentos Relevantes Na História Do Programa Saúde Da Família No Brasil.....	61
Figura 2 –	Estrutura Organizacional Da Secretaria Municipal De Saúde.....	89
Quadro1 –	Dados Econômicos Do Município De Campina Grande-PB.....	80
Quadro2 –	Trabalho E Rendimento No Município De Campina Grande-PB.....	80
Quadro3 –	Taxa De Mortalidade Infantil Em Campina Grande-PB.....	82
Quadro4 –	Ranking Relativo À Taxa De Mortalidade Infantil No Município De Campina Grande.....	82
Quadro5 –	Esgotamento Sanitário Em Campina Grande-PB.....	83
Quadro6 –	Quantitativo De Estabelecimentos De Saúde Em Campina Grande-PB.....	84
Quadro7 –	Comparativo Entre Modelos De Gestão Para A Saúde.....	86
Quadro8 –	Principais Acontecimentos Que Marcaram A Política De Saúde Em Campina Grande-PB Entre 2011 E 2015.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número De Internações De Idosos Por Doenças Preveníveis Por Imunização.....	64
Tabela 2 –	Perfil Sócio Demográfico Dos Entrevistados.....	96
Tabela 3 –	Dados De Identificação Dos Entrevistados Quanto À Graduação E Ao Tipo De Instituição De Ensino Superior (IES Em Que Se Graduaram...	100
Tabela 4 –	Dados De Identificação Do Ano De Conclusão De Graduação Pelos Entrevistados.....	101
Tabela 5 –	Dados De Identificação Dos Cursos De Pós Graduação, Do Nível E Da Área De Formação Dos Entrevistados.....	103
Tabela 6 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Do Fórum Em Defesa Do SUS (FDS).....	104
Tabela 7 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Do Conselho Municipal de Saúde (CMS).....	105
Tabela 8 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).....	106
Tabela 9 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).....	106
Tabela 10 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Do Hospital Pedro I.....	107
Tabela 11 –	Atuação E Capacitação Profissional – Integrantes Das Gestões Municipal E Estadual.....	107

Tabela 12 –	Dados Sobre A Existência De Outros Vínculos Empregatícios, A Natureza E O Nível Declarados Pelos Entrevistados.....	109
Tabela 13 –	Movimentos Sociais E Entidades Em Destaque Na Atuação Do Controle Social Na Saúde Municipal.....	124

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Público-Alvo Com Quem Os Entrevistados Atuam.....	110
--	-----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
CAPÍTULO 1: PACTOS POLÍTICOS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CARTOGRAFIA DE LUTAS E RESISTÊNCIAS.....	25
1.1 O Processo De Lutas Na Perspectiva Da Democratização Do Acesso À Saúde No Brasil.....	25
1.2 A Democratização Do Acesso À Saúde Via SUS: Principais Avanços E Digressões.....	43
CAPÍTULO 2: A RATIFICAÇÃO DA MERCANTILIZAÇÃO NA SAÚDE.....	67
2.1 A Aceleração Do Uso Da Lógica Do Mercado No Contexto Do SUS.....	67
2.2 Possibilidades Materializadas De Contra Hegemonia No Contexto Da Política De Saúde.....	73
CAPÍTULO 3: PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE–PB: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE.....	79
3.1 A Materialização Da Privatização Dos Serviços De Saúde Em Campina Grande- PB: O Caso Das Organizações Sociais (OSs) E Da Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares (EBSERH).....	79
3.1.1 Incursão Sobre A Caracterização do Município de Campina Grande-PB.....	79
3.2 Notas Sobre As Principais Configurações Da Política De Saúde Em Campina Grande Entre 2011 E 2015.....	88
3.3 A Organização Do Pacto Político Na Saúde Do Município De Campina Grande: Detalhamento Dos Dados Da Pesquisa.....	95
3.3.1 Apresentação E Caracterização Dos Sujeitos Pesquisados.....	95
3.3.2 Pacto Político: Compreensão E Análise.....	111
3.3.3 Neoliberalismo E Privatização Na Saúde.....	118
3.3.4 Controle Social: A Atuação Dos Movimentos Sociais E Da Sociedade Civil.....	121
3.3.5 Possibilidades E Limites Dos Movimentos Sociais Na Política De Saúde Local..	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICES.....	143

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como *tema a gestão da saúde pública* e como *objeto de pesquisa o pacto político na gestão de saúde em curso no município de Campina Grande/PB*, considerando que a política de saúde brasileira, ao longo dos anos vem sofrendo mudanças significativas no contexto brasileiro que se refletem na fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A constituição do SUS foi fruto de um longo processo de lutas dos movimentos sociais e populares no Brasil que teve como evento central a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Considerada um passo fundamental no processo de afirmação do novo modelo de saúde para o povo brasileiro, essa Conferência reuniu diversos setores da sociedade que elaboraram um conjunto de propostas, em grande parte firmadas no SUS.

Desta feita, ao ser sancionado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), o Sistema Único de Saúde tornou-se um marco na garantia dos direitos sociais, tendo em vista que a saúde passou a se constituir como direito de todos e dever do Estado, conforme a Lei Orgânica da Saúde (LOS) N. 8.080/1990. Tal fato representou, em termos formais, a superação do conceito de saúde como ausência de doença, para uma compreensão como um conjunto de determinações sociais, resultantes das condições econômicas, sociais, políticas e culturais.

Apesar de tais conquistas, desde sua efetivação o SUS enfrenta diversos embates e múltiplas dificuldades, dentre as quais se destaca a emersão do processo de privatizações que se constitui como um grande impasse para a efetivação dos direitos conquistados na CF/1988 e, por conseguinte, como um impedimento para os avanços do SUS.

Diante do cenário de fragilização da política pública de saúde, se faz necessária a mobilização dos movimentos sociais no sentido de contribuírem para a construção de consensos em torno da concepção de projetos centrados na universalização das políticas públicas, na garantia dos direitos sociais conquistados e na consolidação do SUS universal, público e estatal.

A realidade vivenciada no cenário de pesquisa, o município de Campina Grande-PB, reflete a mesma situação da conjuntura nacional, com iniciativas voltadas às terceirizações dos serviços de saúde e à tentativa de implantação de novos modelos de gestão, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as Organizações Sociais na saúde (OSs).

Neste sentido, o presente estudo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), relacionado à linha de pesquisa: “Estado, Direitos Sociais e Proteção Social”, discute o pacto político na saúde no município de Campina Grande-PB, notadamente no período de 2011 a 2015, considerando ser este o momento em que se intensificam as iniciativas de privatização da assistência pública à saúde local.

A discussão em torno do objeto de pesquisa partiu da necessidade de responder a pergunta: *como o pacto político inflexionou a política de saúde no referido município?* Além dessa questão norteadora, adjacentes à conjuntura de crise e de privatizações vivenciadas na política de saúde no município de Campina Grande-PB, surgiram as seguintes questões:

- Como e em que medida a conjuntura atual de crise e de privatizações na política de saúde, em curso no município de Campina Grande, tem incidido sobre o pacto político em vigência?

- Qual tem sido a relação dos movimentos sociais e das entidades municipais e locais com o pacto político na saúde local?

Desta feita, partiu-se da *hipótese de que a política de saúde em Campina Grande-PB foi impactada negativamente pelo pacto político que tem cariz conservador*. Isto ficará dilucidado no capítulo dedicado à apresentação e análise dos dados coletados na pesquisa de campo.

Com base nas questões norteadoras da pesquisa e na hipótese levantada, definiram-se como *objetivos: analisar como se configurou o pacto político em torno da política de saúde em Campina Grande-PB, no período de 2011 a 2015; determinar a natureza e extensão da incidência da crise e das privatizações no pacto político; identificar e descrever a relação dos movimentos sociais e entidades municipais com o pacto político na saúde local*.

A motivação inicial para a realização deste estudo se deu através da inserção da pesquisadora no Projeto de Iniciação Científica (PIBIC) cota 2013/2014, intitulado “Sujeitos Políticos Coletivos e Reforma Sanitária na PB” e vinculado ao Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais (NUPEPS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Isto porque o projeto demandou observação da dinâmica das reuniões e atividades desenvolvidas no “Fórum em Defesa do SUS” de Campina Grande-PB. A partir do ingresso no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), houve a possibilidade de maior aprofundamento e esclarecimentos acerca da temática, por meio das discussões e reflexões empreendidas no Setor de Estudos e Pesquisas

em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), grupo de pesquisa acadêmica da UFPB a que a pesquisadora se vinculou durante o mestrado acadêmico.

Este estudo tem *relevância científica* porque busca contribuir para a ampliação das pesquisas e discussões relativas às das configurações da política de saúde pública no município de Campina Grande-PB, ainda insuficientes em termos acadêmicos, sobretudo no tocante à articulação entre os movimentos sociais e as lutas pela saúde no que tange ao confronto com a privatização dos serviços de saúde pública.

Possui também *relevância social*, pois destaca a importância dos movimentos sociais e dos demais sujeitos políticos na gestão pública de saúde e se coloca como um subsídio para o fortalecimento da luta dos movimentos sociais ao trazer luz sobre os papéis e espaços presentes na organização da política de saúde.

Em conformidade com os objetivos, a pesquisa teve *caráter exploratório*, com *abordagem quali-quantitativa* e baseada no *método dialético marxista*. Para Minayo (2001), os estudos de natureza exploratória têm como característica a investigação dos processos, fatos e relações pouco conhecidos, permitindo aproximações com o problema estudado, trazendo em seu movimento a possibilidade de construção de novas ideias sobre os fenômenos analisados.

Por metodologia, compreende-se o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Assim, concorda-se com Minayo (2011) que aponta que a metodologia compreende pensamento e prática, ou seja, a metodologia inclui teoria (método), instrumentos de operacionalização (técnicas) e a experiência do pesquisador.

Em relação à dialética marxista, ela “[...] abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais [...] pelos atores sociais, que lhe atribuem significados”. (MINAYO, 2011, p. 11).

A pesquisa apresentou-se como quali-quantitativa pela necessidade de compreensão da complexidade do tema estudado, visto que os dados qualitativos e quantitativos não se opõem, ao refletir a complexidade de uma determinada realidade, complementando-se sem dicotomia num processo constante de interação (MINAYO, 1994).

Em relação aos *instrumentos e técnicas de coleta de dados*, fez-se uso da *observação assistemática*, do *levantamento bibliográfico e documental* e da *aplicação de questionários* junto aos sujeitos de pesquisa.

O levantamento documental foi utilizado pelo valor essencial que os documentos possuem para a pesquisa social, e, assim sendo, caracterizam-se como uma fonte que reúne as manifestações da vida social em conjunto e em setores (RICHARDSON, 1999). Desse modo,

foram analisados documentos, tais como: leis, programas e projetos, normatizações do Governo Federal e Ministério da Saúde que estão atrelados ao objeto de pesquisa. Também foi avaliada a documentação formulada pelos movimentos sociais da localidade de Campina Grande-PB, no que diz respeito ao processo de privatização da saúde, documentos elaborados para mobilização, organização e pautas políticas dos movimentos e das entidades que lutam em defesa de um Sistema Único de Saúde universal, público e estatal. Além desses, também foram examinados os documentos elaborados pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, tais como: relatórios de seminários, agenda política, jornais, etc.

Para coleta de dados, adotou-se a observação que, segundo Richardson (1999, p. 41), “[...] quando adequadamente conduzida, pode revelar inesperados e surpreendentes resultados que, possivelmente, não seriam examinados em estudos onde utilizassem técnicas diretivas”. Ainda de acordo com Richardson (1999), a atividade de observar constituiu-se com mais liberdade quando não se utiliza de fichas ou listas de registro, embora seja preciso atender as recomendações do plano de observação que deve ser orientado pelos objetivos da pesquisa. Esse modelo de observação é usado nos estudos exploratórios.

O *município de Campina Grande*, na Paraíba, foi o *locus da pesquisa*, cuja amostra da população estudada incluiu 16 (dezesesseis) sujeitos representantes de 6 (seis) segmentos diferentes que compõem o pacto político da saúde em Campina Grande-PB, configurando, portanto, uma *amostra intencional e por acessibilidade* a qual, segundo Marsiglia (2006), se realiza quando se deseja, por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade no universo.

Os 16 (dezesesseis) sujeitos que compuseram a amostra foram: a) 1 (um) representante da gestão do planejamento municipal da saúde de Campina Grande-PB; b) 1 (um) representante do Governo do Estado; c) 5 (cinco) representantes do “Fórum em Defesa do SUS” de Campina Grande-PB; d) 3 (três) conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde; e) 2 (dois) representantes da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); f) 4 (quatro) profissionais dos serviços modificados quanto a sua forma de gestão, sendo 2 (dois) profissional do Hospital Pedro I e 2 (dois) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Quanto aos critérios de inclusão, tem-se: a) um representante da gestão do planejamento municipal da saúde de Campina Grande-PB que fizesse parte da administração central da política de saúde no município; b) um representante do governo do Estado que participasse da administração central do governo; c) um representante de cada uma das

entidades que compõem “Fórum em Defesa do SUS” de Campina Grande-PB e que estivessem atuando no Fórum; d) três conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde: por acessibilidade e aceitação; e) dois representantes da Associação de Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); e) quatro profissionais dos serviços modificados quanto a sua forma de gestão que tivessem graduação em nível superior e que atuassem há pelo menos 2 anos nas instituições, assim participaram da pesquisa dois representantes de um hospital que foi municipalizado, o Pedro I, e dois profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) com o critério de que participassem das discussões concernentes ao enfrentamento do processo de privatização da saúde local. Foram excluídos os grupos de interesses que compõem o pacto político na saúde em CG, mas que não frequentam e nem participam das elaborações e implementações das propostas em torno da política de saúde no município.

Os dados primários e secundários foram analisados à luz do corpo teórico marxista numa perspectiva crítica, a partir de autores que discutem a temática e através da interpretação e compreensão da pesquisadora acerca dos fatos observados e das informações recebidas pelos sujeitos pesquisados.

Na fase de análise dos dados, utilizou-se da discussão estatística descritiva com a leitura tabular simples e gráfica e da análise descritiva dos documentos e dos dados primários, mediante uso da análise de conteúdo que, de acordo (Minayo, 1993), consiste em um processo de formação de sentido além dos dados, e esta formação se consolida a partir da interpretação do que os (as) informantes relataram e o que o pesquisador observou e analisou.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, seguindo as exigências éticas e científicas, segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12. Para a realização da coleta de dados, os sujeitos foram previamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), autorizando a análise das informações por eles fornecidas.

Esta dissertação está organizada em três capítulos, a saber: o primeiro referir-se-á aos pactos políticos e à política de saúde no Brasil, enfatizando o processo de lutas na perspectiva da democratização do acesso à saúde no país; o segundo capítulo tratará da ratificação da mercantilização na saúde, abordando a questão da aceleração do uso da lógica do mercado no contexto do SUS e, por último, o terceiro capítulo abordará os resultados alcançados sobre a análise do pacto político na política de saúde pública vigente no município de Campina Grande-PB, no contexto de privatizações dos serviços da saúde.

CAPÍTULO I – PACTOS POLÍTICOS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CARTOGRAFIA DE LUTAS E RESISTÊNCIAS

“O Sistema Único de Saúde é ao mesmo tempo um fato e um sentimento, uma retórica e uma prática, uma realização e uma utopia”.
(Maria Cecília Minayo)

Este capítulo apresenta um breve resgate histórico da política de saúde no Brasil, destaca a importância de alguns personagens e movimentos sociais que representaram mudanças para a saúde pública, inclusive durante a década de 1980, período considerado um marco na garantia dos direitos sociais.

É importante ressaltar que a conquista dos direitos sociais (saúde, previdência e assistência), historicamente, tem sido resultado de muita mobilização, luta, organização, reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do Estado, como alguns governos propagam.

Assim, traça-se uma breve reflexão de como se deu o processo de lutas e resistências na construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), em prol de uma democratização do acesso à saúde pública no Brasil.

1.1 O processo de lutas na perspectiva da democratização do acesso à saúde no Brasil

O acesso à saúde pública no Brasil se deu de forma lenta e mesmo hoje representa mais uma conquista legal-formal que uma realidade concreta, tanto em termos qualitativos, quanto quantitativos, permanecendo a existência de uma política de saúde fragmentada, com “[...] um acesso „seletivo, focalizado e excludente”” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866), típico do que se observou desde as primeiras ações de saúde no país.

Entende-se acesso como “[...] „a liberdade de usar serviços de saúde” e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade”. (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2868).

Sobre a configuração histórica do acesso à saúde pública, tem-se que, na década de 1930, as campanhas de saúde pública eram organizadas como campanhas militares positivistas, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes com doenças contagiosas, e obrigando, inclusive com uso de força policial, o emprego de práticas

sanitárias, ou seja, a saúde era tratada como caso de polícia (AGUIAR, 2015). Nesse período, sob a gestão de Getúlio Vargas, a saúde pública era gerida de forma burocratizada, atravessada por uma forte centralização política e participação estatal nos processos decisórios e organizativos (AGUIAR, 2015).

Desde este período, configurou-se forte segmentação na política de saúde entre as ações públicas e as ações privadas. Conforme Bravo (2009 p. 91), as primeiras eram desenvolvidas pelo subsetor de “saúde pública”, predominante até meados dos anos 60 e focado “[...] na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo”, enquanto as segundas ficavam por conta do subsetor da “medicina previdenciária” que começa a ultrapassar o subsetor de saúde pública na segunda metade da década.

Segundo Bravo (2009), em meados dos anos 1960 começou uma grande mudança na gestão de saúde no Brasil, sob forte influência do modelo de atenção de saúde norte-americano, baseado em grandes hospitais, com médicos de todas as especialidades e muitos equipamentos que concentram toda uma equipe médica de uma região. Assim, a estrutura e o funcionamento dos grandes hospitais atendiam às necessidades de uma florescente indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. “A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1996” (BRAVO, 2009, p. 94).

Em face de uma perspectiva de melhora no modelo de atenção à saúde pública no Brasil surgiu um processo de lutas por transformações, liderado por alguns protagonistas, a saber: Noel Nutels, Samuel Pessoa, Josué Apolônio de Castro e Paula de Souza, personagens cujos papéis e relevâncias sociais no que se refere à política de saúde pública.

A despeito das fragilidades das ações públicas de saúde, na década de 1930, houve exemplos de pessoas que se dedicaram à luta em prol da saúde pública e que deixaram seu legado para a política de saúde no Brasil, como Noel Nutels. Médico sanitário, formado em medicina na cidade de Recife no ano de 1936, esteve à frente de instituições como a Fundação Brasil Central (FBC) e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA).

Segundo Paiva (2003, p.8), a partir do SUSA, Nutels se consagrou definitivamente como um personagem digno na categoria de médico sanitário da medicina no Brasil, fato que o levou a ser conhecido internacionalmente, provocando a curiosidade dos europeus por conta do impacto que suas intervenções junto às comunidades indígenas causaram no exterior.

Após 1940, o intelectual, cercado por pessoas influentes na sociedade da época, começou a exercer seu trabalho pelos sertões do Brasil. Em 1947, se destacou por ser um

sanitário que participou da primeira vacinação em massa de BCG¹ nas fronteiras do Brasil. De acordo com Paiva (2003), Nutels, assim que chegou ao Rio de Janeiro, formado em medicina, ligou-se imediatamente a um grupo de intelectuais de outros países com perspectivas em comum, responsáveis, em abril de 1938, pelas primeiras páginas do periódico semanal *Diretrizes*, contribuiu para unir o pensamento de intelectuais que atuavam na história política e social brasileira e serviu de plataforma para discutir os problemas nacionais (PAIVA, 2003, p. 03).

Tal iniciativa indicou um novo caminho perpassado pela democratização do acesso à saúde, cuja prioridade era esclarecer a população sobre os estigmas, dilemas e desafios postos frente à política de saúde vivenciada na época.

Conforme destaca Paiva (2003), Nutels já demonstrava preocupação pelas expressões da questão social apresentadas numa época de uma conjuntura política e social burocrática, sobretudo no que tange à política de saúde do país. De acordo com Paiva (2003, p.06), o sanitarista vivia sob descaso das autoridades públicas, “com condições sanitárias consideradas inadequadas que, por sua vez, eram responsáveis não só pelo elevado número de vítimas de doenças facilmente controláveis, mas também revelava o estado de atraso em que se encontrava o país”.

A omissão do Estado foi um fator preponderante para o não desempenho de uma política de saúde pública eficaz, o que muitas vezes obriga indivíduos a pensarem estratégias, mecanismos e ações de ordem democrática para resistência aos problemas enfrentados na saúde, como foi o caso de Nutels (PAIVA, 2003).

É válido destacar também que em consequência do desenvolvimento industrial a problemática da saúde se agravou como resultado de acidentes, doenças (infecciosas, contagiosas, profissionais), entre outros determinantes sociais, como elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, de mortalidade geral da população desprovida de moradia e saneamento básico.

Em 1933, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) existentes foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculados ao Ministério do Trabalho e ligados a categorias profissionais e não mais por empresas. Como os IAPs estavam vinculados ao trabalho formal, reforçaram o modelo assistencial existente, relegando a maior parte da população à mercê das instituições de caridade e tratamentos populares. Os recursos

¹ Bacilo Calmette-Guérin.

dos IAPS foram, desde sua criação, aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país (AGUIAR, 2015).

Com a revolução de 1930, o Estado, centralizado e forte, reorganizou-se assumindo o papel de mediador entre o movimento dos trabalhadores e os patrões, promulgando leis trabalhistas. Assim, durante o mandato de Vargas, o Estado se impôs como um tutor da sociedade, por um lado, reprimindo “[...] grupos opositores e fora de organizações não atreladas ao Estado e por outro, exercendo um papel mediador com a divulgação da CLT, que controla e regulamenta as relações de trabalho no Brasil” (SOUZA; MACHADO, 2001, p. 106).

Nessa perspectiva, a conjuntura social da época em relação à forma de condução do trabalho repercutiu na vida e na saúde dos cidadãos brasileiros. Neste período, destaca-se na luta pela saúde pública a figura de Samuel Pessoa, considerado um dos maiores cientistas nas áreas da saúde pública e da parasitologia, Pessoa nasceu em 31 de maio de 1898, em São Paulo, foi médico, sanitarista, professor da Universidade de São Paulo (USP), com grandes contribuições na Academia e densa atividade intelectual, pioneiro nos estudos epidemiológicos de doenças endêmicas de comunidades rurais, e em 1940 realizou a primeira experiência de campo, em Presidente Prudente-SP que permitiu o desenvolvimento da vacina contra a leishmaniose (ROSNEL; BOND, 2005 apud PAIVA). Apesar de suas conquistas, enfrentou inúmeras dificuldades no início de sua carreira em razão das péssimas condições de trabalho (PAIVA, 2003).

Conforme afirma Bond (apud CAMPOS, 2005), Samuel Pessoa finalizou sua trajetória ao se aposentar na faculdade em São Paulo, levando seus conhecimentos a várias escolas de Medicina do Brasil, como Londrina, João Pessoa, Aracaju, Florianópolis, Salvador, Goiânia, Itajubá e muitas outras.

Outro sanitarista importante foi o pernambucano Josué Apolônio de Castro, nascido em 5 de setembro de 1908, em Recife. Estudou medicina na Bahia, graduando-se no Rio de Janeiro em 1929. Segundo dados extraídos do Centro Josué de Castro, ele foi indicado por três vezes para o prêmio Nobel: em 1954, concorreu para o Nobel de Medicina, e nos anos de 1963 e 1970, ao Nobel da Paz.

Segundo informações disponibilizadas no blog “Centro Josué de Castro”, o momento histórico vivenciado com a Revolução de 1930 impediu que Josué de Castro conquistasse um emprego na Secretaria de Educação, o que fez com que ele fosse clinicar em Recife e trabalhar como médico em uma grande fábrica. Em 1932, realizou um “*Inquérito Sobre as*

Condições de Vida das Classes Operárias no Recife” e seu pensamento e suas contribuições teóricas repercutiram por todo o Brasil.

Ademais,

Radicado no Rio de Janeiro, clinicando, lecionando e estudando, Josué de Castro passa a ter atuação destacada em políticas públicas nos movimentos em prol do estabelecimento do salário mínimo (que passa a vigorar por decreto-lei de Getúlio Vargas em 1940); na fundação dos *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, editados sob a responsabilidade do Serviço Técnico da Alimentação Nacional e da *Nutrition Foundation de New York* em 1941; na fundação da Sociedade Brasileira de Alimentação em 1940, constituída de futuros dirigentes do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), criado em agosto do mesmo ano por iniciativa do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio. (CENTRO JOSUÉ DE CASTRO, 1987, p. 04).

Em meados de 1940, relacionou o combate à fome à paz, em uma época em que a “questão social” não era considerada pelo viés político, mas como assunto de polícia.

Josué de Castro avançou no sentido de apontar a fome como uma questão de política social. Isso está explícito em vários de seus livros, entre eles, o livro: *Geopolítica da Fome*, com o qual ganhou, em 1952, o prêmio Franklin Delano Roosevelt, da Academia de Ciências Políticas dos Estados Unidos. Outro título, *Geografia da Fome*, foi traduzido em mais de 25 países, por denunciar a fome como uma consequência da má distribuição das riquezas, e não da escassez de alimentos no mundo. (CENTRO JOSUÉ DE CASTRO, 1987, p. 05).

No mesmo sentido, Argenta (2015) argumenta que a atuação de Josué transcendeu o campo das ideias quando ocupou por dois mandatos – de 1952 a 1956 – a presidência do Conselho Executivo da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), defendendo,

[...] que a FAO deveria se voltar para os países que foram fruto de exploração colonial imperialista, e cobrava uma agenda política mais ampla, que colocasse a fome como uma questão fundamental para a agenda da paz [...]. Ao sair da FAO, em 1957, Josué de Castro fundou, juntamente com o padre católico francês Abade Pierre – criador da rede de abrigos Emaús – a Associação Mundial de Luta Contra Fome (Ascofam), visando sensibilizar o mundo para o problema da fome e da miséria. (ARGENTA, 2015, p. 32.).

Além dessas contribuições, Josué de Castro escreveu em 1968 “*Homens e caranguejo*”, em que fez uma analogia entre a realidade dos homens no mangue e o caranguejo, coberto de lama e faminto. Para tanto, foi decisiva sua vivência nas periferias de Recife (bairros pobres e com mangues) no sentido de “compreender as desigualdades enfrentadas por grande parte da população, o que favoreceu a sua pesquisa e o seu

posicionamento crítico em relação às causas da fome”. (CENTRO JOSUÉ DE CASTRO, 1987, p. 06).

Outra personagem importante no âmbito da área de saúde foi Geraldo Horácio de Paula Souza, diretor do Instituto de Higiene e do Serviço Sanitário Estadual, o qual institucionalizou a Higiene como disciplina acadêmica, implantando em São Paulo novas concepções de higiene e também o modelo adotado pelo sistema de saúde pública norte-americano (CAMPOS, 2000).

Seu legado vai além do âmbito da saúde pública nacional, sendo definido como um dos mentores da Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada na Conferência de São Francisco (1945) (CAMPOS, 2000).

De acordo com Campos (2000, p. 184), Paula Souza acreditava que,

[...] a educação era de grande importância para a manutenção de uma qualidade de vida dentro da cidade brasileira. Defendia que toda a população, principalmente os mais pobres, deveriam ser educados com o propósito de receber todos os preceitos básicos de Higiene para que pudessem curtir um “morar higienizado” dentro da cidade.

As contribuições de Paula Souza foram muitas. Em 1922, ele foi chamado para dirigir o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, e, em 1925, modificou a instituição pública com a promulgação do novo Código Sanitário, que segundo Ribeiro (apud CAMPOS, 2000, 181), “diferenciava-se dos demais códigos anteriores por estar centralizado basicamente na cidade de São Paulo, e não nos problemas rurais do interior paulista”.

De inovação, o novo Código Sanitário de Paula Souza trazia também a mudança de atitude quanto ao foco de intervenção no combate às doenças e epidemias urbanas. Estas agora são atribuídas exclusivamente aos indivíduos e a sua falta de hábitos de higiene que ajudava na proliferação das doenças dentro das cidades. (CAMPOS, 2000, p. 181).

Além disso, o sanitarista Paula Souza trouxe dos Estados Unidos a ideia dos Centros de Saúde e o conceito de Educação Sanitária norte-americana. Por suas contribuições, foi criado em sua homenagem o Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, considerado o primeiro Centro de Saúde Escola do Brasil o qual oferece atividades nas áreas de Assistência, Pesquisa e Ensino. Importa dizer que o Centro de Saúde atualmente norteia ações do ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, desenvolve atividades na área da Atenção Primária e Secundária, enfatizando a importância do trabalho em equipe multiprofissional, oferece treinamentos para profissionais da rede, seminários e cursos mensais já administrados na

USP, bem como dá suporte aos estagiários de várias universidades de São Paulo (CAMPOS, 2000).

Dada a importância da criação desse centro de estudos, reafirma-se que Paula de Souza deixou um legado para sociedade civil no que se refere às contribuições pautadas nos princípios dos ideais democráticos e sanitários no âmbito social e acadêmico.

No entanto, apesar das contribuições advindas do trabalho dos sanitaristas citados, muitos desafios de caráter econômico e político foram postos na conjuntura dos anos 1930 a 1940, exigindo que, para além de ações isoladas, os problemas relativos à saúde fossem enfrentados como política por parte do Estado.

Nos anos 1950, o quadro de saúde pública não teve melhoras, conforme assevera Bravo (2009, p. 92):

[...] a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

No início da década de 1960, ainda no governo de João Goulart (1961-1964), a municipalização da saúde, bem como a assistência à saúde da população rural, eram uma preocupação. Em junho de 1963, foi encaminhado ao presidente da república um projeto para o decreto de convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), pelo ex-deputado federal do PTB Wilson Fadul, o documento expressava.

a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações, fundamentando-se nas recomendações do 15º Congresso Brasileiro de Higiene (promovido em 1962, pela Sociedade Brasileira de Higiene) e no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social. Também foi estabelecido que: “a finalidade da 3ª Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento do país” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p. 7).

Segundo os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 09 e 15 de dezembro de 1963, no município do Rio de Janeiro, as discussões abordadas nesta Conferência foram em torno dos temas: “Situação sanitária da população brasileira”; “Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal”; “Municipalização dos serviços de saúde”; e “Fixação de um Plano Nacional de Saúde”. A 3ª

CNS apresentou como disposições gerais a implantação de uma estrutura sanitária ajustada às melhorias de saúde, entretanto, a proposta do governo se baseava na realização de reformas econômico-sociais que representavam a reduzir os investimentos em saúde pública, comprovando a tese do seu sucateamento. Associado a isso, a crise econômica dos anos 1960, no Brasil, se acentuou causando diminuição dos salários com consequências drásticas para a classe operária que foi levada à miséria (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

De 1964 a 1981, no regime ditatorial, houve uma deterioração das condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde que passou a priorizar as ações de assistência médica, em detrimento das ações de saúde pública (BRAVO, 2009).

Em 1966, o Governo unificou o sistema previdenciário e outros órgãos, mediante a fusão dos IAPS no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando uma estrutura única para todos os serviços relacionados à previdência social e sendo responsável pela gestão de aposentadorias, pensões e da assistência médica dos trabalhadores do país, restrita aos trabalhadores formais (AGUIAR, 2015).

Nos anos de 1970, o governo federal, através do INPS, criou linhas de financiamento na tentativa de inserir a iniciativa privada para fundar os hospitais privados, com intuito de aumentar o número de leitos hospitalares para assistência médica ao trabalhador que contribuísse para a previdência social, o que decorreu na maior expansão em número de leitos disponíveis e em relação aos recursos disponibilizados.

Também nos anos 1970, em decorrência do aumento de leitos hospitalares à disposição dos contribuintes da previdência, houve sua extensão aos trabalhadores da zona rural que passaram a ter direito à assistência médica e à aposentadoria (AGUIAR, 2005).

Segundo Paim (2008), na década de 1970, ao passo em se aprofundavam as contradições no setor da saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média, conformando uma articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes.

Nesse sentido, segundo Escorel (apud JUSTINO, 2014, p. 28), nesse período:

[...] ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina com enfoque na medicina curativa – com ênfase nas especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com conseqüente aumento de consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos.

Assim, segundo Bravo (2009), ficou evidente que a política de saúde foi historicamente organizada em subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominou até meados de 1960 e se caracterizava pela criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo, enquanto que o subsetor da medicina previdenciária se sobrepôs ao da saúde pública a partir de 1966.

Além da organização interna e da influência de setores e atores nacionais, o desenvolvimento da política de saúde também sofreu interferências de organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “que possuía o papel de influenciar ideologicamente o setor mundial de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, estimulando a adoção de modelos de saúde baseados em convênios entre o setor público e as organizações filantrópicas” (GERSCHMAN, 2004, p. 54).

A atuação do Banco Mundial (BM) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) também trouxe o discurso de uma perspectiva global para o século XXI, pautado numa agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde. A OMS passou a participar efetivamente do grande consenso que os principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento já haviam formulado, ligando a política de saúde às prioridades do ajuste fiscal (LIMA, 2015).

No âmbito do setor saúde, depois do primeiro documento específico sobre a área, publicado em 1975, o BM começou a exercer maior influência, principalmente após a conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na qual foi aprovada a “Declaração de Atenção primária à saúde”. Em sua meta de “Saúde para Todos, no ano 2000” (SPT-2000), proclamava que a saúde exigia um enfoque que ia muito além das intervenções médicas, e sublinhava que os fatores sociais, econômicos e políticos eram determinantes para a saúde. (LIMA, 2015, p. 238).

Desde então, pautado pelo neoliberalismo, o BM adotou uma política de financiamento com empréstimos diretos aos países para reformar os serviços de saúde, assim como manteve a política de destinar recursos para componentes de saúde de outros projetos.

Em todas essas iniciativas o que se pretende era que em lugar da defesa universalização do direito à saúde e da busca do fortalecimento e da melhoria dos serviços públicos, a agenda homogeneizadora construída pela OMS com o apoio do BM e seus parceiros indica a universalização da atenção à saúde por meio de privatização das instituições públicas, das parcerias público-privadas e das modalidades de planos de pré-pagamento e seguros de saúde. (LIMA, 2015, p. 251).

Com o aumento da visibilidade dos movimentos sociais na reivindicação de melhorias no setor de saúde e pela necessidade de romper com o modelo médico-hospitalar implementado no período ditatorial, configurou-se a necessidade de abertura de canais de democratização da saúde por meio de espaços democráticos, tais como: Conselhos e Conferências, sejam estes municipais ou estaduais.

As conferências foram instituídas como instâncias decisórias da política de saúde pela Lei nº 37 de 13/01/1937, ocorrendo a cada dois anos e os Conselhos são espaços decisórios (deliberativos) de caráter permanente e paritário, compostos por representantes dos trabalhadores da saúde, de gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários e, de acordo com a “Resolução n. 333 do Conselho Nacional de Saúde, sua composição deve ser de 50% dos usuários, 25% de gestores e prestadores de serviços públicos ou privados e 25% de pelos trabalhadores de saúde”. (BRAVO e MENEZES, 2012, p. 261).

Assim, segundo Bravo e Menezes (2012) os Conselhos configuram-se como espaços a serem ocupados pela sociedade civil, representando mecanismos de participação democrática que podem provocar mudanças na relação Estado-Sociedade e “podem contribuir com a construção de uma política contra hegemônica ao impor a socialização da política e a democratização social como agendas permanentes e prioritárias de luta”. (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 290)

Todavia, os autores também advertem que “[...] o controle democrático pelas classes trabalhadoras está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos” (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 290), o que supõe a necessidade de articulação das forças políticas que representam os interesses dessas classes.

No processo organizativo da agenda para saúde foi criado, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), na perspectiva de discutir a questão da democratização na saúde. Sua criação se deu mediante articulação durante a realização da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UnB), em Brasília. O CEBES possui um estatuto de regimento próprio e, conforme seu Art. 3, seu objetivo é “[...] organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida e de saúde do povo brasileiro” (CEBES, 2009, p. 01).

O CEBES foi constituído por grupos da área de saúde pública provenientes dos estados de São Paulo e posteriormente foram formados núcleos também no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Recife e Salvador.

O CEBES materializou e difundiu o pensamento médico-social, como afirma o primeiro editorial ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitário, que já tinha sido permeado pelas ciências sociais marxistas. Apesar de ter atuado em um cenário inicialmente limitado, conseguiu expandir-se e crescer como força organizada da sociedade civil, pelo fato de aglutinar um conjunto de estudantes e profissionais da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado (ESCOREL, 1998, p. 76).

Com o passar os anos, o CEBES ocupou progressivamente novos espaços democráticos como os parlamentares, promovendo simpósios sobre o SUS, debates sobre a questão democrática da saúde, fato considerado importante para o movimento sanitário, cujo objetivo seria,

[...] desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (PAIM, 2008, p. 80).

Hoje, segundo Silva (2013), nos mais de 30 anos de atuação como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, o CEBES assegurou seu espaço como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, no âmbito dos movimentos sociais, das instituições e do parlamento nacionais.

O CEBES tem suas origens no movimento social de luta contra a ditadura e pela democracia, e seu lugar sempre foi o de pensar esta construção social a partir da democratização da saúde. Não sendo uma ONG nem um movimento social típico, o CEBES se identificou sempre com um lugar na sociedade civil de onde se possa pensar criticamente a saúde e a sociedade brasileira e, desde esta análise de conjuntura, construir estratégias políticas transformadoras, difundi-las e buscar agrupar forças sociais capazes de impulsionar este processo de transformação. Para tanto, conta com poucos recursos, não sendo um partido ou um grupo acadêmico de produção do conhecimento, mas considera fundamental usar os conhecimentos e saberes para demarcar este lugar de um pensamento de esquerda, que tencione o espectro político mais tradicional e cobre mudanças institucionais e societárias. Por não ser um grupo de origem corporativa o discurso do CEBES deve cobrar a universalidade, reivindicando um projeto coletivo de Reforma Sanitária que transcenda interesses, que, embora justos são particularistas, exigindo a transformação da democracia atual em uma democracia substantiva. (CEBES, 2015, p. 397).

Por suas propostas, o CEBES se coloca como um aliado aos princípios democráticos da política de saúde pública. Ao deixar claro seu direcionamento político de esquerda, dá a

entender que o acesso à saúde se dá em face ao enfrentamento de algumas problemáticas e determinantes sociais. Segundo Silva (2013) a bandeira do CEBES passa a ser no enfrentamento: 1) a desigualdade no acesso; 2) a drenagem de recursos públicos para o setor privado e; 3) melhorar a qualidade do atendimento e de colocar o usuário cidadão como o centro do SUS.

Porém, segundo Silva (2013, p. 141), o CEBES “[...] sofreu inflexões na sua agenda política democrática ao trazer em sua discussão algumas pautas do Ministério da Saúde que perpassam o debate da autonomia gerencial”, consideradas políticas regressivas, como o caso das Fundações Estatais de Direito Privado que entraram na agenda de discussão do CEBES, sem que este tenha tomado uma posição política clara em face de proposta apresentada. Um aspecto importante a destacar é que atualmente o CEBES se posiciona contra o modelo das organizações sociais, mas não se contrapõe às fundações estatais de direito privado, sob o argumento que “[...] a fundação pública estatal, administrada sob o direito privado não é um ente privado, mas sim um ente público” (CARVALHO apud SILVA, 2007, p. 145).

Outro importante mecanismo de apoio e articulação de estudos e pesquisas no cenário da democratização da saúde é a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, com o apoio dos departamentos de medicina preventiva. Segundo Silva (2013), a ABRASCO inicialmente era uma associação principalmente de docentes dos departamentos de medicina preventiva, medicina social e escolas de saúde pública, com predomínio do componente médico-sanitário.

[...] a ABRASCO formada em 1979 e desde o seu momento de criação até os dias atuais prioriza três eixos: a formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, a produção de conhecimentos técnico-científicos e a Política Nacional de Saúde. (SILVA, 2013, p.90).

Evidencia-se segundo Silva (2013) que a ABRASCO, enquanto sujeito político coletivo, contribuiu no processo de formulação da política nacional de saúde através da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

Ademais, de sua importância, assevera Silva (2013, p. 164),

Tanto o CEBES quanto a ABRASCO passaram por processos de questionamentos acerca da sua atuação na sociedade. Tais questionamentos resultaram: na refundação do CEBES, na priorização da ABRASCO para a produção do conhecimento, na mudança dos estatutos do CEBES e da ABRASCO. Esta última incorpora também à graduação e passa a ser denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

É indiscutível que o CEBES e a ABRASCO tiveram um papel importante no sentido de articular e mobilizar os trabalhadores em saúde, usuários e intelectuais, a fim de participar de conferências como: a 9^a, 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde.

A partir dos anos 1970 e principalmente nos anos 1980, teve início no país um processo de intensificação das lutas pela redemocratização e, no âmbito da saúde, pela universalização do acesso a partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (RSB), composto por segmentos da sociedade civil, ou seja, por sujeitos políticos coletivos do projeto.

Conceitualmente, de acordo com Silva (2013, p. 65) os Sujeitos Políticos Coletivos se “constituem como resposta à necessidade de defesa de interesses superiores aos interesses puramente singulares e se referem à ação coletiva para consecução de determinados interesses”. Desse modo, os sujeitos políticos coletivos, segundo Gramsci (2000), estão nos aparelhos privados da sociedade civil tais como: igrejas, partidos, fóruns, sindicatos, associações, movimentos sociais etc.

Segundo Gramsci (2000, apud Silva 2013, p. 65), os Sujeitos Políticos Coletivos “implicam na construção de projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia, seja buscando sua manutenção, seja sua transformação”. Esta hegemonia é expressa pela vontade de uma maioria da sociedade, perpassando por um conjunto de crenças e valores que se enraízam num determinado senso comum que interfere na superestrutura societária.

Assim, segundo Silva (2013), um destes Sujeitos Políticos Coletivos é o Movimento Sanitário que foi criado nos anos 1960, particularmente localizado na 3^a Conferência Nacional de Saúde, embora se tenha estabelecido que sua criação se deu em 1976, tendo como marco a fundação do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES).

A prioridade desse movimento foi à criação de um Sistema Único de Saúde que enfatizasse como ponto principal, a discussão de uma sociedade orientada pelos princípios democráticos.

Para sustentar a perspectiva democrática o Movimento Sanitário adotou duas estratégias: a) ampliar a consciência sanitária para alterar a correlação de forças e inserir-se na construção de uma sociedade democrática, b) se aliar aos movimentos sociais para formular um projeto alternativo para o sistema de saúde, que deveria ter como orientação saúde e democracia. (KRUGER, 2005, p. 87).

Segundo Kruger (2005, p. 77) “[...] a luta pela democratização da saúde, que ganhou corpo no Movimento pela Reforma Sanitária, está em íntima ligação com as mobilizações ocorridas no plano sócio-político para a mudança da ordem autoritária para democrática”.

O Movimento Sanitário foi se consolidando nos marcos do regime autoritário-burocrático brasileiro, sendo que nos anos do governo Geisel (1974-79) os espaços institucionais do movimento puderam se articular como um pensamento contra-hegemônico, ainda sem provocar qualquer alteração no modelo hegemônico. (KRUGER, 2005, p. 77).

Gerschman (2004) enfatiza nos estudos sobre a RSB o movimento médico e o movimento popular em saúde como componentes dos movimentos sociais em saúde e distingue a reforma sanitária em três fases: a) fase reivindicativa na década de 1970 quando a organização se dava em torno de reivindicações pontuais por melhores condições de vida; b) fase da politização – ainda numa perspectiva de reivindicação, houve uma articulação dos movimentos em torno de questões comuns; c) fase da institucionalização, relacionada com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a elaboração da Constituição de 1988.

Segundo o CFESS (2014, p.04), o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil resultou de um “[...] longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde, na perspectiva da construção de uma nova ordem social, que se contraponha ao projeto privatista, que atende somente aos interesses do sistema capitalista”.

O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possa fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais dos serviços de saúde), organizações de representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas com uma proposta ético-política visando interesses coletivos. (VAITSMAN, 1995, p. 153).

Vale destacar, conforme aponta Paim (2008), que o projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), considerado um fenômeno sócio histórico, possui um sentido completamente diverso do que foi observado em outros países, pois, no Brasil a reforma não decorreu de uma iniciativa das áreas econômicas, como no caso da Colômbia; nem ocorreu derivado de um processo revolucionário, como em Cuba. Segundo Kruger (2005) a RSB se inspirou tanto teoricamente como politicamente no modelo de política de saúde na Itália.

Segundo Kruger (2005, p. 80),

[...] as lutas sociais na Itália no século XX estiveram polarizadas pelas referências ao socialismo, mas orientadas pelo seu viés reformista. Ao garantirem o conjunto de leis sanitárias havia a clareza de que o alcance das conquistas sociais que estavam em sua pauta de reivindicação não significava algum patamar de sociedade socialista.

A RSB se desenvolveu numa conjuntura de transição democrática, com ampla participação da sociedade civil.

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 2001, p. 6).

Segundo Paim (2008), a RSB, enquanto projeto, pode ser definida como uma reforma social de caráter geral, tendo como horizonte a mudança no modo de vida. Está centrada nos seguintes aspectos: a) *democratização da saúde* – com elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes; reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social nas políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos – com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* – com alcance da produção e distribuição justa da riqueza numa “totalidade de mudanças”, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura.

No mesmo sentido, Silva (2013,) ressalta que o projeto da RSB teve seus pressupostos pautados numa saúde de qualidade, mas não estava restrito a este aspecto, pois não visava apenas a reforma no setor da saúde, mas na defesa de mudanças também no projeto de sociedade.

Igualmente, complementa Paim (2008, p. 106 apud JUSTINO, 2014):

[...] que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições vinculadas à estrutura da sociedade, requerendo ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, lazer, etc. (PAIM, 1987, p. 47). Nessa perspectiva, a RSB apresenta no seu projeto uma relação com outras dimensões, tais como a Seguridade Social, a cidadania e as questões educacionais e científico-tecnológicas, entre outras. (PAIM, 2008, p. 106).

Segundo Menicucci (2007), a RSB expressa a trajetória da política de saúde e seus efeitos institucionais,

[...] a implementação da reforma foi um processo cheio de contradições, que, ao mesmo tempo que o SUS de fato se institucionaliza e se torna uma realidade, contando inclusive com o apoio de novos atores construídos a partir dele, se faz em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando a concepção de seus formuladores. (MENICUCCI, 2007 p. 306).

Para Gerschman (2004), o movimento sanitário adotou como paradigma a reforma sanitária italiana, ao construir seu projeto a partir da formação crítica ao modelo privatista e mercantilista, que fortaleceu o crescimento do setor privado, financiado pelo Estado e à custa da falência do sistema público de saúde. Contudo, “[...] o MS não elaborou um programa concreto que considerasse a construção histórica, política econômica do país e que fosse contrário, de fato, à participação do setor privado” (GERSCHMAN, 2004, p. 53-54).

Segundo Rodrigues Neto (2003, apud SILVA p. 84), o Movimento enfrentou dificuldades internas e resistências oriundas da burguesia brasileira nos planos institucional, político e ideológico, a saber,

[...] a conservadora/privatista, provinda especialmente dos representantes da rede hospitalar privada; a modernizante/privatista vinda da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE – e a liberal, que era a majoritária, defendia a restauração da moralidade e da ética com reforço do setor público na área da atenção básica e a não intervenção na dinâmica dos serviços privados.

Assim, conforme aponta Paim (2008), a RSB reduziu-se progressivamente ao SUS, com destaque para problemas de financiamento e gestão, secundarizando a questão sanitária expressa nas condições de saúde e na sua determinação social, bem como na mudança do modelo de atenção.

[...] Os percalços da reforma sanitária remetem às dificuldades mais gerais, que dizem respeito ao próprio processo de consolidação da democracia. Desse modo, a reforma sanitária tem convivido com uma permanente falta de recursos, o que afetou profundamente o setor público da saúde, alterando a credibilidade dos usuários e seus movimentos sociais mais organizados. (GERSCHMAN, 2004, p. 66).

Para democratizar o acesso à saúde brasileira, lideranças responsáveis pela condução da política de saúde no país organizaram conferências, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde que significou um marco na política de saúde por se tratar de um grande esforço e luta de mobilização política reuniu forças sociais para discutir democraticamente os problemas do setor saúde.

De acordo com o CFESS (2014, p. 69) a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, assegurou importantes conquistas, como a instituição da política de saúde compondendo o tripé da Seguridade Social, baseada nos princípios de universalidade, equidade, ampliação dos mecanismos de gestão e controle social, por meio da criação de conferências e conselhos de saúde. A 8ª Conferência Nacional da Saúde foi convocada pelo Ministério da Saúde, através do decreto Lei nº 91.466 de 23 de setembro de 1986, o qual,

[...] convidou as organizações da sociedade civil a participar através de delegados que as representassem, diferentemente de conferências anteriores. Assim, o evento contou com representantes de várias entidades da sociedade civil da CGT, da CUT, da Contag, de associações de profissionais de saúde e também do Movimento popular em Saúde, chegando a somar mil representantes de organismos societários. (GERSCHMAN, 2004, p. 103).

Assim, a ideia e a proposta de realização da 8ª CNS, definidora do rumo da política de saúde no Brasil, contou com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares (PAIM, 2008) e, de acordo com Santos (2014, p. 66) foi estruturada a partir de três eixos básicos: “Saúde como direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”.

Segundo Gomes (2014 p. 26), o Relatório Final da 8ª Conferência, “[...] além de propor a implantação do SUS, previu também a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária com a principal atribuição de defender as propostas do relatório junto à Assembleia Nacional Constituinte”, e deixou claro que a reformulação da política de saúde ia além de reformas administrativas e financeiras, pois era preciso uma reformulação mais profunda.

“A comissão composta por representantes dos organismos populares e governamentais desde sua formação preservou a forma do Estado perante as políticas públicas oriundas das entidades organizadas da sociedade, além de alternativas ao modelo hegemônico no setor saúde”. (GERSCHMAN, 2004, p. 56).

Reconhecendo o enfraquecimento da organização da sociedade civil e a existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor, o Relatório Final apresentou 27 proposições referentes ao tema “Reformulação do sistema nacional de saúde”, onde se destacam, segundo Brasil (1987 apud PAIM, 2008, p. 384-388).

Criação de um Sistema Único de Saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária. Equidade em relação ao acesso dos que necessitam atenção. Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; Admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; [...] cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; [...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado [...]; O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde [...]. Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para

protelar a implantação do Sistema Único de Saúde. Criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª CNS propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária.

Segundo o relatório, a 8ª Conferência assentou as bases do papel que o movimento sanitário em saúde alcançou na determinação de qual seria o sistema de saúde mais adequado para o atendimento às necessidades da população brasileira e, especialmente, das camadas mais pobres.

Para Gerschmann (2004, p. 187), entre os principais efeitos mobilizadores dessa conferência tem-se que,

[...] a população conseguiu, junto com movimentos populares e trabalhadores de saúde, organizar caravanas e abaixo-assinados, que corroboraram na aprovação da reforma sanitária, instituindo o SUS à Constituição Federal do Brasil.

De acordo com Fleury (1995), a política de saúde contemplou vários elementos centrais da RSB para a sua construção concreta no que se refere à definição de objetivos, finalidades, à construção de emprego, de estratégias, planos, instrumentos e técnicas, bem como o desempenho de papéis simultâneos, políticos e econômicos aos processos decisórios da política de saúde para materialização do SUS.

Ademais,

É importante lembrar que uma proposta que busque inserir a questão saúde na luta pela democracia sob o prisma do materialismo histórico deve trabalhá-la do ponto de vista abstrato e do ponto de vista concreto. Isso equivale dizer que a saúde no capitalismo, tal como a democracia, é subversiva porque se revela inacabada, exige ser completada. Ou seja, a proposta de concretização da ideia de saúde que se tem, a Reforma Sanitária, contém elementos passíveis de se realizar sob o capitalismo e outros factíveis apenas no socialismo. (GALLO; NASCIMENTO, 2005, p. 113).

Por democracia, entende-se um “[...] sistema de governo no qual os governantes são cobrados por suas ações no domínio público por cidadãos que atuam indiretamente através de concorrência e cooperação de seus representantes eleitos”. (GERSCHMAN, 2004, p. 35).

Segundo O’Donnell (1988 apud GERSCHMAN, 2004, p. 30), há “dois tipos de transição à democracia: a por colapso e a pactuada”. Assim,

[...] no primeiro caso trata-se de regimes burocrático-autoritários fortemente repressivos e cujas políticas econômicas foram enormemente destrutivas. Geram um vázio político ao seu redor, perdem os apoios políticos e, ao não conseguirem controlar o processo político, caem estrepitosamente. As

transições por colapso ainda que ocorram em contextos econômicos catastróficos, comportam menor condicionamento político para as forças de oposição e maior liberdade dos governos democráticos. No segundo caso, trata-se de regimes que tiveram melhor desempenho econômico e nos quais o uso da repressão foi menos bruta e extensiva. (O'DONNELL, 1988 apud GERSCHMAN, 2004, p. 30).

Como nesta pesquisa, partiu-se de uma perspectiva de ampliação da democracia como componente essencial para o pacto político, categoria que norteia a discussão da análise da configuração da política de saúde no município de Campina Grande-PB, entende-se ser necessário caracterizar a teoria do pacto social e o pacto político. A teoria do pacto social pressupõe um acordo prévio entre os setores políticos e sociais para a formulação de uma política adequada. De acordo com Guerreiro e Branco (2011, p. 03),

[...] os pactos sociais seriam acordos realizados entre trabalhadores e a burguesia, com vistas à manutenção da ordem social e econômica. O pacto político está interligado ao social, pois pressupõe a sua existência e reconhece que as classes sociais tendem a dividir-se por conta da disputa do poder do Estado.

Assim, conforme o documento: *“A transição política: necessidade e limites da negociação”*, produzido no Simpósio na Universidade de São Paulo em junho de 1987, o papel do governo é de fundamental importância para o estabelecimento de um pacto social, “[...] podendo atuar como um agente econômico, como árbitro, como mediador, como instância que garanta o cumprimento do acordo ou como todas essas coisas simultaneamente” (A TRANSIÇÃO, 1998, p.101).

Desse modo, cabe ao governo viabilizar ou não um pacto político atrelado ao bem comum de uma coletividade com políticos bem definidos capazes de firmar acordos em nome de setores representativos e institucionalizar um pacto democratizante.

Portanto, a política de saúde está atrelada ao pacto social na área da saúde, uma vez que, segundo Guerreiro e Branco (2011), os pactos políticos são alianças de classes ou frações de classes que se formam para o exercício efetivo do poder político e são capazes de tornar possível a vida em sociedade.

Observa-se, portanto, que num governo democrático, os avanços são notados na base das políticas sociais. Porém, os governos atuam dentro de limites, contradições e jogo de interesses. Assim, a democracia é perpassada por pactos das mais variadas naturezas.

[...] a política de pactuação desenvolvida no âmbito da saúde tem suas origens articuladas à reestruturação do Estado brasileiro. Esta política sofreu influências dos elementos e princípios que estão na reconstrução da

democracia, do federalismo, da descentralização política e administrativa e da Reforma do Estado. (GUERREIRO; BRANCO 2011, p. 1694).

É notório que muito foi conquistado em função do pacto social estabelecido na década de 1980, quando o pacto que se tinha na saúde era visivelmente progressista, pautado nos princípios de uma Reforma Sanitária com base no Estado democrático de direito e na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, diante do contexto de lutas e resistências na política de saúde, o pacto político estabelecido entre os governos e a sociedade civil caminhou a passos lentos, no que se refere aos rumos da efetivação de uma política de saúde pautada na democracia, tendo em vista que “[...] a pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação de conflitos intergovernamentais, pautada pela responsabilidade solidária”. (GUERREIRO; BRANCO, 2011, p. 1689).

Vale ressaltar que se entende por pacto político² as coalizões, ou seja, as cooperações realizadas na tentativa de consolidar um objetivo em comum, essas coalizões são construídas pelos vários grupos de interesses e que pelo poder de pressão de determinada força política e ideológica se torna hegemônico.

Partindo da compreensão do pacto político que deu origem ao SUS e à sanção da saúde pública como direito universal, o próximo item versará sobre os principais avanços em contraponto às digressões vivenciadas na política de saúde brasileira.

1.2 A democratização do acesso à saúde via SUS: principais avanços e digressões

*O Cenário indica, então, a necessidade de mudança. Mudanças no modelo de atenção que não se farão a nosso ver sem mudanças no modelo de gestão.
(Gastão Wagner Campos)*

Desde o final dos anos 1980, a sociedade brasileira é organizada em torno de um regime democrático de direito, conforme o que foi estabelecido na Constituição Federal de 1988, cujo arcabouço legal garantiu um conjunto de direitos em concordância com a

² Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

democracia substancial a que Bobbio et. al (1986, apud SCOREL p. 182, 1995) se referem como,

[...] um conjunto de fins, entre os quais sobressai a igualdade jurídica, social e econômica. [...] saúde é assim uma explicitação das condições de igualdade social na medida em que é determinada por um conjunto de direitos. A noção de direitos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis e político-sociais, mas pela possibilidade efetiva de exercê-los.

Entretanto, se “[...] a democracia, em sua acepção política, refere-se à modalidade em que, por meio de eleições, cidadãos livres e iguais escolhem, via sistema partidário, aqueles que serão seus representantes” (GERSCHMANN, 2014, p. 35), as dificuldades para se consolidar uma democracia no Brasil, decorrentes, inclusive do padrão de formação, institucionalização e consolidação do Estado-Nação “[...] requerem uma discussão específica entre democracia e Estado que exige conceitualizar a democracia em relação à esfera pública e privada, ao indivíduo e à sociedade, à justiça e à equidade”. (GERSCHMANN, 2014, p. 31).

Isto requer um processo de negociação permanente e o estabelecimento de estratégias que impeçam os retrocessos, de modo a permitir que a democracia seja consolidada.

Uma democracia consolidada é sempre um espaço de conflitos e de negociações e um esforço político permanente de aperfeiçoamento das condições institucionais, socioeconômicas e culturais que se desenvolvem processos sociais [...], entretanto em situações de crise, especialmente em processo de transição, pactos podem ser instrumentos necessários para superar impasses aparentemente insolúveis. (A TRANSIÇÃO POLÍTICA..., 1988, p. 100-101).

Sob essa perspectiva de democracia consolidada, de acordo com Gerschman (2014), é possível sempre que comportamentos políticos democráticos tenham sido internalizados com antecedência pelos atores políticos porque a existência de consenso entre esses atores se impõe a necessidade de:

[...] substituir a satisfação imediata dos interesses próprios por interesses de caráter coletivo. A condição de possibilidade de afirmação anterior seria dada pelo consentimento tácito dos atores sociais de que a democracia garantiria a satisfação em um momento posterior dos próprios interesses. Essas duas precondições não são dadas e, no caso do Brasil, são praticamente inexistentes. (GERSCHMAN, 2014, p. 36).

Por democratização, entende-se a “criação de mecanismos de transparência (acesso e controle de informação) de controle social e participação popular, em que possam ser acordadas as normas sociais”. (GALLO; NASCIMENTO, 2005, p. 107).

Segundo Soares, a democracia que se vivencia no capitalismo contemporâneo é apenas representativa e as políticas são meros paliativos (informação verbal)³.

Em relação especificamente ao âmbito do setor saúde, na CF/1988, o SUS é caracterizado como um sistema democrático, orientado por princípios doutrinários baseados na universalização, equidade e integralidade e por princípios organizativos de participação popular, regionalização e hierarquização e descentralização (RONCALLI, 2003).

A política de saúde segundo Aguiar (2015, p.17) é definida como “[...] a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos”. Importa dizer que o sistema de saúde brasileiro contraiu ao longo de sua trajetória características particulares e legislações próprias que representaram avanços dentro da realidade política, econômica e social de cada momento histórico do nosso país, isto porque, segundo Roncalli (2003), há historicamente uma vinculação entre política de saúde e modelo econômico vigente e as ações de saúde pública e assistência médica.

A CF/1988 trouxe um título inteiro dedicado à política de saúde, especificamente tratada nos artigos 196 ao 200. No artigo 196 está explícito que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Legalmente esse fato se constituiu como um importante passo em direção à democratização do acesso à saúde.

Dessa forma, os princípios básicos do SUS são considerados avanços na política de saúde, pois se referem à unificação, em termos técnico-administrativos, e à participação da comunidade, ambas regulamentadas respectivamente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) N° 8.080/90 e N° 8.142/90 (FARIA, 1995).

Compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerada como princípio fundamental e direito de cidadania. Para tanto, prevê a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, incluindo ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, sendo tais competências fixadas também em norma constitucional (BRASIL, 1988).

³ Informação fornecida por Soares em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Os desafios das Políticas Sociais Contemporâneas”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, em 2015.

A inclusão da saúde como um direito do cidadão representou um grande avanço em oposição ao modelo antes vigente que só dava garantia de saúde aos trabalhadores que contribuíssem com a previdência social.

Todavia, de acordo com Cavalcanti, há um distanciamento entre o SUS legal e o SUS enquanto gestão, de forma que o SUS legal se baseia no projeto da RSB, enquanto que o SUS real é atravessado hoje por elementos de um Estado privatista (com programas focalizados) com base no Estado mínimo e com a premissa de parcerias e privatizações (informação verbal)⁴, o que deu origem a um SUS adaptado que reflete a articulação entre uma reforma sanitária flexibilizada e ações propostas por um governo neoliberal. Tal embate entre a formalização da conquista legal e ampliação do direito e a realidade de contrarreforma e redução de direitos, é comentada por Faria (2004, p. 194):

O projeto neoliberal, uma vez hegemônico, não irá levar em consideração os princípios estabelecidos pela Constituição, contrários aos interesses de seus defensores. Para estes, o sucateamento da rede pública acaba desejável, à medida que torna natural e indispensável a ampliação da iniciativa privada. Todavia, esta traz em seu bojo, com frequência, práticas antiéticas que propiciam o aumento das desigualdades no atendimento e dificultam o usufruto da mais avançada tecnologia por toda a população.

Em parte, isto pode ser explicado pela conjuntura econômico-social vigente no período de redemocratização que inflexionou o movimento sanitário, fragilizando-o frente aos interesses privados contrapostos à luta pela saúde pública e gratuita.

Ao final do governo Sarney, o movimento pela reforma sanitária, cada vez mais institucionalizado, se envolvia na defesa da municipalização da saúde e criticava a lentidão do governo em implementar o SUS. A reforma do sistema de saúde, mesmo com seus limites se chocava com interesses do setor privado e da burocracia estatal. Cada vez mais, o movimento abandona o discurso da reforma nos marcos de um projeto “contra hegemônico” e adota a perspectiva da reforma setorial, iniciada administrativamente e com aspecto democratizando, ao incluir a participação popular. (PARTIDO OPERÁRIO REVOLUCIONÁRIO, 2015, p. 36).

Apesar de a saúde como direito de todos e dever do Estado ter sido defendida na 8ª Conferência Nacional e sancionada na CF/1988, ao contrário do que estava proposto, entre 1988 e 1992, nos governos Collor de Mello (1990/1992) e Itamar Franco (1992/1994), houve um reforço do “[...] modelo médico-assistencial privatista reciclado de expansão da assistência médica supletiva” (PAIM, 2008, p. 305), já intensificado no final da ditadura militar, quando houve priorização do financiamento do setor privado e ampliação dos leitos

⁴ Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

privados, de um lado, e precarização do sistema de saúde pública, cujos leitos públicos foram reduzidos, de outro lado (PAIM, 2008), o que originou a uma descaracterização do SUS proposta por setores empresariais e por parte do legislativo que, segundo Gerschmann (2004) confluuiu para um sanitarismo que tivesse resultados com assistência focalizada aos miseráveis, impulsionado a medicina privatista.

Para Gerschmann (2004, p. 180), dois aspectos marcaram a política do governo Collor de Mello:

[...] as tentativas neoliberais para desmontar as políticas sociais – dentre elas, particularmente, a mais estruturada, ou seja, a Reforma Sanitária e os escândalos relacionados à corrupção generalizada em todos os escalões do governo. [...] os avatares do governo Collor e do seu Ministro da Saúde marcaram fortemente o setor, afetando o andamento político-sanitário [...].

A postura de Collor de Mello foi notadamente contrária à implementação do SUS, utilizando o veto presidencial para dificultar a materialização do sistema preconizado pela Lei nº 8.080/90. Concretamente, esse veto suprimia itens que instituíam as conferências e os conselhos de saúde, asseguravam a participação social, estabeleciam o repasse automático de recursos da saúde para Estados e Municípios e um plano de carreira, cargos e salários para os profissionais do SUS. O veto presidencial também atingiu a extinção, prevista na referida Lei, do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), da Superintendência de Campanhas (SUCAM) e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Esses vetos motivaram confrontações políticas intensas entre os partidários do governo e os que defendiam a Reforma Sanitária, tais como partidos políticos, movimentos sociais e religiosos e setores acadêmicos que se posicionaram contra. (MENDES, 1998 apud GERSCHMAN, 2004).

Por sua vez, no governo de Itamar Franco,

[...] o movimento tinha como protagonistas os secretários municipais de saúde, agrupados no CONASEMS, que indicou um nome para uma secretaria vinculada ao Ministério da saúde. A criação do SUS em vez de ser acompanhada pelo “controle social” já veio marcada pelo fisiologismo e loteamento dos novos cargos criados. Simultaneamente houve expansão dos planos de saúde, e diversificação de serviços médicos privados. O próprio SUS já era inaugurado com o favorecimento do setor privado mediante convênios com médicos, clínicas e hospitais. Apesar da resistência da burocracia estatal. (PARTIDO OPERÁRIO REVOLUCIONÁRIO, 2015, p. 37).

Como exemplos da diversificação supracitada, citam-se: a medicina de grupo, as cooperativas médicas e o seguro-saúde.

O plano real conduzido por Fernando Henrique Cardoso, sob o governo Itamar, ao mesmo tempo em que abriu caminho à presidência, descarregou nas costas dos trabalhadores o peso dos ajustes econômicos e das medidas de desestatização. O recém-nascido SUS enfrentava uma grande crise: o usuário enfrentava as longas filas e atendimento precário, intercalado com greve dos trabalhadores. Aqueles que tinham condições de pagar migravam para planos de saúde. O movimento sanitário minguaava com os rumos da institucionalização via parlamento e academia. (PARTIDO OPERÁRIO REVOLUCIONÁRIO, 2015, p. 37).

Assim, se foi nos anos 1990 que a política de saúde começou, de fato, a ter implementado os avanços contidos na CF/1988, datou também deste período o recrudescimento dos retrocessos dos direitos sancionados a partir da contrarreforma do Estado, mediante implantação da agenda neoliberal.

A década de 1990, no Brasil, caminha no sentido de um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, assim como de suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. Trata-se de um processo concomitante ao avanço da globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980 passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira. (LIMA, 1990 apud CHESNAIS, 1996, p. 279).

Dessa forma, o que se presenciou na continuidade dos governos foi um pacto político estabelecido e norteado por um direcionamento voltado ao fortalecimento dos setores privados, com a intensificação de serviços terceirizados, leitos e equipamentos alugados, hospitais, clínicas e policlínicas, ambulatórios e laboratórios recebendo transferências diretas do SUS e entregues ao capital internacional (FAGNANI, 1997).

Como anunciado anteriormente, datou dos anos 1990 o estabelecimento de legislações e normatizações de políticas de saúde atreladas ao SUS que trouxeram contribuições significativas no acesso à saúde pública, embora também tenham sido observados alguns retrocessos, sejam elas:

- Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990;
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 1/1991 – Editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991;
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 1/1992 – Editada pela portaria 234, expedida pelo INAMPS, de sete de fevereiro de 1992;

- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 1/1993 – Portaria nº 545 de maio de 1993;
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 1/1996 – Portaria nº 2.203 de novembro de 1996;
- Ementa Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000.

Segundo Cavalcanti, até os anos de 1988 o controle social era exercido por parte do Estado sobre a sociedade civil. “A partir de 1988 o universo do controle social se ressignifica, sendo este exercido por parte da população para com o Estado. A política social da saúde inaugura esta terminologia se expandindo para os direitos sociais” (informação verbal) ⁵.

Em relação à Lei 8.080/90, a aprovação de sua primeira versão se deu em agosto de 1990, pelo Congresso Nacional, a qual, em seu Artigo 5º apresentou os objetivos do SUS em consonância ao que fora sancionado na CF/1988: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos das doenças e outros agravos; c) a execução de ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a Lei n.º 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Esta lei trata da participação e controle social na referida área, o que significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento, no controle e na avaliação das políticas e programas de saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Aguiar (2015), a lei 8.142 se consolidou como importante espaço público de controle social mediante a participação da população por meio das Conferências e dos Conselhos. Em relação aos recursos financeiros do SUS, explicita em seu artigo 33 que tais recursos serão depositados em conta especial (os fundos de saúde), em cada esfera de atuação e deverão ser movimentados sob o controle e a fiscalização dos Conselhos de Saúde.

Em relação aos fundamentos jurídicos e normativos do sistema de saúde, além da Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/1990, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de saúde que se constituem como parâmetros e não como lei, e refletem os embates presentes na implantação e consolidação do SUS.

⁵ Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

Para Duarte (2000, p. 447), apesar da concepção avançada de direito à saúde presente na CF/1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, é nas Normas Operacionais Básicas que se pode “[...] avaliar os mecanismos implementados para viabilizar o desenho do sistema de saúde, seu caráter regressivo ou progressivo em termos de equidade e suas consequências sobre os níveis de saúde da população”.

A NOB 91 foi aprovada pela Resolução N° 258, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em julho de 1991, após portarias do Ministério da saúde e “[...] fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS (mecanismos de financiamento do SUS – recursos repassados pelo INAMPS aos municípios e/ou estados). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 03). Essas portarias redundaram na criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI-SUS).

Em relação às atividades hospitalares, foram definidas as quantidades de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Assim, as internações hospitalares seriam dimensionadas pelo parâmetro de 10% da população por ano, sendo alocadas nos estados que repassariam aos municípios na proporção de 0,083% ao mês, desde que atendessem às exigências estabelecidas. (AGUIAR, 2015, p. 77).

Cavalcanti afirma que “[...] há autores que defendem que houve a NOB 91 e a NOB 92, e outros falam que a NOB 92 foi apenas uma emenda daquela” (informação verbal)⁶. De fato, a NOB 91 foi criada pelos profissionais da saúde para proceder no processo da estadualização da saúde, sob critérios em âmbito estadual em relação ao plano estadual de saúde, Conselho Estadual de Saúde e fundo estadual de saúde.

Em linhas gerais, a NOB 91 criou a figura do estado e município habilitados ao recebimento de transferências – repasse de verbas federais – e determinados estímulos financeiros. Para se tornarem habilitados, eles deveriam cumprir certos requisitos originários na legislação constitucional, como manter fundos e conselhos de saúde. Na prática, no entanto, a NOB 91 gerou poucas consequências, pois a não-adesão por parte dos municípios não paralisava os repasses. Ademais, os estímulos financeiros eram de pequena monta e irregulares (COSEMS-RJ, 1997 apud DUARTE, 2000, p. 448).

Para Aguiar (2015), a NOB 91 definiu ainda que o repasse de recursos dar-se-ia por meio de convênio a ser firmado entre gestores, mediante exigências de formação de Conselhos de Saúde, criação dos fundos de saúde e elaboração dos planos municipais, “além

⁶ Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

dos instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações e dos serviços de saúde de cada instância (estados e municípios)”. (AGUIAR, 2015, p. 77).

Quanto às atividades ambulatoriais criou-se a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial) valor que multiplicado pela população, produzia o valor máximo (teto) de cada estado. Para cada estado, foi estabelecido um per capita em função de alguns critérios, tais como populacional, capacidade e desempenho da rede de serviços e série histórica de custeio. (AGUIAR, 2015, p. 77).

Todavia, a despeito da sua importância na construção do SUS, a NOB evidenciou a força ainda existente do INAMPS que continuava ditando regras, o que seria considerado um retrocesso no SUS, pois seu enfoque se dirigiu fundamentalmente ao aspecto financeiro, com “valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais com base no pagamento pela produção dos serviços, mantendo a lógica da assistência médica de caráter curativo” (AGUIAR, 2015, p. 78). Nas disposições gerais ressaltadas na NOB 91 no item 4.6, cabem aos Conselhos de Saúde:

[...] a aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, bem como atuar na formulação de estratégia no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde. (BRASIL, 1991, p. 08).

Outra digressão reside no fato de a norma não ter reforçado os princípios constitutivos da descentralização – democracia e autonomia –, uma vez que adotou o mecanismo de convênio para a transferência de recursos da esfera federal para os municípios, mantendo a centralização decisória especialmente no que concerne ao investimento e remanejamento de recursos para gestão do SUS (AGUIAR, 2015).

A NOB 92 foi editada pela portaria Nº 234, expedida pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e pelo INAMPS. Por meio dela, os municípios foram enquadrados na condição de municipalizados, dando-lhes autonomia para gerenciar os serviços locais.

A NOB 92-PRT Nº 234/92, normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento do sistema e dá forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. (BRASIL, 2009, p. 03).

Em 1992 foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde por articulação do movimento sanitário, cujo tema foi “Saúde: municipalização é o caminho”. Segundo Aguiar (2015), esta Conferência agregou novos atores sociais no incipiente processo de

descentralização e organização dos serviços e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e trouxe debates e críticas ao processo de descentralização e municipalização em andamento no país.

A NOB 92 inovou muito pouco em relação à anterior. Na questão do financiamento, a novidade foi a alocação dos recursos do INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde e quanto às formas de pagamento, mantiveram-se pelo SIH-SUS (internações hospitalares) e SIA-SUS (atividades ambulatoriais) (AGUIAR, 2015).

Com a implantação do SUS na década de 1990, lançou-se mão da estratégia da descentralização para a implantação do SUS, uma vez que a descentralização é,

[...] considerada um dos princípios organizativos do SUS, que pode ser entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os 3 níveis de governo: federal, estadual e municipal. A lei 8.080 de 1990 estabelece a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização. Isso implica, além da gestão dos serviços públicos de saúde para os municípios, a transferência de poder decisório e de responsabilidade sobre o conjunto de serviços (inclusive de prestadores privados) e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal. (AGUIAR, 2015, p. 73).

Nesse sentido, em maio de 1993, através da portaria N° 545/93 do Ministério da Saúde e após a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, aprovou-se a NOB 93 que, segundo Brasil (2009, p. 03) “[...] estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde”.

Um aspecto importante de avanço da NOB 93 foi

[...] a criação das Comissões Intergestores, como mecanismo de consulta e decisões entre governos, no plano nacional e regional. São elas: no âmbito nacional: a Comissão Intergestor Tripartite (CIT), composta paritariamente por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); no âmbito estadual, Comissão Intergestor Bipartite (CIB), composta, de forma paritária, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado ou órgão equivalente, podendo operar com subcomissões regionais. (DUARTE, 2000, p. 448).

Esta NOB se constituiu como um passo positivo no processo de descentralização com atribuição do Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, “submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde (CNS), constituído conforme o decreto n° 99.438/90 e responsável pela

formulação de estratégias e pelo controle da execução da política nacional de saúde” (DUARTE, 2000, p. 448).

Por sua vez, a CIB é uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS nos estados. Suas decisões devem ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES), que permanece como instância responsável pela formulação de estratégias e controle da execução da política estadual de saúde, com atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na lei 8.142/90. (DUARTE, 2000).

De acordo com Guerreiro e Branco (2011, p. 1695), “[...] os foros de negociação e decisão estruturados e articulados, estabelecidos pela Norma Operacional Básica NOB 93 no âmbito do SUS, também foram fatores que impulsionaram a adoção da política de pactuação”.

Estas comissões CIT e CIB foram instituídas com a finalidade de serem criados como espaços de negociação, deliberação e operacionalização da política, integrando diferentes gestores dos sistemas de saúde. Estas instâncias, embora palco de conflitos entre os interesses divergentes das esferas governamentais, funcionam como estruturas de negociação, planejamento e decisão intergestores. Favorecem a cooperação entre as esferas de governo, necessária ao fortalecimento da capacidade gestora do SUS. No que se refere aos pactos da saúde, atuam como espaços de discussão e negociação para a deliberação das diretrizes e dos compromissos estabelecidos entre as esferas de governo. (GUERREIRO; BRANCO, 2011, p. 1695).

Os pactos de gestão supracitados se relacionam à política de descentralização à medida que implicam a divisão de responsabilidades, com a cooperação técnica e financeira entre as esferas de poder, associadas ao incentivo à transparência pública e à participação da população (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

Segundo Cavalcanti, em 1993 ocorreu a primeira etapa da descentralização, a estadualização da saúde, variando de estado para estado, demorando mais nos lugares conservadores, a exemplo do estado da Paraíba (informação verbal)⁷. Na região Sul, o processo se deu de forma mais rápida, pois muitas cidades eram guiadas pela ideologia do Partido dos Trabalhadores (PT). A partir da descentralização, passar-se-ia para a segunda etapa da descentralização: o processo de municipalização da saúde, constituindo uma mudança significativa do sistema de saúde e sua defesa pelo movimento de Reforma Sanitária

⁷ Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

partiu do pressuposto de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento das políticas de saúde (AGUIAR, 2015).

Municipalizar a saúde, portanto, significa reconhecer o município como principal responsável pela saúde da população. Exige-se para tanto que recursos financeiros sejam repassados para as cidades, de modo que os gestores municipais exerçam com autonomia e de forma plena as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e controle sobre os recursos, assim como, sobre as ações e os serviços de saúde de seu território. (AGUIAR, 2015, p. 73).

Apesar de sua inequívoca importância, também foram observadas digressões relativas ao processo de descentralização na política de saúde. O principal ponto de digressão da NOB 93 remeteu ao seu foco neoliberal, no tocante aos elementos da atenção básica, com rescentralização das ações do SUS, mediante ênfase no discurso de pseudo equidade que revestiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Entende-se que houve rescentralização porque os referidos programas restringiram o acesso às áreas de residência dos usuários, o que foi contrário ao real significado de equidade que é de “[...] assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (DUARTE, 2000, p.447).

Cavalcanti alerta para o fato de que “os autores críticos afirmam que houve rescentralização do SUS pela expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e afirmam que é impossível ter programas de atenção básica seletivos, pois esses programas são focalizados nas classes menos favorecidas” (informação verbal)⁸.

Em relação ao financiamento e subfinanciamento na área da saúde há outra digressão, pois segundo Aguiar (2015) essa NOB conservou muitos aspectos das anteriores, permanecendo o financiamento das atividades ambulatoriais baseadas na UCA e o das atividades hospitalares nas AIHs, porém sem a necessidade de estabelecer convênio para regular as transferências de recursos.

A NOB 96 foi instituída pela portaria do Ministério da Saúde nº 2.203, de 06 de novembro de 1996 e intitulou-se de “gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Criada como um instrumento de regulamentação do SUS, apresentou mecanismos para a mudança do modelo assistencial, via incentivos estabelecidos ao Programa de Saúde da

⁸ Informação fornecida por Cavalcanti em uma exposição oral em sala de aula, na disciplina: “Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, em 2016.

Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (AGUIAR, 2015 p.82)

A NOB 96,

[...] redefina o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. (BRASIL, 2009, p. 03).

Mendes (2001, p. 40) afirma que esta NOB foi “[...] dura, detalhista, acolhedora de interesses corporativos, mal formulada do ponto de vista da técnica legislativa e extremamente complexa”, representando uma digressão. O autor assinala que essa norma privilegiou o diálogo entre os municípios e a União, colocando os secretários estaduais à margem do processo, cujo cenário provocou o enfraquecimento dos secretários estaduais que passaram a viver uma verdadeira crise de identidade, configurando um cenário permeado por conflitos e entraves (MENDES, 2001).

Norma Operacional Básica (NOB 96) é considerada por muitos gestores da saúde um avanço no Sistema Único de Saúde (SUS), pois regulamentou a transferência para os estados e municípios das responsabilidades e dos recursos para a efetivação do sistema. Apesar disso, alguns problemas permaneceram, como a falta de integração entre os sistemas municipais e de critério de alocação de recursos, evidenciando a dificuldade que muitos municípios tiveram de gerir sozinhos um sistema completo. (MACHADO, 2002, p. 16).

Além das NOBs citadas, nos anos 1990 e início dos anos 2000, também houve diversas tentativas de inflexionar a saúde pública e o SUS através de diversos dispositivos legais que visavam reformar o Estado para atender exigências de organismos internacionais e facilitar o desenvolvimento do projeto privatista (CFESS, 2014), como,

[...] a PEC 32, que visava o fim da universalidade do SUS; a Lei Complementar 101/2000, que instituiu a Lei de Responsabilidade Fiscal e cria “amarras” às gestões municipais, que acabam por recorrer à terceirização dos serviços; a Lei 8.031/90, que instituiu o programa nacional de desestatização; a Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização; a Lei Federal n.º 9.790/99, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); a prorrogação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 2015, que utiliza 20% dos recursos da seguridade social para outras finalidades; a PEC 233, que propõe o fim da receita da seguridade social; a demora na aprovação e instituição da EC 29, que estabelece o percentual de financiamento do setor [...]. (CFESS, 2014, p. 70).

Ao analisar a política de saúde verifica-se que desde a sua sanção como política universal na Constituição Federal de 1988, houve muitos avanços no SUS, tais como

investimentos em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde, todavia, ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne verdadeiramente universal.

Quanto aos avanços obtidos em termos de legislação, pode-se citar a aprovação da Ementa Constitucional (EC) nº 29/2000 que definiu os percentuais mínimos de financiamento do SUS nos três níveis governamentais.

A EC 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Para a União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos, como mencionado anteriormente. (MENDES; MARQUES, 2009, p. 847).

Acerca desse financiamento da saúde, Ciscati (2016, s.p.) assevera que a determinação adviria da Emenda Constitucional 86:

Em vigor desde o começo de 2016, ela estabelece que o dinheiro destinado pelo governo federal à Saúde é calculado com base em uma percentagem das receitas correntes líquidas. Funciona assim: o governo federal arrecada impostos e contribuições. A Constituição estabelece que parte dessa arrecadação deve ser transferida para estados e municípios. O que resta é a Receita Líquida (RCL). A EC 86 estabelece que, entre 2016 e 2020, parcela crescente da RCL deverá ser destinada à Saúde: 13,2% em 2016 e 13,7% em 2017 – até chegar a 15% em 2020.

No entanto, é presumível que esse dispositivo tenha sido afetado sensivelmente pela PEC 241/55 que estabelece um teto para o crescimento dos gastos públicos, aqui incluídos os de saúde.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o SUS é reconhecido pela OMS como o maior sistema gratuito e universal de saúde pública do mundo e é um serviço que faz jus a seu mérito:

[...] sete em cada dez brasileiros recorrem ao SUS quando surge algum problema de saúde, o que gera mais de 1 bilhão de consultas médicas e mais de 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais, executados anualmente. Tudo isso, com um investimento de menos de 120 bilhões o que de acordo com a OMS é considerado abaixo da média mundial. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017, p. 02).

Entretanto, apesar da sua importância e cobertura, de acordo com o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ronald dos Santos, “[...] o Brasil é o país que gasta menos na saúde pública do que a maioria dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a maior parte dos países da América latina com economias bem menores do que a nossa, aplica mais em proporção do PIB do que Brasil” (SANTOS, 2017, p. 01), pois o limite mínimo de financiamento estabelecido legalmente pela EC 29 ainda é insuficiente para o enfrentamento dos problemas existentes na saúde pública. Assim, o Relatório do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) mostrou que entre 2006 e 2007 havia (SÚMULA, 2010, p. 06):

[...] detectando estados que, apesar de cumprirem a Constituição e investirem 12% da arrecadação em saúde, apresentavam “quadro assustador de mortes que poderiam ser facilmente evitadas com prevenção”. De acordo com o jornal, o relatório apontou, ainda, casos em que a falta de assistência básica foi agravada pelo abandono dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária. (SÚMULA, 2010, p. 06).

Segundo a Carta Aberta da Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – composta por representantes dos Conselhos de Saúde dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal – ocorrida em 2009, houve um retrocesso na saúde pública brasileira e o SUS vem sendo ameaçado, em decorrência de ações do Governo Federal, como:

A não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, implicando no subfinanciamento da saúde pública a partir do não cumprimento dos percentuais mínimos de investimento pela União, maioria dos Estados e parte dos municípios, desrespeitando a Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde e a própria Constituição Federal. (BRASIL, 2009, p. 01).

Igualmente, adverte Faria (2004, p. 193),

A implantação do SUS está prejudicada por um conjunto de fatores burocráticos, sociais, econômicos e políticos, com provável predominância deste último. Os recursos são insuficientes e não estão prefixados no orçamento da União, ficando na dependência da vontade política dos governantes. Tal insuficiência impede o planejamento de investimentos nos serviços públicos de saúde, em termos tanto de recursos materiais-equipamentos, reformas etc. quanto de recursos humanos salários baixos e precária qualificação. Nesta situação torna-se inviável um gerenciamento adequado.

Ou seja, em um cenário de focalização das políticas públicas, a manutenção de uma política universal e a consolidação de um sistema que se confronta aos interesses do setor privado, urge do estabelecimento de estratégias concretas de fortalecimento do direito

legalmente constituído para que se evite que sua fragilização decorra em desmonte definitivo, transformando as sanções legais em letra morta.

Esta fragilização das políticas públicas se acentuou na década de 1990, conforme referido anteriormente, no mesmo período histórico em que as iniciativas para colocar em se esboçava colocar em vigor as ações previstas na CF/1988, cujos embates resultam da adoção do ideário neoliberal e da instituição da contrarreforma do Estado.

Segundo Behring (2013, p. 93), “[...] denomina-se de contrarreforma do Estado, como um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital”. Este processo vem sendo norteado pela premissa do neoliberalismo, que afeta vários setores sociais, políticos, econômicos, cultural e principalmente os setores da saúde.

Este processo foi defendido como uma reforma no aparelho do Estado, mas, para alguns autores como Behring (2003, p. 94), “[...] não se trata de uma reforma, e sim de uma contrarreforma dada a sua natureza regressiva aos direitos sociais já conquistados”. Importa destacar que a contrarreforma implementada desde a década de 1990, atingiu todas as políticas de seguridade social (saúde, previdência e assistência social), cujo conceito vem sendo ignorado, já que as políticas foram organizadas de forma desarticulada.

No Brasil, o processo de contrarreforma teve como marco a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), cujo mentor foi Bresser Pereira, ministro do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando se intensificou “[...] o ajuste estrutural e a contrarreforma do Estado por realizar-se de modo mais ofensivo e estruturado” (SOARES, 2010, p. 34), inclusive com transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil, aquele tornado mero regulador das políticas, de forma a repassar para o setor privado as atividades que antes lhe pertenciam e eram por ele desenvolvidas.

No segundo mandato do Governo FHC (1999/2002), foi criada a Agência de Saúde Suplementar, reforçando o papel regulador do Estado. Também foi neste governo que as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) foram criadas, em um direcionamento para a privatização da gestão dos serviços públicos, principalmente da saúde.

Behring (2003) assegura que o Plano de Reforma do Estado ressalta “[...] uma estratégia de transição da reforma do Estado e do aparelho do Estado em três direções: a mudança da legislação [...]; a introdução de uma cultura gerencial e, por fim, a adoção de práticas gerenciais” (BEHRING, 2003, p. 183).

Conforme Santos (2014), como medida de refuncionalização do Estado, nas áreas sociais, a proposta do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) é que o Estado deixe de ser o executor direto das políticas sociais, ficando seu papel restrito a coordenar e financiar, transferindo para a iniciativa privada a execução de suas funções: Assim, “[...] reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”. (BRASIL, 1995, p. 12).

Em relação aos programas e às políticas de governos implementados a partir desse período, foi predominante a perspectiva do caráter liberal identificado no favorecimento de atendimentos individualizados e, no caso dos serviços de saúde pública, à restrição a programas pontuais e focais, dentre os quais, citam-se a título ilustrativo: Programa de Saúde da Família; Política Nacional de Saúde do Idoso; Programa Mais Médicos; Programa Rede Cegonha.

Sem perder de vista o caráter contraditório das políticas sociais, embora tenham sido apresentados avanços na perspectiva de universalização e equidade do acesso à política de saúde, também foram observados regressos no que tange aos princípios do SUS.

- **Programa de Saúde da Família – Estratégia de Saúde da Família**

A NOB-SUS 01/96 orienta que os serviços de atenção básica devem ser organizados pelos municípios com “[...] a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica, como a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACs)”. (RADIS, 2002, p. 16).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e desde 1998 passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o propósito de reorganizar as práticas de atenção à saúde e reorganização o modelo assistencial vigente, cujas prioridades são:

[...] as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, buscando a criação de vínculos de coresponsabilidade que permitam a identificação e proponham possíveis soluções para os problemas de saúde da comunidade. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pela equipe de Saúde da Família e por agentes comunitários de saúde. (CARTAS, 2002, p. 4).

Desde a criação do programa à sua expansão o PSF passa por algumas mudanças e momentos significativos no tocante às práticas de atenção à saúde, que se observam na figura a seguir.

Figura 1 – Momentos Relevantes Na História Do Programa Saúde Da Família No Brasil

Final década de 80	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS).
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: "Avaliação Qualitativa do PACS". Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial "Programa Saúde da Família: dentro de casa". Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SIA/SUS.
1996	NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do "Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo".
1997	Reforsus – Implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial "PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial", dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Primeiro grande evento: "I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família". Edição do "Manual para a Organização da Atenção Básica", importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1.º Pacto da Atenção Básica. Segundo grande evento: "I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo". Lançamento do 1.º número da "Revista Brasileira de Saúde da Família". Realização do estudo "Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família". Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família. Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da "Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01", ênfase na qualificação da atenção básica. Terceiro evento: "II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família". Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2002	Quarto evento: "PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros". Segunda fase do estudo: "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf). Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fonte: Brasil (2004, s.p).

Segundo Gonçalves (2011, p. 02) “[...] a ESF vem para atender a população na atenção primária de saúde do SUS, é a porta de entrada para os atendimentos e encaminhamentos para as especialidades que são requisitadas”.

No que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não). (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2868).

De acordo a avaliação do Ministério da Saúde há “[...] vários indicadores que mostram resultados positivos obtidos pela atuação das equipes da ESF, como redução das internações, melhoria do pré-natal, acesso da população e satisfação dos usuários” (RADIS, 2006, p. 9).

Entre os desafios, destaca-se o reduzido número de profissionais qualificados e que tenham disponibilidade para atuar em áreas e regiões que apresentam maior demanda. “Vários municípios dizem que a expansão não está ocorrendo no ritmo que queriam pela falta de médicos. A qualificação permanente das equipes é outra dificuldade: mais de 300 mil profissionais, entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde, trabalham no PSF.” (RADIS, 2006, p. 9).

Outro empecilho do Programa parece relacionar-se com sua inadequada imbricação com a cadeia de atendimento. Esse problema é apontado por Costa (2012, p. 01) que destaca que:

O Brasil, nos anos 1990, criou isso, uma rede de atenção primária que é absolutamente apartada do resto do processo de atendimento. Com todo o mérito que a gente tem hoje de ter Programa Saúde da Família em todo o território brasileiro, nós estamos ainda longe de resolver o problema da saúde brasileira. Um indivíduo que tem só um médico da Saúde da Família não tem nada. Ele tem que ter um médico de Saúde da Família, tem que ter a retaguarda de um otorrinolaringologista quando ele precisa de um cancerologista, oftalmologista, de um exame laboratorial, os recursos que ele irá precisar ou que precisa para ter realmente uma atenção integral.

Ressalta-se que, desde a década de 1990 até os governos atuais, o que prevalece é a ênfase na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a criação de políticas e programas pautados na concepção de uma Saúde Universal.

- **Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)**

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais e, atualmente, elas representam 8,6% da população total brasileira, aproximadamente 20 milhões de idosos que, em 2025, poderão chegar a 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade em idosos, com mais de 37% do número de mortes. As mais comuns são derrame, infarto e hipertensão arterial. Em seguida, vêm tumores e doenças do aparelho respiratório, por exemplo, pneumonia e DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica, como o enfisema e a bronquite crônica). (BRASIL, 2012, s.p.).

Em 05 de outubro de 1990, Dia Internacional do Idoso, Fernando Collor lançou o Projeto Vivência, “no intuito de desenvolver ações na área da saúde, educação, cultura, lazer, promoção e assistência social do idoso e preparação à aposentadoria” (RODRIGUES, 2001, p.152), entretanto, pouco se sabe sobre a implementação desse programa, pois não teve êxito

chegando a ser extinto em pouco tempo, mas outros foram sendo criados no decorrer dessa época.

Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96, em à demanda crescente de idosos no país, de modo a ratificar os direitos previstos na CF/1988. Tal política assegurou “[...] direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS” (BRASIL, 2006).

Mais particularmente às questões de saúde, há sua referência no Capítulo IV art. 10 da Política Nacional do Idoso que estabelece na área da saúde a possibilidade de,

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; **b) *prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas***; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso; (BRASIL, 1994, p. 02).

Observada a necessidade de tratamento da particularidade deste segmento populacional, em 2006 foi aprovada pela Portaria N° 2.528 do Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e nos anos 2000, vários programas voltados à saúde do idoso foram criados com base na PNSI como, por exemplo: o Programa de Nacional de Imunização do idoso (PNI).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), o PNI tem como objetivos a promoção do envelhecimento ativo e saudável “promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização” (BRASIL, 2006, s.p.). Possui como objetivo específico vacinar a população de 60 anos e mais, de modo a reduzir a morbimortalidade por influenza e suas complicações, além de outras doenças imunopreveníveis que atingem esta faixa etária.

No geral, o programa surtiu efeito pelo fato de que a cada ano ter diminuído (mesmo com oscilações de um ano para outro) o número de internações como se pode ver pelos indicadores de doenças preveníveis por imunização, descritos na tabela abaixo:

TABELA 1: NÚMERO DE INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR DOENÇAS PREVENÍVEIS POR IMUNIZAÇÃO

Número de internações de idosos por doenças preveníveis por imunização																
Regiões	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NORTE	875	742	621	559	667	726	527	441	351	438	540	597	382	335	282	230
NORDESTE	876	797	744	686	745	785	696	682	1010	998	1234	1241	1139	1348	949	850
SUDESTE	1285	1132	1225	1303	1080	1107	1005	933	1443	1085	878	894	998	1063	784	974
SUL	259	214	462	528	466	390	353	411	1099	544	422	364	306	356	312	363
CENTRO-OESTE	185	176	173	212	195	185	190	178	405	245	276	287	209	272	332	188

Fonte: Sisap Idoso (2017, s.p.)

É preciso que haja fiscalização, por parte das ações governamentais, nos programas de saúde para que os programas possam surtir efeitos mais desejáveis principalmente no requisito acesso à atenção primária como, por exemplo: a diminuição de internações e consequentemente de mortes causadas pela falta de uma simples vacina imunológica.

- **Programa Rede Cegonha**

A Rede Cegonha foi criada no âmbito do SUS pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, é uma estratégia fundamentada nos princípios da humanização e assistência por meio da qual, mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à:

Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto – “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”; Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; Acesso ao planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2017, p. 01).

É uma Rede de cuidados, a ser implementada em todo o país, respeitando critérios epidemiológicos, taxas de mortalidade infantil e materna e densidade populacional. Volta-se a assegurar “às MULHERES o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as CRIANÇAS o direito ao nascimento seguro, crescimento e

desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2014, s.p.), mediante ações continuadas e articuladas, embora, na realidade, o acesso contínuo não venha se concretizando como planejado.

Segundo Costa (2012), este é um programa vinculado ao marketing político e não realmente às necessidades de saúde das mulheres brasileiras, pois,

[Estas redes] trazem uma contradição no seu próprio conceito, porque uma rede tem que criar mecanismos de interação para que o conjunto dos problemas da população seja resolvido. Agora que o governo escolheu esse caminho das redes temáticas, das redes específicas. Talvez a escolha desse caminho seja muito mais por conta de um aprisionamento de uma cultura no campo da saúde, de fragmentação perversa que acontece desde sempre na saúde pública, por meios dos antigos programas de saúde. E o que ocorre com isso é também na fragmentação dos recursos públicos, das especialidades, do processo de trabalho. A fragmentação é altamente complicada porque ela fortalece uma tendência que sabemos que não dá certo, porque as demandas são inteiras, não são fragmentadas. (COSTA, 2012, p. 01).

- **Programa Mais Médicos**

O Programa Mais Médicos foi criado no ano de 2016, esboçando um avanço do SUS ao se propor levar atendimento médico aos usuários do SUS que residem em localidades e regiões em que há maior escassez e/ou ausência de médicos.

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal garantirá mais médicos para o Brasil e mais saúde para você. A iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil. (BRASIL, 2014, p. 01).

A despeito da necessidade de interiorização do atendimento médico e da facilitação do acesso, o programa foi envolto por polêmicas porque não implicou em mudanças das condições de infraestrutura e serviços insuficientes e inadequadas, ou seja, não empreendeu medidas estruturantes de curto médio e longo prazo. Segundo Costa (apud BENVENUTI, 2012, s.p.) “[...] há falta de médicos no Brasil, sem dúvida, mas há uma má distribuição enorme, há uma política que não fortalece e não favorece uma melhor distribuição”.

A ausência de planos de cargos e salários, a ausência de políticas efetivas de fixação de profissionais no interior. Há uma necessidade de se criar, no âmbito nacional, diretrizes gerais para políticas locais que deem conta de

fixação não só de médicos como de enfermeiros, para garantir o acesso universal. (COSTA, apud BENVENUTI, 2012, s.p.).

Se é indiscutível a carência de médicos em várias regiões do país e sua concentração nos grandes centros, os problemas do SUS não podem ser restritos a tal ausência.

O governo erra de uma forma absolutamente irresponsável quando põe em prática o programa, aprofundando a supervalorização dos médicos e em consequência a discriminação de todos os demais trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional em saúde. [...] de outro lado, irresponsavelmente o governo passa para a população do país, a informação de que o programa da saúde é exclusivamente a “falta de médicos” e que isso será resolvido com a implantação do programa. Dessa maneira temos o fortalecimento e aprofundamento cada vez maior da cultura do médico centrada e da falta de perspectivas reais de estruturação da rede pública e do trabalhador multiprofissional em saúde. (JÚNIOR, 2014, p. 21-22).

Costa (apud TAVARES, 2014, s.p.) assevera que:

O programa foi importante porque toca na questão da formação médica, cria novas diretrizes curriculares que atualiza o modelo de médico que o Brasil precisa, além de criar 10 mil novas vagas de medicina que, sem dúvida, são extremamente importantes e estratégicas para o futuro do Brasil. Entretanto, nós temos uma grande preocupação. Dessas vagas, mais de 60% estão sendo assumidas pelo setor privado da educação. Isso é grave porque as universidades públicas não assumiram a responsabilidade pública de ampliação de número de vagas, além da mudança do currículo dos profissionais médicos. Isso mostra que não é uma coisa setorial. É uma mudança muito mais complexa. O Mais Médicos assume uma pedra no sapato do SUS e lançou um incômodo que é irreversível a médio e longo prazo no país. O Cebes vem discutindo que não podemos mais adiar esse gravíssimo problema que diz respeito à formação e possibilidade de fixação no interior, por meio de carreiras de verdade, de profissionais com vínculo e compromisso permanente com o setor público.

A rápida incursão pelos programas mencionados, todos com distintos focos de atenção: mulheres e crianças, idosos, classes subalternas, categoria médica, evidencia que, a despeito da tentativa de se voltar a questões particulares que circundam a saúde, a partir da lógica da equidade, a integralidade dos serviços e o cariz universalista foram marginalizados, evidenciando fragilização do SUS, dos princípios constitucionais e a necessidade de sobreposição de leis para tentar garantir aquilo que já fora previsto na CF/1988, muito em função da fragmentação das políticas sociais públicas e dos serviços a elas vinculados, organizados sob a égide do neoliberalismo, cuja focalização e seletividade contribuem para a construção e/ou ratificação de um pacto político conservador, centrado na ratificação da mercantilização da saúde, conforme se abordará no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II – A RATIFICAÇÃO DA MERCANTILIZAÇÃO NA SAÚDE

“Para se ter saúde é preciso mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um”.

(Berlinguer)

Este capítulo trata a expansão do setor privado e seus rebatimentos sobre a saúde pública e o SUS, tracejando a ratificação da lógica conservadora por meio do processo de mercantilização e privatização da saúde, inclusive com apoio do aparato estatal, e a influência da hegemonia predominante na conjuntura atual.

2.1 A aceleração do uso da lógica do mercado no contexto do SUS

Ao se abordar a questão das políticas sociais, é necessário frisar a importância do Estado como seu organizador, mediante a assunção de funções políticas a partir da fase monopolista do capitalismo, cuja intervenção estatal é perpassada por antagonismos de classes e interesses.

É interessante observar que para o pensamento liberal, o Estado existe com a finalidade de garantir interesses que estão fora da esfera estatal; o Estado representaria o interesse de todos, mas tal interesse se expressaria precisamente na conservação de uma esfera de interesses singulares situada no mundo „privado“, no qual o Estado não deve intervir. Esta é a lógica liberal: o Estado em si não representa interesses concretos; ele assegura que os interesses se explicitem em sua esfera própria, que é a esfera privada. (COUTINHO, 1995, p. 49).

Conforme anunciado no capítulo anterior, atualmente vivencia-se o avanço do projeto neoliberal que tem provocado um verdadeiro retrocesso em relação aos direitos sociais conquistados pela população, inclusive o direito à saúde, bem como tem proliferado processos diversos de privatização e terceirização nas políticas sociais.

No caso da saúde pública, levando-se em consideração as especificidades do contexto do Brasil, sua fragilização foi intensificada pelo processo de contrarreforma do Estado, mas deita raízes no modelo médico-assistencial privatista que se espalha por sua organização no subsistema privado, uma vez que a é um setor de fortes disputas pelo mercado. De acordo

com a Carta Aberta da Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (2009), o SUS vem correndo riscos por conta,

[...] do avanço da privatização em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa outra flagrante violência aos ditames constitucionais (BRASIL, 2009, p. 01).

Nessa perspectiva, Correia (2012 a, p. 3,) afirma:

A expansão do setor privado por dentro do SUS é o que denominamos de privatização. Ela vem se dando de duas formas: através da compra de serviços privados de saúde “complementares” aos serviços públicos e, mais recentemente através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas e ou de direito privado, por meio dos denominados “novos modelos de gestão”. (CORREIA, 2012a, p. 3).

Todavia, a ênfase no setor privado não se coloca como uma novidade no Brasil, uma vez que seu estímulo se deu desde a época da criação das Santas Casas de misericórdia, das clínicas dos hospitais associativos e/ou particulares (BRAVO, 2009), daí que, para Soares (2010, p. 34), “A saúde pública foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado”.

O conceito de privatização foi largamente difundido no país, em período recente de sua história, mais precisamente durante o governo FHC que permitiu a aquisição de empresas prestadoras de serviços públicos essenciais à população por empresas privadas. A privatização é reconhecida como uma solução para redução do déficit público e sua compreensão baseia-se na transferência de instituições estatais, mediante a venda de ativos públicos, para a iniciativa privada, sob os ditames das regras do mercado. (FERNANDES; MAIA, 2004, p. 41).

Assim, as políticas de Estado apontaram progressivamente para medidas que aprofundaram a privatização da saúde. Para Bravo (2009, p. 100),

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída com o avanço neoliberal. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Neste sentido, a política de saúde representa uma fonte lucrativa para o capital no âmbito mercantil e, no âmbito estatal, com o processo de sucateamento dos serviços e de redução dos investimentos, tem resultado em péssimas condições de trabalho para os profissionais da saúde (BRAVO, 2009) que acabam sendo responsabilizados pela crise

vivenciada, geradora de insatisfação dos usuários pelas diferenças que observam entre os subsistemas público e privado (Partido Operário Revolucionário, 2015).

Para Fagnani (1997), o crescimento acelerado do setor privado é uma característica conservadora na saúde, que indica a fragilização dos mecanismos democráticos de controle e representação social. O autor ainda caracteriza os traços estruturais e aspectos centrais desse conservadorismo, desvelados pela “[...] regressividade dos mecanismos de financiamento, centralização do poder decisório, privatização do espaço público, expansão da cobertura, e reduzido caráter redistributivo” (FAGNANI, 2007, p. 183). Ao se tomar esta análise como parâmetro, é possível indicar a configuração ou reconfiguração de um pacto político conservador na saúde que tanto traz em si poder político, quanto financeiro.

De acordo com Soares (2010), a acentuação da precarização do SUS a partir dos anos 1990 foi acompanhada pelo crescimento do mercado de serviços privados que se tornou tão expressivo que criou a necessidade de fundação de uma agência reguladora para o setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, responsável por fazer cumprir a Lei nº 9.656 de 1998 e pela regulação, fiscalização e pelo controle dos serviços de saúde suplementar. O caráter complementar da iniciativa privada ao SUS foi proposto na Lei 8.080/90, cuja participação deve se dar mediante contrato regido pelo direito público.

Assim é que a despeito de se configurar como um sistema de saúde público e universal, o SUS é atravessado pela iniciativa privada, o que significa que o neoliberalismo “potencializa a corporação do mercado privado de seguros e serviços de saúde, sob uma base anterior criada pelo próprio Estado, de utilizar prioritariamente o setor privado como executor das políticas de atenção à saúde” (ANDREAZZI, 2012, p. 57). Sobretudo, o avanço da privatização indica a sobreposição da lógica da lucratividade do setor empresarial sobre o direito social legalmente constituído.

[...] a política de saúde, se apresenta sob a perspectiva da contrarreforma uma clara perspectiva terceirizadora das funções do Estado, consolidando um modelo de parceria público-privada no financiamento privada no financiamento de unidades públicas de saúde, que deveriam ter um plano de negócios, onde o financiamento privado fosse principal e o público complementar. (ANDREAZZI, 2014, p. 56).

Outra questão relativa ao enfraquecimento do SUS e, por conseguinte, ao fortalecimento do setor privado para atendimento da demanda por saúde pela população, encontra-se no fato de o orçamento da saúde pública estar relacionado grandemente ao orçamento da seguridade social que a política de saúde integra juntamente com a assistência e

a previdência social. Tal vinculação tem conferido restrição à saúde, cujos recursos ora não são recolhidos, ora são omitidos ou até mesmo são ilegalmente desviados para outros setores, mediante o uso de artifícios distintos (SANTOS apud GERSCHMAN, 2004) o que pode ser feito, mediante “[...] o superfaturamento, as prestações de contas fraudulentas, as concorrências viciadas e o tráfico de influência, [...] a contribuição empresarial para campanhas ou “esquemas” políticos e a corrupção da burocracia estatal”. (FAGNANI, 1997, p. 188).

Nessa distorção de atribuições e financiamento público para o setor privado, tem-se que mais da metade dos gastos com saúde destinam-se ao setor privado, cuja “[...] privatização do espaço público desfigura o caráter redistributivo das políticas sociais, na medida em que captura parcela extraordinária do gasto social”. (FAGNANI, 1997, p. 188).

A esse respeito, o CFESS fornece dados da ANS informando que o “[...] número de usuários de planos de saúde saltou de 31 milhões em 2000, para 48,5 milhões em 2016. Foi em 2010, no segundo governo Lula, que o Brasil alcançou a posição de segundo mercado mundial de planos de saúde”. (CFESS, 2017, p. 01), o que redundou em crescimento do processo de mercantilização e deterioração da qualidade e da extensão dos serviços básicos de saúde.

É preciso destacar que o que aqui se critica é a forma de relacionamento entre o Estado e o mercado, com privilégio deste em detrimento das demandas dos cidadãos, e não necessariamente a participação do setor privado na saúde, o que é compatível com o sistema capitalista, pois, como apontam Fleury e Ouverney (2012, p. 17),

A política de saúde encontra-se na interface entre Estado, sociedade e mercado. Por exemplo, a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletivamente e ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O Estado, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para a produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos.

Como se pode depreender, como política social, a saúde está sujeita a múltiplos determinantes e interesses por vezes contraditórios que podem alterar ou manter os rumos de sua organização, conforme os pactos estabelecidos (FLEURY, 2009). Em relação à estratégia conservadora, Fagnani (1997, p. 183) aponta como aspectos centrais em relação aos seus

traços estruturais “[...] regressividade dos mecanismos de financiamento; centralização do processo decisório; privatização do espaço público; expansão da cobertura; e reduzido caráter redistributivo”.

Assim, para Soares (2012 apud XIMENES, 2015, p. 95), a forma de organização do atual modelo de atenção,

[...] estimula o crescimento do setor privado de saúde, seja na criação de condições para a expansão da saúde suplementar, seja na garantia do aumento do setor industrial de insumos e medicamentos. Além disso, consideramos que a adoção desse modelo de gestão de parceria público/privado representa uma estratégia mundial de maximização do capital, sendo implementada por diversos Estados nacionais na América Latina, em meio às tendências de supercapitalização.

Sobre a organização do subsistema privado, Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p. 768-769) esclarecem:

O subsistema privado é dividido em dois subsectores: o subsector saúde suplementar e o subsector liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2007).

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público - neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

Ademais, adverte Acioli (2006 apud PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 769), esta relação entre público e privado na saúde se dá quando:

[...] a estruturação do SUS produz a ampliação das demandas e reorganização da oferta de serviços de saúde, aprofundando a crise estrutural da economia do país. Esta questão traz o movimento político que exige a regulação do sistema privado de atenção à saúde e a definição do caráter, mais complementar ou mais suplementar, da relação que tem o sistema

privado em relação ao SUS. De certa forma, os subsídios fiscais do Estado para o subsistema privado, os gastos com a saúde suplementar dos funcionários federais, bem como com os gastos tributários das renúncias fiscais, impedem que o SUS receba maior financiamento [...] [cujo] padrão de financiamento foi herdado do regime militar e foi ampliado com o passar dos anos.

Terra (2013, s.p.) revela que,

[...] nos últimos dez anos, o número de brasileiros que paga regularmente planos particulares de Saúde cresceu de 34,5 para 47,8 milhões. Este movimento tem sido apoiado por políticas governamentais. O Estado isenta a medicina privada de impostos, permite que seus usuários deduzam do Imposto de Renda parte das mensalidades que pagam e permite que os planos não cubram os procedimentos médicos mais caros e complexos de que precisam seus clientes, que acabam sendo custeados pelo SUS.

A desigualdade de acesso à saúde é tanto evidenciada entre o setor público e o setor privado, quanto dentro deste último. A esse respeito CFESS (2014, p. 1) refere à existência de “[...] planos de saúde “baratos”, que oferecem coberturas mínimas, como o plano ambulatorial, que vende consultas e exames, e o plano que conta com uma rede credenciada reduzida, sendo ambos assegurados pela legislação”.

Todavia, a despeito de o número de usuários que acessam planos e seguros de saúde ter aumentado, a lógica lucrativa que permeia o setor privado faz com que os procedimentos mais dispendiosos permaneçam sob encargo do SUS, havendo baixo investimento do setor privado nesta área e, portanto, baixa proteção dos usuários “clientes”, o que gera descontentamento e aumento do número de reclamações relativas ao setor.

[...] a lógica do lucro não se aplica à saúde. No ano passado, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), foram registradas 75.916 reclamações contra planos de saúde, sendo 75,7% delas relacionadas à negação de cobertura. Além disso, para cortar custos, muitas operadoras impedem que o médico decida sobre procedimentos mais caros, limitando a qualidade da atenção; reduzem o valor por consulta repassado ao médico; não cobrem retornos; e invalidam procedimentos sem justificativa aparente, deixando o profissional em prejuízo. (TERRA, 2013, s.p.).

Além disto, há a proliferação dos chamados planos “populares” que funcionam nos moldes de uma política focalizada e que, voltados à lucratividade dos investidores, oferecem preços baixos, com reduzida cobertura, o que alude a uma verdadeira fraude que, a despeito de propagar o plano como uma saída para situações de doença, esconde o fato de que, em muitos casos, o usuário destes planos terá que pagar por determinados procedimentos em caso de adoecimento (CFESS, 2014).

É a partir deste cenário que entidades representativas em defesa do SUS como o CEBES, a ABRASCO, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde vêm se manifestando publicamente contrárias: ao subfinanciamento do SUS e ao crescimento do setor privado com recursos estatais notórios na relação público/privado, à privatização e à segmentação da saúde no país (PORTELA apud ABRASCO, 2013).

A partir do que foi exposto sobre a relação público/privado na saúde, depreende-se que progressivamente ocorre uma supervalorização do mercado, da meritocracia e competição em torno de uma agenda de (re) mercantilização da saúde e dos direitos sociais em adoção desde os anos 1990 (CFESS, 2014).

Ademais, a manutenção das ações e práticas de saúde atreladas ao setor privado mercantil tem se intensificado no atual contexto de crise do capital e de intensificação do neoliberalismo como hegemonia predominante, o que requer a necessidade de pensar estratégias de contra hegemonia, objeto do próximo item deste capítulo.

2.2 Possibilidades Materializadas de Contra Hegemonia

Partindo-se da compreensão de que a saúde como direito universal é um direito de cidadania, conquistado através da luta democrática, entende-se que a democratização do acesso é atravessada tanto pela cidadania, a partir da organização da sociedade civil, quanto pelo Estado, como ente responsável por esse acesso.

Para abordagem das categorias sociedade civil, Estado, partir-se-á da perspectiva marxista, mais precisamente da influência de Gramsci que “[...] explica o Estado como sociedade política (força) + sociedade civil (consentimento)” (SOUZA, 2013, p. 12) e desenvolveu o conceito de hegemonia como “[...] chave no seu pensamento e constitui uma de suas mais importantes contribuições à análise das relações de poder” (SOUZA, 2013, p. 55).

O destaque à sociedade civil se dá porque, para Gramsci, é em seu âmbito que as classes tentam exercer sua hegemonia, buscando configurar alianças para seus projetos, embora o autor não restrinja hegemonia à alianças de classe, já que considera que ela “[...] envolve mudanças profundas nos valores e ideias vigentes na sociedade civil”. (GALLO; NASCIMENTO, 1995, p. 101).

Por sociedade civil na perspectiva gramsciana, entende-se: “[...] um conjunto das instituições responsáveis pela elaboração e difusão dos valores simbólicos, das ideologias,

enquanto o termo sociedade política aplica-se ao núcleo coercitivo do Estado”. (FEURY, 1995, p. 34).

Ainda que considere que a hegemonia se constrói na sociedade civil, para Gramsci isto não significa que,

[...] a sociedade civil está separada do Estado de maneira dicotômica, como esfera distinta e oposta, irreconciliável até mesmo a partir da unidade dialética. A sociedade civil possibilita a articulação e a unificação dos interesses, a politização das ações e consciências, a superação de tendências corporativistas ou concorrenciais, a organização de consensos e hegemonias. (SOUZA, 2013, p. 13).

Segundo Coutinho (1995) quando se fala de política, está se falando de representação de interesses que incluem necessariamente a formulação de políticas que possam implementá-los ou bloqueá-los, o que leva a se questionar sobre como eles são representados, a quem pertencem tais interesses, e qual a justificativa para representá-los.

Carlos Nelson Coutinho coloca que a hegemonia é “a capacidade de formular uma proposta a partir do ponto de vista de uma determinada classe, mas que conseguindo adesão das demais classes se transforme em projetos comum, superando os corporativismos”. Parece-nos ficar claro que a luta pela Reforma Sanitária, *dirigida* pelo movimento sanitário, partiu de um projeto com a perspectiva das classes trabalhadoras e populares, vem se transformando num projeto comum a outras classes e tem conseguido superar o corporativismo de suas bases. (SCOREL, 1995, p. 189).

Para Silva (2014), a RSB precisa se realizar no plano do movimento, enquanto processo, mas também no plano das instituições, de modo a confluir para a criação de uma nova racionalidade, cujo processo está vinculado à luta pela hegemonia, o que exige uma reforma intelectual e moral, mas também uma reforma econômica que permita sua realização.

Souza (2013, p. 26) concebe hegemonia como,

[...] uma direção intelectual porque diz respeito a uma concepção de mundo que expressa os interesses de um determinado grupo social, apresentando-a como se manifestasse os interesses de todos os grupos sociais. A hegemonia é uma direção moral porque as concepções de mundo implicam formas de comportamento e valores que lhe são adequados, formas de comportamento e valores que, ao serem assimilados pelos grupos sociais subalternos, convertem-se num terreno propício para garantir a manutenção e reprodução de interesses de determinado grupo social.

Entretanto, a busca pela hegemonia atesta que a sociedade civil não é um todo homogêneo, mas é um campo de disputas, com distintos grupos de interesses articulados e em oposição, uma vez que, segundo Rocha (2010, p. 03),

[...] a disputa por hegemonia – discursiva, cultural, de poder – é da própria essência da democracia. Nessa disputa franca reside a estratégia da Reforma Sanitária brasileira, para que a compreensão do que seja saúde mude; e do que seja um sistema universal e equânime de atenção à saúde, defendido por toda a população como um direito, tenha significância. O problema é quando a hegemonia se traduz em dominação.

No contexto de crise na política de saúde, o projeto privatista na saúde vem conquistando hegemonia, defendendo propostas semelhantes às do Banco Mundial de cunho neoliberal, isto porque, como aponta Souza (2013, p. 27), a ideologia do capitalismo se impõe a tudo e a todos, “[...] transpôs barreiras e uniu arbitrariamente os povos sob a égide do capital, desconsiderando as particularidades de cada cultura, de cada povo, em nome do lucro e da acumulação”.

Segundo Gallo e Nascimento (1995, p. 92) a “[...] hegemonia pressupõe uma longa luta de persuasão na sociedade civil, que por seu caráter prolongado, foi chamada metaforicamente de „guerra de posição””,

[...] onde atores a favor da reforma sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada ou aberta), nas mais diversas instâncias – no interior dos aparelhos das instituições de saúde, junto às organizações da sociedade, no congresso e nas instituições dos profissionais do setor, no contexto de uma grave crise social e econômica. (GALLO; NASCIMENTO, 1995, p. 93).

Todavia, como a saúde não interessa apenas a segmentos corporativistas, mas a sociedade como um todo, tem caráter público, uma vez que pensar em cidadania plena requer que os direitos à saúde sejam garantidos porque são direitos à vida, daí que a luta pela saúde não se restringe a setores da população restritos a uma ou outra classe, mas a vastos setores populacionais, de diferentes classes e segmentos sociais (GALLO; NASCIMENTO, 1995).

Neste sentido, Souza (2013) infere que a hegemonia não é estática, mas, como processo, é permanentemente recriada, modificada, em decorrência das resistências que sofre e, conforme Gramsci, todo processo de hegemonia deve fazer convergir os interesses das forças que se unirão em torno de uma nova proposta.

A “hegemonia do privado” foi uma tendência que se observou em vários setores da economia e da sociedade brasileira durante os anos do neoliberalismo; na saúde, significou a adoção de políticas oficiais em apoio ao mercado de planos e seguros de saúde e à expansão da rede de hospitais particulares e filantrópicos. (GUERRERO, 2005, p. 30).

Por sua vez, com a crise que recaiu sobre o trabalho, a insegurança instalada e a contrarreforma em curso, os movimentos sociais têm sido cada vez mais pontuais, com

demandas fragmentadas e setorializadas, o que demonstra dificuldade de mobilização pela sociedade civil e concorre para a manutenção da hegemonia do capital e, mais precisamente no caso da saúde, do setor privado (SOARES, 2012).

Por sua vez, Silva (2014) adverte que a hegemonia do capital também se organiza através da “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010 apud SILVA, 2014, s.p.), representada pelo movimento concomitante de criação de novos sujeitos políticos coletivos, reconversão dos antigos sujeitos políticos coletivos e desorganização da visão crítica ao capitalismo com objetivo de construir um novo consenso. Assim,

Para enfrentar os desafios postos à política de saúde são imprescindíveis as estratégias de debate e enfrentamento coletivo, a articulação com outros profissionais e categorias, a reflexão crítica e aprofundada sobre a realidade, o planejamento, a articulação com os movimentos sociais, e a ocupação dos espaços relacionados às demais demandas socioeducativas, de gestão etc., na perspectiva de defesa dos interesses da classe trabalhadora. (SOARES, 2012, p. 106).

O consenso ora estabelecido tem se traduzido em grande medida em negação das ações públicas e hipertrofia do setor privado, com a valorização dos seus serviços, tomados como mais eficientes, dado o sucateamento da saúde no país.

Dentre as consequências do período de hegemonia absoluta do pensamento neoliberal, encontra-se a tentativa de disseminação da ideia de que a ação pública é sempre ineficiente e prejudicial ao conjunto da sociedade. Assim, a melhor solução seria sempre aquela encontrada nos termos das relações de troca, no ambiente determinado pelas leis do mercado. Direitos e serviços públicos, a exemplo da saúde e da educação, passam a ser encarados e tratados como simples mercadorias, a exemplo de todas as demais existentes em uma economia capitalista. Conceitos como oferta, demanda, cliente, preços, taxa de retorno, multa, contrato, inadimplência, valor de prestação, carência, entre outros, passam a fazer parte do dia-a-dia de quem convive com categorias como saúde, doença, vida, morte, educação, pesquisa, ciência, conhecimento. Uma inversão completa de valores! (KLIASS, 2013 p. 01).

Na contemporaneidade, entre os sujeitos políticos organizados em torno do controle social das políticas públicas, destacam-se: os Fóruns estaduais e municipais, e as Frentes, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, porém o que se vem atestando é que a roupagem da luta desses sujeitos se dá numa perspectiva de consenso e apaziguamento das correlações de forças predominantes (SILVA, 2013).

Para Bravo (2017), os movimentos contra hegemônicos atuais foram criados como mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores

condições de vida e de trabalho, a exemplo dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

De acordo com Soares (2015), é necessário que a política de saúde tenha cariz redistributivo, integral e inclusivo, pois a política por si só não consegue transformar as desigualdades sociais e, embora consiga atenuá-las, a racionalidade hegemônica na política está em disputa.

A racionalidade hegemônica hoje no SUS agrega elementos do projeto de reforma sanitária, mas rompe com a sua tradição essencialmente progressista, com a sua radicalidade mesmo dentro do capital. E é precisamente aí que está o núcleo de sua força: ao transformar, ao recuperar desse ideário alguns elementos retirando-lhes radicalidade. (SOARES, 2012, p. 96).

Dessa forma, para Gramsci (1999, p.111 apud SIMIONATO, 2009, p. 02),

A superação da condição de subalternidade requer, para Gramsci, a construção de novos modos de pensar, a elaboração de uma concepção de mundo crítica e coerente, necessária para suplantar o senso comum e tornar as classes subalternas capazes de construir uma contra hegemonia. Superar o senso comum e o modo de pensar corporativo, produto das relações sociais da sociedade burguesa, significa, conseqüentemente, redirecionar a práxis política no sentido de propiciar às classes subalternas a libertação das formas de pensar homogêneas pelo pensamento liberal e o fortalecimento de seus projetos e ações na construção de uma contra hegemonia. Trilhar esse caminho, no entanto, implica, para o pensador italiano, travar uma batalha não restrita ao terreno econômico, mas abrangendo também os fronts da cultura, das ideias e dos valores.

Para Gramsci, a hegemonia dos grupos dominantes pode ser superada por meio “da construção de uma contra hegemonia”. (SOUZA, 2013, p. 61). Na saúde, Gallo e Nascimento (1995) consideram haver uma contra hegemonia perpassada por projetos que estão ligados a ideologias distintas.

Segundo Souza (2013, p. 57), “A importância de estudar o conceito de contra hegemonia está relacionada à perspectiva de identificar possibilidades de compreender e transformar a sociedade”. Ao se remeter tal perspectiva ao projeto de RSB,

[...] o projeto contra hegemônico do Movimento Sanitário engloba também a ética. A ética remete à atitude do homem em relação ao „mundo“ a profissão e a maneira como ela é exercida. [...] a luta pela hegemonia também é uma luta travada entre ideias. No caso do setor saúde brasileiro, duas vertentes ideológicas têm importância preponderante: a neoliberal e a trabalhista (esta última ligada ao movimento sanitário). (GALLO; NASCIMENTO, 1995, p. 95).

Contudo, é preciso ter clareza que pensar em contra hegemonia no contexto de crise e de privatizações tem maior alcance no âmbito das ideias que no campo concreto de sua materialização, o que não inviabiliza a luta e o chamado à participação, tendo em vista que conteúdo (forças materiais) e forma (ideologias) se distinguem apenas didaticamente.

O próximo capítulo versará sobre as possibilidades de contra hegemonia a partir da análise do pacto político configurado no município de Campina Grande-PB.

CAPÍTULO 3 – PACTO POLÍTICO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE

Este capítulo tratará da particularidade da política de saúde em Campina Grande-PB, a partir de dados secundários obtidos em levantamento documental e de dados primários oriundos de aplicação de pesquisa voltada para a discussão da política de saúde municipal no período de 2011 a 2015, caracterizado pela intensificação das privatizações nos serviços de saúde brasileiros.

3.1 A materialização da privatização dos serviços da saúde em Campina Grande-PB: o caso das Organizações Sociais (OSs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

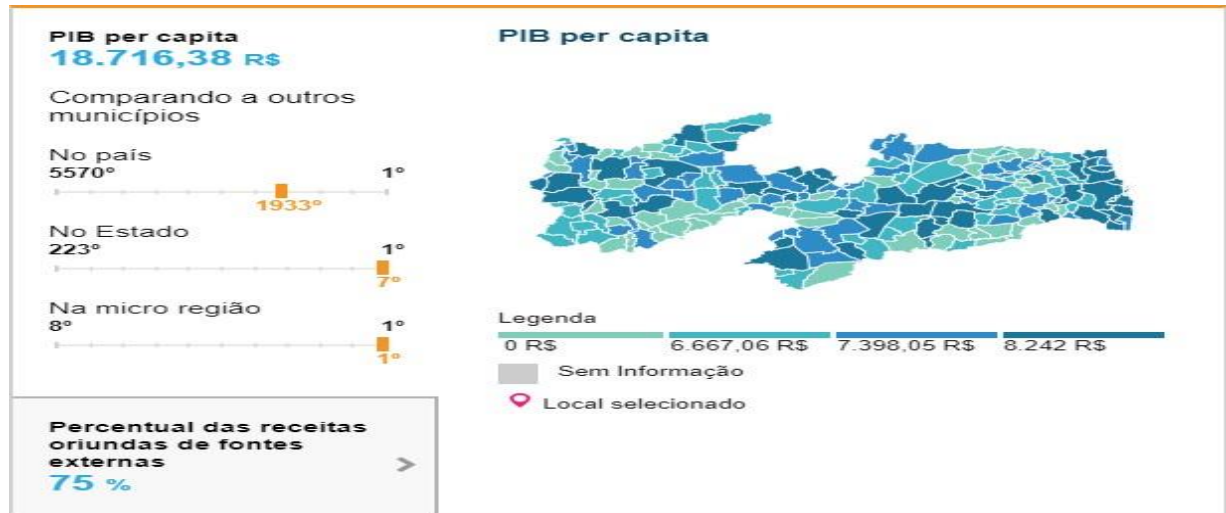
Neste tópico será abordada a conjuntura de saúde local, desenhada pela implantação de projetos e modelos de gestão com viés privatista, a exemplo da atuação de Organizações Sociais (OSs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como as implicações deste tipo de gestão e as manifestações de resistência por parte da articulação e mobilização de alguns movimentos sociais locais e da população usuária do SUS.

3.1.1 Incursão Sobre A Caracterização do Município de Campina Grande-PB

Antes de adentrar no cenário da política de saúde de Campina Grande-PB e seus desdobramentos, convém considerar alguns dados demográficos e socioeconômicos do município que, situado entre o alto sertão e a zona litorânea, possui uma área de 641km² e é a segunda maior cidade paraibana, com população estimada em 2017 de 410.332 habitantes, o que representa uma densidade demográfica de 648,31 habitantes por km² (IBGE, 2017).

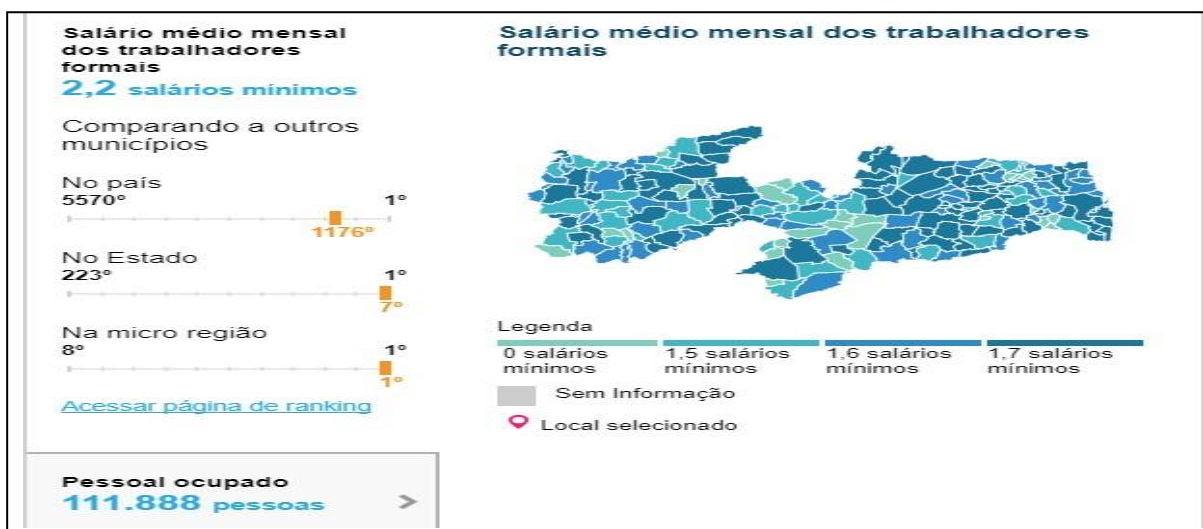
Campina Grande é reconhecida como um centro comercial, anexado à industrialização, cujo processo teve início com as usinas beneficiadoras de algodão (descaroçadores), as fábricas de óleo, os curtumes, as fábricas de fiação e tecelagem, os artefatos de ferro, e as indústrias de alimentação (FERNANDES; MAIA, 2004).

Embora seja a segunda maior cidade do estado, em 2014 o seu Produto Interno bruto (PIB) per capita era o sétimo do estado (18.716,38 reais), o que fez com que o 75% do seu orçamento dependesse de fontes externas (IBGE, 2017) conforme demonstrado no Quadro 1 abaixo.



Quadro 1: Dados Econômicos do Município de Campina Grande-PB
Fonte: IBGE (2017, s.p.)

Em relação ao trabalho e à renda da população de Campina Grande, em 2015, 27,6% da população total do município estava ocupada, com salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,2 salários mínimos (Quadro 2) e 39,5% da população recebiam até ½ salário mínimo por pessoa (IBGE, 2017), o que desenha um quadro de fragilidade econômica de boa parte da sociedade local e explicaria a alta procura por serviços públicos de saúde e educação.



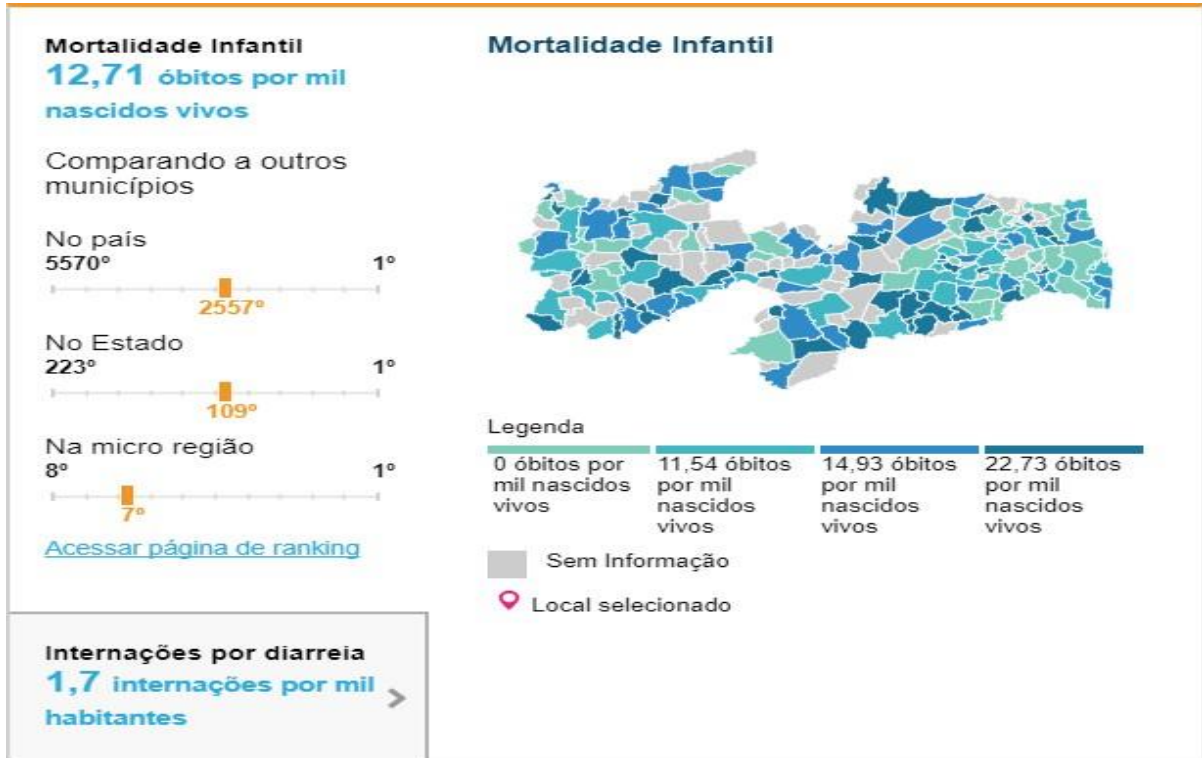
Quadro 2: Trabalho E Rendimento No Município De Campina Grande-PB
Fonte: IBGE (2017, s.p.).

Todavia, embora não figure entre as cidades mais populosas do Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Brasília e Fortaleza), pois ocupa a 56^a posição em número de habitantes (IBGE, 2007), Campina Grande se destaca como um polo educacional por sediar duas instituições federais de ensino superior público (UFCG e um campus do IFPB) e uma estadual (UEPB), além de faculdades privadas como a Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA) e União de Ensino Superior de *Campina Grande* (UNESC).

Ainda na área da educação, na faixa etária de 6 a 14 anos em 2010 há uma taxa de escolarização de 97,6%, e um índice de desenvolvimento da educação básica de 4,7 e 3,4 nos anos iniciais e finais, respectivamente, em 2015. Tais dados educacionais situam o município numa posição de destaque na Paraíba, qual seja: 96^a, no primeiro caso, 63^a e 99^a, entre os 223 municípios paraibanos, no segundo e no terceiro casos (IBGE, 2017).

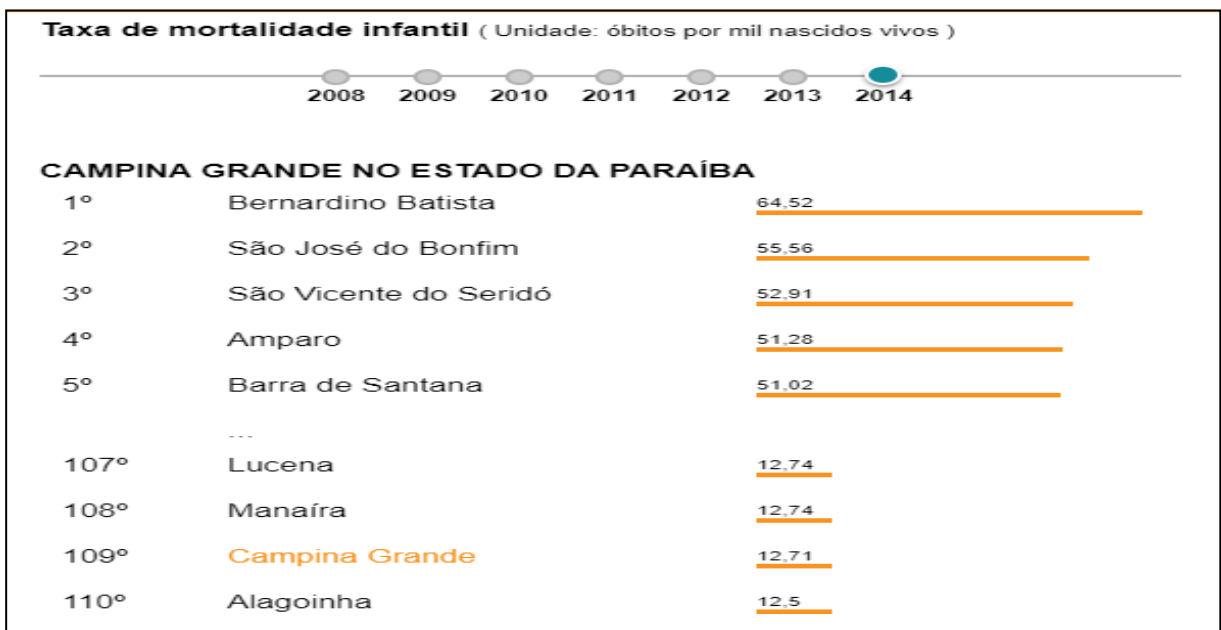
Antes de apresentar alguns dados sobre a saúde no município, cabe ressaltar que o IBGE (2017) estimou o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Campina Grande em 0,720 em 2010, frente a 0,658 da Paraíba, nesse mesmo ano. Isto significaria uma combinação média satisfatória das três dimensões que compõem esse índice, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013), a saber: a expectativa de vida, o nível de instrução e a renda da população. De acordo com Datapedia.info (2013), a expectativa de vida estimada para 2010 era de 73,7 anos em Campina Grande, superior à projetada para todo o estado (72 anos) e quase igual que à nacional (73,9 anos).

No que tange à saúde em Campina Grande, o IBGE (2017) informa uma taxa de mortalidade infantil média de 12,71 para 1.000 nascidos vivos em 2014, bastante inferior à projetada para o mesmo período para todo o país (14), que nos últimos vinte anos vinha reduzindo esse índice como consequência da aplicação de diversas políticas públicas. No Quadro 3 aparece o resumo desses dados, e no Quadro 4 se apresenta a situação do município em matéria de mortalidade infantil entre os anos 2008 e 2014 em contraste com a de outros municípios paraibanos.



Quadro 3: Taxa de Mortalidade Infantil em Campina Grande-PB
Fonte: IBGE (2017, s.p.)

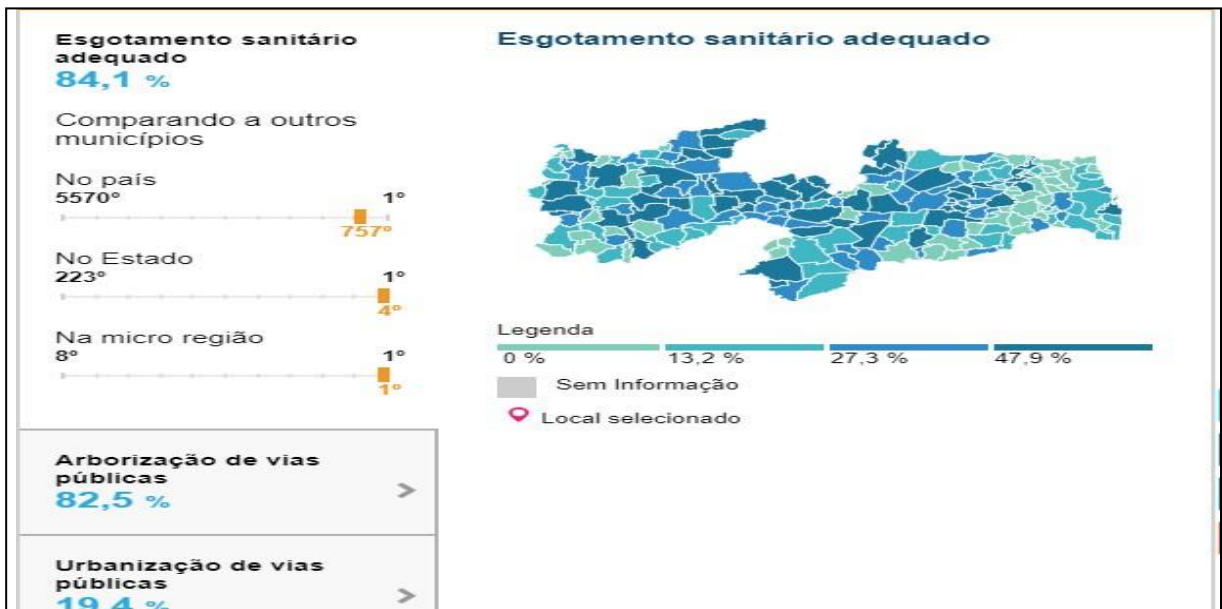
De acordo com essa mesma fonte (IBGE, 2017), em 2016, as internações por diarreias registraram 1.7 para cada 1.000 habitantes. Isto coloca o município nas posições 109 e 67, respectivamente, entre os 223 municípios do estado.



Quadro 4: Ranking Relativo À Taxa De Mortalidade Infantil no Município de Campina Grande-PB
Fonte: IBGE (2017, s.p.)

Ainda que os Quadros 3 e 4 mostrem uma situação vantajosa do município em relação à mortalidade infantil e à internação por diarreia, quando comparadas com os demais municípios paraibanos e a média nacional, parece óbvia a necessidade de melhorar constantemente esses índices. Entretanto, essa aspiração parece correr o risco de ver-se adiada pela conjuntura atual das políticas de saúde pública local.

Outro aspecto vinculado à saúde municipal é o saneamento básico. O quadro 5 destaca que 84,1% dos domicílios têm esgotamento sanitário adequado, que 82,5% dos domicílios urbanos possuem arborização e 19,4% dos domicílios urbanos apresentam uma urbanização adequada (bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Assim, dentro dos 223 municípios do estado, Campina Grande fica nas posições 4^a, 170^a e 23^a, nos referidos aspectos, respectivamente (IBGE, 2017).



Quadro 5: Esgotamento Sanitário em Campina Grande-PB

Fonte: IBGE (2017, s.p.).

Entretanto, localmente é comum a ocorrência de problemas provocados por esgoto estourado não só em bairros periféricos, onde o saneamento está longe de ser adequado, mas também em zonas nobres da cidade como comprovam os noticiários diários nos jornais locais a exemplo o Jornal da Paraíba.

Em termos de estabelecimentos de saúde, Campina Grande dispõe de uma rede composta por: 100 unidades básicas de saúde, 3 centros de referência de saúde, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e do Serviço Municipal de Saúde, segundo dados fornecidos pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNEs, 2017).

Em relação à média e à alta complexidades, existem no município: 1 Hospital Federal – Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), vinculado à UFCG –, 2 hospitais estaduais – Hospital Estadual de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande. Dentre os 74 hospitais municipais destacam-se o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente de Campina Grande, o Hospital Pedro I, e o Hospital Doutor Edgley, ambos municipalizados recentemente, entre outros (CNEs, 2017).

No âmbito hospitalar, a rede municipal é formada por unidades assistenciais hospitalares públicas, filantrópicas e privadas, disponibilizando à população leitos credenciados pelo SUS, com uma forte concentração na rede privada (CNEs, 2017), conforme identificado no Quadro 6 que resume os dados sobre o número de estabelecimentos de saúde nos níveis federal, estadual, municipal e privado em Campina Grande, Paraíba e Brasil.

Nesse Quadro, se evidencia a presença significativa do setor privado na área da saúde, uma vez que o número de estabelecimentos privados é duas vezes maior que o dos demais níveis no município. Na Paraíba e no Brasil, a quantidade de estabelecimentos privados só é menor do que a de estabelecimentos municipais. Estes dados ilustram a tendência privatista da saúde em todos os níveis, se se considerar que a municipalização sem o devido controle social flui também para essa tendência.

Variável	Campina Grande	Paraíba	Brasil
Federais	1	6	950
Estaduais	2	57	1/318
Municipais	74	1.762	49.753
Privados	154	797	42.049

Quadro 6: Quantitativo De Estabelecimentos De Saúde Em Campina Grande-PB

Fonte: IBGE (2017, s.p.).

No contexto local descrito, entre 2011 e 2015 configurou-se um conjunto de acontecimentos e ações, como reflexo da onda de privatização e mercantilização da saúde em nível nacional e local, o que será discutido a seguir.

Segundo a Frente Nacional Contra a privatização da Saúde (2010) a terceirização é uma das principais pautas dos trabalhadores na saúde, cujas formas mais recentes são os

novos modelos de gestão da saúde, como as Organizações Sociais (OSs, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Autores como Granemann (2011) e Correia (2014) consideram esses “novos” modelos de gestão como um tipo de privatização não clássica dos serviços públicos, uma vez que não envolvem o mecanismo típico de compra-venda, mas o “[...] repasse dos recursos públicos para o setor privado, para que este possa gerir serviços que devem ser prestados pelo Estado” (FÓRUM, 2014, p. 04).

A adoção destes “novos” modelos têm implicações nos planos econômico e social. No primeiro plano, tais modelos constituem “[...] uma forma de extração de rendas para grupos econômicos que são criados por dentro do Estado, em articulação estreita com grupos de poder” (ANDREAZZI; BRAVO; MENEZES, 2013, p. 4), o que poderia concorrer para uma priorização do atendimento de usuários do SUS detentores de planos privados, com o objetivo de garantir o recebimento duplo de recursos oriundos desse Sistema (CORREIA, 2012a). Já no plano social, este tipo de terceirização dos serviços de saúde implica na perda de direitos sociais pelos usuários, e direitos trabalhistas pelos profissionais do setor (FÓRUM, 2014).

Como dito anteriormente, as OSs e a EBSERH ilustram os “novos” modelos de gestão da saúde. É sabido que a criação das OSs por meio da medida provisória nº 1.591, de setembro de 1997, convertida na Lei nº 9.637, de maio de 1998, gerou diversas polêmicas no país, e uma situação de insegurança no contexto da saúde pública, pois o modo como sua criação se deu, supõe prejuízos tanto para os usuários do SUS como para os trabalhadores em geral, já que criou as bases para a flexibilização de vínculos, a perda de direitos trabalhistas e previdenciários, acarretando um aprofundamento da precarização do trabalho (CORREIA, 2012b), o que é evidenciado no Quadro 7 a seguir, onde se comparam esse modelo de gestão e o da administração direta no SUS.

Administração Direta no SUS	Organizações Sociais na Saúde
Contratação via Concurso Público	Contratação por Processo Seletivo
Contratação pelo Regime Jurídico Único – estabilidade do servidor público	Fim do Regime Jurídico Único – contratação pela CLT, sem estabilidade do empregado.
Profissional fixo na instituição	Alta rotatividade
Plano de Cargos, Carreira e Salários.	Grandes diferenças salariais
Direitos trabalhistas assegurados	Flexibilização dos direitos trabalhistas
Atendimento Universal	Regime de Metas
Submissão à lei de licitações, respeitando os critérios objetivos e impessoais, com publicidade, de forma a permitir o acesso a todos os interessados.	Não são submetidas a todos os procedimentos estabelecidos pela Lei de Licitações, pondo em questão a lisura de compras de bens e serviços.
Participação nas deliberações dos Conselhos de Saúde, como espaços de controle social.	Participação social restrita ao conselho administrativo, rejeitando os espaços de controle social.
Princípios e diretrizes públicas	Princípios e diretrizes orientadas pela lógica do mercado

Quadro 7: Comparativo Entre Modelos De Gestão Para A Saúde

Fonte: SANTOS (2014, p. 118-119).

A realidade da atuação das OSs na área da saúde, resumida no quadro anterior, explica a resistência encontrada na sociedade civil em diferentes lugares do Brasil, por exemplo, a Frente Nacional contra Privatização da Saúde (2012) se mobilizou contra a inserção deste modelo de gestão através do “Relatório Analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade civil

de Interesse Público (OSCIPs)”, apresentado aos Ministros do Supremo Tribunal Federal, de modo a denunciar a atuação das referidas entidades em diversos estados e municípios brasileiros, incluindo gastos exorbitantes, com diferenças injustificadas nos preços pagos por diferentes OSs na compra de um mesmo item (FRENTE, 2012).

Em Campina Grande, a prefeitura seguiu este modelo privatizante ao aprovar a Lei de Gestão Pactuada (Lei Municipal nº 5.277, de 19 de abril de 2013), cujo dispositivo previu parceria com OSs para gerir os serviços no âmbito da saúde, o que provocou diversos protestos desencadeados pelo Fórum em Defesa das Políticas Públicas de Campina Grande e pelo Fórum em Defesa do SUS, incluindo uma ação civil pública impetrada na Justiça do Trabalho pelo Procurador do Trabalho, o que contribuiu para que a Lei fosse revogada pelo então Prefeito (CENTRAC, 2012).

Outra modalidade de gestão que segue a tendência privatizante é a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH), instituída a partir da medida provisória em 31 de dezembro de 2010, conhecida como MP 520, depois implementada como Lei de Nº 12.550 em 15 de dezembro de 2011, aprovada pela presidenta da república Dilma Rousseff. Como impulsionou o avanço da privatização das ações e serviços, esta Lei foi considerada um desrespeito à CF/1988 e às LOS, dando margem à tramitação de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 4.895/2013) no Supremo Tribunal Federal (JÚNIOR, 2014).

Para o Comitê em Defesa dos Hospitais Universitários (2012), embora se argumente que o objetivo da criação da EBSERH foi a regularização das contratações ilegais, a lei evidencia que sua função é administrar os hospitais universitários, apenas apoiando as atividades de ensino, pesquisa e extensão, pondo em risco não necessariamente a venda do patrimônio público, mas empreendendo a utilização de recursos públicos (físicos, humanos, financeiros) para o atendimento de interesses privados.

Segundo Correia (2014, p. 46), “[...] a principal justificativa para criação da EBSERH seria a necessidade de „regularizar“ a situação dos funcionários terceirizados dos hospitais universitários em todo o país (26 mil trabalhadores)”, mas além de privatizar os serviços sociais, pretende transferir os direitos básicos dos trabalhadores para o âmbito privado e com isso “[...] dissolver o potencial de organização da força de trabalho com a tática de ameaças ao desemprego e promover a domesticação dos trabalhadores às normas institucionais, sem possibilidade do contraponto político organizado” (CARDOSO, 2014, p. 41-42).

Entidades e movimentos sociais como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e o Comitê em Defesa do HU denunciaram a atuação da EBSERH pelo desperdício de

dinheiro público; pelas irregularidades cometidas nos processos seletivos simplificados, por atender inadequadamente os usuários do SUS, entre outros. O Comitê em Defesa do HU (2012) lembra que é o Conselho Superior de cada universidade que decide se firma ou não convênio com a empresa. E é aqui que entra em jogo o papel de resistência da sociedade e que, como abordado no capítulo 2, está integrada por diversos atores com interesses muitas vezes divergentes.

O processo de adesão à EBSEH se deu de forma semelhante com características antidemocráticas em todos os HUs do país, onde houve sua implantação. Para Correia (2014, p. 49), foi “[...] um gesto monocrático do reitor, com uma simples assinatura de um documento assinalando a adesão [ou uma] aprovação instantânea dos Conselhos Universitários [...]” sem esclarecimentos sobre as atividades de ensino, pesquisa e extensão que seriam da alçada da empresa, ou o conhecimento acerca dos recursos humanos envolvidos, os inventários, a maneira em que os hospitais seriam reestruturados ou os planos de ação a serem realizados (CORREIA, 2014).

Em Campina Grande, o processo não se deu de forma diferente, pois se concretizou a adesão à EBSEH oficialmente no dia 26 de março de 2014, pelo reitor da UFCG, o Magnífico Edilson Amorim que assinou o termo de forma monocrática, desrespeitando o Colegiado Pleno (instância máxima da estrutura formal dessa instituição), ignorando as denúncias públicas feitas pelo Fórum em Defesa do SUS (FDS) que, várias vezes tentou que o Ministério Público declarasse inconstitucional essa adesão, até que em maio de 2014, o Fórum decidiu promover uma ação popular na Justiça Federal, solicitando uma liminar para suspender a ação do reitor (FÓRUM, 2014, p. 01).

A partir disto, os jornais do Fórum em Defesa do SUS-CG evidenciaram irregularidades nos concursos, prejuízos de trabalhadores e usuários, desperdício do dinheiro público, violação da autonomia e da democracia universitária e trouxeram moções de repúdio promovidas pelas entidades atuantes na luta pela saúde local.

As resistências à EBSEH aumentaram em todo o território nacional como parte da luta da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, dos Fóruns estaduais e das várias entidades nacionais e estaduais, o que tem dificultado a implantação da EBSEH nas Universidades, embora a lei federal que a ampara continue em vigor.

3.2 Notas Sobre As Principais Configurações Da Política De Saúde Em Campina Grande Entre 2011 E 201

A política de saúde no Brasil desde a década de 1990 se configura sob os moldes do neoliberalismo e da contrarreforma do Estado que se intensifica por meio do avanço das privatizações em curso. A pesquisa ora apresentada focaliza a política de saúde em Campina Grande, no período de 2011 a 2015, por ser um período marcado por mudanças, avanços e retrocessos em matéria de privatização e terceirização dos serviços de saúde.

Antes de se remeter a algumas especificidades da política de saúde durante esse período, é necessário situar essa política em relação às instâncias e aos estabelecimentos de saúde de importância no município. Uma dessas instâncias é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável por executar a política de saúde e a higiene do município, pela Lei nº 1.848 e voltada para o comprometimento dos profissionais de saúde com as ações relativas à educação sanitária (PLANO MUNICIPAL, 2010-2013). Para tanto, a Secretaria adotou a estrutura demonstrada na figura 02, em consonância à lei complementar nº 015/02, de 26 de dezembro de 2002 com a finalidade de garantir a qualidade de vida do cidadão em matéria de saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010-2013).

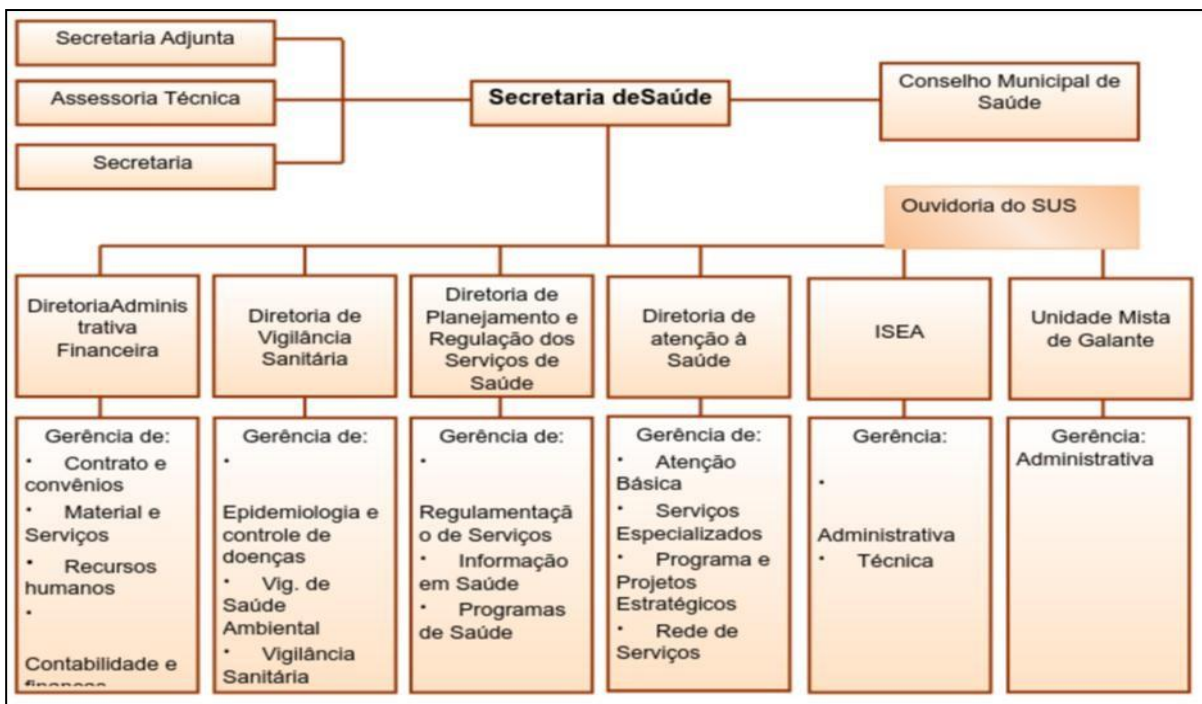


Figura 02: Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde
Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (2010. p.13).

O panorama da política de saúde local de 2011 a 2015 caracterizou-se pelo aumento dos estabelecimentos privados e da precariedade dos serviços prestados à população dependente do SUS e, para melhor desenhar esse panorama, o Quadro 8 traça uma linha do tempo abordando as principais conquistas e os retrocessos na saúde local durante este período.

2011
Ocorreu de 13 a 15 de Julho a 6ª Conferência Municipal de Saúde
O prefeito aprovou o plano de cargos, carreiras e remuneração para os profissionais da área de saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande por meio da Lei complementar nº 063 de 29 de dezembro de 2011
2012
Em julho, o Hospital Pedro I ameaçou fechar, alegando crise no setor da saúde
Em setembro, foi criado o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande (CG)
2013
Em fevereiro, o Prefeito Municipal anunciou a compra do Hospital Pedro I e oficializou sua municipalização.
A Câmara Municipal de CG aprovou o projeto da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG) que reajustava salários de agentes de saúde e de endemias
Março de 2013: Sessão Especial na Câmara de vereadores de Campina Grande discutiu a municipalização do Hospital Pedro I anunciada pelo prefeito de Campina Grande e contou com a presença da secretária de saúde, Lúcia Derck, do presidente do sindicato dos médicos de Campina Grande e ainda de vários representantes da área da saúde do município.
Em 19 de abril de 2013 foi aprovada a Lei da Gestão Pactuada nº 5.277
Em junho de 2013 foram feitas denúncias sobre irregularidades na maternidade Instituto Elpídio de Almeida (ISEA).
Em junho de 2013 foi revogada a Lei da Gestão Pactuada.
2014
Em 26 de março de 2014 ocorreu a adesão do reitor da UFCG à EBSEH
O gestor municipal, afirmou que o Hospital Dr. Edgley enfrentava problemas financeiros e anunciou que a Prefeitura iria administrar a instituição.
Em agosto foi realizado o Curso Controle Social da Saúde Pública Municipal, promovido pelo CENTRAC.
O ISEA revelou problemas de infraestrutura e descumprimentos às normas de saúde em conformidade com a Agência Estadual de Vigilância Sanitária (ANVISA); denúncias foram evidenciadas.
A FAP decretou crise no setor da saúde, ameaçando fechar os serviços de pediatria.
Outubro de 2014: ocorreram retrocessos na atenção básica, os pacientes reclamavam de falta de médicos (as) e odontólogos (as) em pelo menos 11 UBSF.
2015
Realizado ato público denominado “Em defesa do SUS, contra a privatização”.
7ª Conferência Municipal de CG ocorreu de 08 a 10 de julho.
Novembro de 2015: foi promovido evento pelo Conselho municipal de Saúde: I Encontro de pessoas com doenças falciforme da Paraíba.

Quadro 8: Principais Acontecimentos Que Marcaram A Política De Saúde Em Campina Grande-PB Entre 2011 E 2015

Fonte: Elaboração Própria (Campina Grande-PB, 2017).

O período esboçado no Quadro 8 teve sua elaboração iniciada a partir do evento da 6ª Conferência Municipal de Saúde local, realizada em 2011, no Colégio Damas, a qual mobilizou a comunidade campinense em oito pré-conferências que contemplaram os seis Distritos Sanitários de saúde e os distritos de São José da Mata e Galante. De acordo com o

relatório final, 90% de delegados assistiram às pré-conferências, apresentando propostas para a discussão na Grande conferência que teve como tema “Todos Usam o SUS” “SUS na Seguridade Social e Política pública e Patrimônio do Povo brasileiro” (6ª CNS), cujas propostas aprovadas se agruparam em três eixos: 1) avanços e desafios para a garantia do acesso e acolhimento com qualidade e equidade; 2) Seguridade social e complexo econômico de saúde: Desafios das políticas Públicas; 3) Gestão Pública e participação comunitária: como efetivar os mecanismos de controle social e gestão na esfera do SUS. (6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

No relatório dessa Conferência foram aprovadas moções de repúdio por parte dos delegados que reivindicaram: a) imediata implantação dos Planos de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) dos servidores da saúde, em cumprimento as leis federais 82.142 e 8.080; b) ampliação do programa de combate à dengue, realização de concurso público para a área e capacitação para os profissionais Agentes de Combate a Endemias (ACE"s); bem como notas de repúdio dirigidas a conferencistas e debatedores ausentes, alegando aos trabalhos a serem realizados, dentre os quais o representante do Ministério Público, e ao Governador do estado pela implantação da terceirização e privatização do SUS (BRASIL, 2011).

No mesmo ano de 2011 foi aprovado o PCCR dos servidores, embora este só tenha sido implementado com a aprovação da Lei complementar Nº 004/2013, que reajustou em 17% o valor dos salários dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos ACEs. De acordo com o estabelecido nesse projeto, “[...] os agentes passam a ter, ainda, os vencimentos reajustados anualmente, como ocorre com os demais servidores públicos municipais.” (CENTRAC, 2012, p. 03).

Em julho de 2012, o Hospital Pedro I, considerado até então filantrópico, ameaçou fechar alegando crise no setor da saúde. Para solucionar a situação, a gestão pública municipal decidiu pelo processo de municipalização dos serviços de saúde no referido hospital, o qual foi respaldado pela CF/1988 e pela regulamentação das Leis 8.080 e 8.142, mediante descentralização da saúde que é fundamental para o avanço na mudança tanto do planejamento, quanto dos indicadores epidemiológicas como a vigilância sanitária voltada para a realidade do município (CENTRAC, 2012).

Mesmo se reconhecendo o viés positivo do processo de municipalização, Fernandes e Maia (2004) advertem para seu caráter controverso na gestão em saúde, uma vez que pode concorrer para modificações na estrutura de poder e, assim, provocar “[...] o ressentimento de quem perde e o deslumbramento e autoritarismo de quem passa a ter acesso aos canais de influência e prestígio inerente ao cargo” (FERNANDES; MAIA, 2004, p. 92).

Por outro lado, como a municipalização em Campina Grande se deu diretamente relacionada ao interesse do encaminhamento direto do prefeito sobre as ações do SUS, ficou conhecida como “prefeiturização” pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), revelando um cariz negativo em relação à forma de implementação por parte da gestão do SUS local (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017). Ademais, entre outros aspectos negativos, o CMS destacou: a) seu estabelecimento como forma de incentivo à privatização do SUS; b) “prefeiturização” dos hospitais, com desvalorização da Atenção Básica; c) ausência de apreciação ou aprovação do CMS à municipalização dos hospitais; d) sobreposição de interesses particulares do gestor público municipal sobre as demandas da comunidade; e) ausência de controle social ou avaliação por instrumento de planejamento orçamentário do município sobre os recursos públicos investidos e disponibilizados para os hospitais municipalizados os quais não foram avaliados pela Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) municipal; f) terceirização da gestão dos recursos humanos; g) fortalecimento da média e alta complexidades (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Em outubro 2012 foi criado o Fórum em Defesa do SUS, composto por profissionais da área de saúde e docentes da UFCG e UEPB, com deliberação de tarefas e encaminhamentos a serem realizados pelos integrantes em torno dos objetivos, princípios e da direção política do Fórum, cuja oficialização se deu em 19 de setembro, quando, em reunião realizada no Departamento de Psicologia da UEPB, houve a das principais estratégias a serem debatidas, tendo como pauta principal o debate sobre a EBSERH em Campina Grande/PB (FÓRUM, 2012, p. 01).

Na política de saúde no município de Campina Grande se registraram alguns retrocessos em 2013, entre os quais se destacam: a) o crescimento acelerado do número de hospitais privados; b) a tentativa de instituir o programa de Gestão Pactuada que pretendia repassar a gestão da saúde a Organizações Sociais (OSs), a qual foi barrada pela ação popular; c) a denúncia de tratamento desumano às pacientes, feita em julho por médicos do ISEA à Promotoria de Defesa da Saúde de Campina Grande, a partir do que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) anunciou readequação de espaços de atendimento e reorganização dos 117 leitos e da instalação da Casa da Mãe como espaço de apoio ao ISEA; d) a denúncia feita em outubro por funcionários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sobre as condições precárias de trabalho e o atraso no pagamento de salários, o que foi desmentido em nota na imprensa pela SMS; e) a manifestação organizada em novembro por servidores/as municipais de saúde contra a Lei de Gestão Pactuada, por melhores condições de trabalho e

pela celeridade da Câmara de Vereadores na apreciação dos projetos de Gratificação por Incentivo ao Trabalho (GIT) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (CENTRAC, 2013).

No plano do orçamento municipal desse ano, destacaram-se: a compra do antigo hospital psiquiátrico João Ribeiro por R\$ 4 milhões, além do Hospital Pedro I que já estava sob a administração da Prefeitura e custou R\$ 3 milhões, sendo 700 mil pagos à vista (CENTRAC, 2013).

Apesar dos registros contrários à gestão municipal e da saúde, em evento com a presença de secretários e diretores de órgãos da saúde municipal para avaliação do ano de 2013 e planejamento para 2014, o prefeito em pronunciamento feito em jornais locais afirmou que o ano de 2013 foi de muitas dificuldades, mas muito proveitoso para a saúde, destacando como um grande marco para a história de Campina Grande, a aquisição do Hospital Pedro I, ou seja, da municipalização (CENTRAC, 2013).

De acordo com o CENTRAC (2013), toda essa trajetória histórica traçada no ano de 2013 alerta para os riscos da privatização dos serviços públicos de saúde com a implantação da Lei de Gestão Pactuada que delegou às Organizações Sociais, a execução dos serviços públicos de saúde que deveriam ser prestados pelo poder público municipal.

Apesar da avaliação positiva feita pelo gestor, em janeiro de 2014, a população de Campina Grande iniciou o ano sem atendimento na saúde básica em decorrência do recesso de pessoal das ESF's e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's), determinado pela Prefeitura Municipal (CENTRAC, 2014).

No mesmo ano, a prefeitura locou o Hospital Dr. Edgley, em decorrência dos problemas financeiros enfrentados por essa unidade de saúde que ameaçavam levar à suspensão dos atendimentos pelo SUS, com custo médio de 300 mil reais mensais durante cinco anos, renováveis por igual período (CENTRAC, 2014).

Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde, divulgou a descentralização do serviço de agendamento que antes funcionava no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), sob a justificativa de otimizar o fluxo de marcação de consultas e exames e diminuir o tempo de espera, o que obrigou os usuários a agendarem os procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (CENTRAC, 2014).

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (2017), em todo o ano de 2016 foram realizadas 368.234 consultas com clínicos gerais e diversos especialistas, totalizando mais de dois milhões de consultas, atendimentos e acompanhamentos em toda a

Rede Municipal de Saúde de Campina Grande e, até o início do mês de junho de 2017, já tinham sido registradas 145.989 consultas nas UBS e nos Centros.

O Plano Municipal de Saúde é definido, segundo o PlanejaSUS, como um “instrumento de gestão, baseado em uma análise situacional, a partir do que são determinadas as intenções e os resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2008). Como o Plano é uma exigência legal e deve ser construído com base nos parâmetros estabelecidos pelo Sistema de Planejamento do SUS, de acordo com o CENTRAC (2014), “a Secretaria de Saúde anunciou que o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 seria elaborado com participação da sociedade”. Entretanto, o documento a priori estava disponível somente para os conselheiros, e só posteriormente foi disponibilizado à toda população interessada para maior entendimento de sua legalidade e validade. (CENTRAC, 2014).

Ainda em 2014, a demanda na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Campina Grande tomou grandes proporções, a ponto dos usuários reclamarem da falta de atendimento na unidade e da demora do tempo de espera que, segundo relatos, ultrapassava dez horas (CENTRAC, 2014). Por outro lado, o Ministério Público deu prazo de 30 dias ao ISEA para resolver problemas de infraestrutura, falta de equipamentos e não atendimento às normas procedimentais de saúde identificadas pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária, configurando mais uma denúncia feita ao Ministério Público sobre descumprimentos na área da saúde pública, configurando um quadro de muitos retrocessos na política de saúde local em contraste com o gasto de quase um milhão de reais com a decoração de Natal (CENTRAC, 2014).

Todavia, também foram observados alguns avanços, tais como: a instalação, pela Secretaria de Saúde, do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil com a participação dos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem, além do Ministério Público da Paraíba, através da promotoria da Infância e Juventude e do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente dentre outros (CENTRAC, 2014).

O ano de 2015 foi marcado por mobilizações para chamar a atenção sobre os problemas do SUS e os riscos da privatização dos serviços de saúde, entre as quais se destaca a realização da *7ª Conferência Municipal de Saúde de Campina Grande*, nos dias 8, 9 e 10 de julho com tema “Saúde pública de qualidade para cuidar das pessoas. Direito do povo brasileiro” e a participação de aproximadamente um público alvo de 400 pessoas (7ª CNS).

Segundo o relatório municipal da 7ª Conferência, as propostas aprovadas foram organizadas em oito eixos: 1) Direito à saúde, garantia do acesso e atenção de qualidade; 2)

Participação Social; 3) Valorização do trabalho e da Educação em saúde; 4) Financiamento do SUS e Relação Público-privado; 5) Gestão do SUS e modelos de Atenção à Saúde; 6) Informação, Educação e Política de comunicação do SUS; 7) Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; 8) Reformas Democráticas e populares do Estado. Dentre estes, destaca-se o eixo *Financiamento do SUS e Relação Público-privado* que teve como pauta a garantia de concurso público, reiterando os esforços para materialização do direito à assistência à saúde via SUS.

Feita esta descrição dos fatos e acontecimentos que integraram a configuração da política de saúde no período 2011-2015, a seguir serão apresentados os dados primários obtidos mediante aplicação de questionário junto a 16 (dezesesseis) representantes dos 6 (seis) segmentos que compõem o setor da saúde pública local.

3.3 A Organização Do Pacto Político Na Saúde Do Município De Campina Grande: Detalhamento Dos Dados Da Pesquisa

Neste tópico serão apresentados os dados da pesquisa realizada entre novembro de 2016 e agosto de 2017. Para melhor visualização, optou-se por subdividi-lo em itens relativos à caracterização dos entrevistados e aos objetivos da pesquisa, conforme as principais categorias e os conceitos que nortearam a discussão deste trabalho.

3.3.1 Apresentação E Caracterização Dos Sujeitos Pesquisados

Esta investigação objetivou a) analisar a configuração do Pacto Político no período 2011-2015 em Campina Grande; b) determinar a natureza e a extensão da incidência da crise e das privatizações no pacto político; e c) identificar e descrever a relação dos movimentos sociais e das entidades com o pacto político na saúde local.

Em função desses objetivos, foi realizada uma pesquisa de campo que consistiu na aplicação de um questionário semiestruturado com 16 (dezesesseis) sujeitos lotados nos 6 (seis) segmentos escolhidos na área da saúde no município, a saber: 5 (cinco) no Fórum em Defesa do SUS, 3 (três) no Conselho Municipal de Saúde, 2 (dois) Universidade Federal de Campina (UFCEG), 2 (dois) no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), 2 (dois) no Hospital Pedro I (PI) e 2 (dois) representantes da gestão pública da política de saúde, respectivamente a

Gestão de Planejamento Municipal (GP1) e a Gestão do Governo do Estado (GP2), cujos perfis serão apresentados a seguir.

TABELA 02 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS

GÊNERO	QUANTIDADE	PERCENTUAL (%)
Feminino	12	75%
Masculino	04	25%
Total	16	100%

Fonte: Primária (Campina Grande-PB, 2017).

Em relação à caracterização do perfil dos sujeitos pesquisados, da amostra de 16 (dezesesseis) sujeitos, a maioria (12) era do gênero feminino. A seguir serão apresentados os vínculos dos entrevistados, a partir das instituições/entidades a que estão relacionados.

- **Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande-PB:** O FDS foi criado 01 de outubro de 2012, vinculado à Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, objetiva a luta contra a privatização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil, voltando-se à defesa da garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na CF/1988. Para tanto, realiza ações políticas planejadas, em diversos espaços sociais, a saber: na sociedade civil, no campo jurídico e parlamentar, nas ruas, nos meios de comunicação (páginas em redes sociais, programas de rádios e televisão, notas em diários oficiais) e manifestações de ato público, sendo composto por entidades sindicais, movimentos sociais, alguns partidos políticos, centros acadêmicos universitários etc., numa perspectiva de unificar a luta pelo avanço do SUS (FÓRUM, 2012).

Entre os integrantes do Fórum em Defesa do SUS (FDS) de Campina Grande-PB foram entrevistados 5 (cinco) pessoas, sendo: 2 (duas) representações do Centro de Ação Cultural (CENTRAC); 2 (duas) representações do Núcleo de Pesquisa em Práticas Sociais e da Saúde (NUPEPS) da UEPB; e 1 (uma) representação do Partido Operário Revolucionário (POR). Para manutenção do sigilo dos entrevistados, eles foram identificados nas análises por letras e números (F1, F2, F3, F4 e F5).

A seguir se insere uma breve caracterização das referidas entidades que constituem o FDS:

- **Centro de Ação Cultural (CENTRAC):** entidade da sociedade civil, Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, fundada em 1987, com sede no município de

Campina Grande, considerada referência estadual no controle social, nas intervenções, na assessoria e consultoria quando solicitada por gestores municipais e estaduais. Destaca-se por construir o Orçamento Participativo (OP), ferramenta metodológica de participação na gestão pública (CENTRAC, 2013).

São realizados pelo CENTRAC frequentes cursos e capacitações oferecidos à população campinense e cidades circunvizinhas, colocando-se como uma “[...] organização que atua em defesa dos direitos sociais” (CENTRAC, 2017).

No âmbito local, a ONG compõe o FDS e repudiou a atitude do reitor em aderir à EBSEH de forma monocrática e antidemocrática, o que teria ferido a autonomia universitária e a indissociabilidade do ensino, da pesquisa e extensão, inclusive com questionamento de sua legalidade constitucional (FÓRUM, 2014).

- **Núcleo de Pesquisa em Práticas Sociais (NUPEPS):** foi criado em 1995 e é um núcleo de pesquisa vinculado à UEPB, composto por docentes, discentes e técnicos de Serviço Social e áreas afins, certificado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. (NUPEPS, 2017)

Entre suas funções, desenvolve: trabalho voltado à produção de conhecimento, mediante o desenvolvimento de pesquisas, de modo a auxiliar a formação profissional e a intervenção social; atividades de extensão e assessoria a órgãos governamentais e não governamentais e a movimentos sociais nas temáticas relacionadas às suas linhas de pesquisa – *O trabalho no capitalismo contemporâneo; Movimentos sociais, cultura e política; Políticas sociais e gestão democrática; O Serviço Social, a Formação Profissional e a Produção do Conhecimento* – estímulo à participação do corpo discente e docente nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo, contribuindo para o debate e a democratização do conhecimento no meio acadêmico e com a sociedade (CNPQ, 2017).

- **Partido Operário Revolucionário (POR):** é uma Organização revolucionária brasileira, criada em 1953, como uma seção da IV Internacional Comunista, dissidência criada por Leon Trotsky da III Internacional, que era liderada pela então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (POR, 2017).

- **Universidade Federal de Campina Grande-PB (UFCG):** segundo o seu estatuto normativo, foi criada por desmembramento da UFPB através de um decreto da Lei nº. 10.419 de 9 de abril de 2002. Além da sede, em Campina Grande, a universidade abrange mais 6 campi nas cidades de Pombal, Patos, Sousa, Cajazeiras, Cuité e Sumé.

- **Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande-PB (ADUFCG):** fundada em 03 de outubro de 1978, é uma instância organizativa e deliberativa

territorial do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), possui regimento próprio aprovado pela Assembleia Geral dos Docentes a ela vinculados, respeitados os Estatutos da ANDES-SN. São objetivos básicos: organizar sindicalmente os docentes da UFCG – Campi de Campina Grande e de Sousa –; e se responsabilizar pelas assembleias gerais sobre assuntos pertinentes à categoria dos professores aposentados, sócios da UFCG, gozando para tanto das prerrogativas sindicais asseguradas na Constituição Federal (ADUFCG, 2017). Em relação ao SUS, a ADUFCG tem se pronunciado em favor das articulações e mobilizações empreendidas enquanto representante do FDS de que faz parte em âmbito local, sendo, inclusive, sede da maioria das reuniões ocorridas no Fórum.

Desta pesquisa fizeram parte 2 (dois) integrantes da ADUFCG, identificados por A1 e A2.

- **Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande-PB:** é um órgão colegiado, consultivo, deliberativo, fiscalizador e permanente do SUS na esfera municipal. Segundo dados fornecidos pelo CMS (2017) foi criado através do decreto municipal nº 1951, de 25 de setembro de 1990 e, desde então vem se destacando por ser um conselho atuante, propositivo buscando cumprir seu papel em defesa dos usuários da saúde e por esse motivo foi escolhido para colaboração nessa pesquisa.

Integraram a pesquisa, 3 (três) conselheiros representantes do CMS, identificados como C1, C2 e C3.

- **Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC):** fundado em 1950, destaca-se por ser voltado para as realidades loco-regionais, por desenvolver pesquisas clínicas em doenças crônico-degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis, estudos populacionais que abrangem o binômio materno-infantil, estudos prospectivos de corte sobre endemias e pandemias (UFCG, 2017).

Por se tratar de um hospital vinculado à Universidade, oferece pós-graduação *lato sensu*, modalidade de Residência Médica, nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Pediatria. É uma instituição pública, cuja administração foi repassada para uma empresa de direito privado – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – desde 26 de março de 2014.

Em relação ao HUAC, participaram da pesquisa 2 (dois) profissionais que atuaram e atuam em setores de coordenação no setor da saúde, identificados como H1 e H2.

- **Hospital Municipal Pedro I:** este hospital é hoje vinculado à gestão municipal, realiza atendimentos em nível ambulatorial, de internação, e urgência e conta com 83

médicos, e outros 156 profissionais da saúde, realizando cerca de 150 atendimentos por dia, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017).

O fluxo dos usuários se dá tanto por demanda espontânea, quanto referenciada e, para tanto, possui leitos cirúrgicos, clínicos, complementares, obstétricos e pediátricos, exclusivamente demandados pelo o SUS.

Integraram esta pesquisa 02 (dois) profissionais que trabalham no hospital, denominados como P1 e P2.

- Secretaria Municipal de Saúde:

Na pesquisa, o entrevistado que integra a gestão municipal de saúde foi identificado por GP1.

- Gerência Regional de Saúde de Campina Grande-PB: a política de saúde no estado da Paraíba está subdividida em onze gerências, sendo a terceira em Campina Grande. Neste segmento, a pesquisa foi realizada na 3ª Gerência Regional de Saúde de Campina Grande-PB que conta com 5 setores ligados à saúde preventiva: 1) a atenção primária; 2) vigilância imunológica; 3) vigilância epidemiológica; 4) vigilância ambiental; e 5) vigilância sanitária (AGEVISA) (GOVERNO DA PARAÍBA, s.d.).

A representante deste órgão foi identificada por GP2 e, embora tenha sido auxiliada pelo Coordenador de Atenção Básica nas respostas ao questionário, por argumentar que algumas delas se referiam a competências do gestor municipal, optou por não responder várias delas.

Feitas estas breves considerações sobre as entidades a que os sujeitos da pesquisa estão integrados, a seguir serão apresentados os demais dados relativos aos perfis dos entrevistados.

TABELA 03 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À GRADUAÇÃO E AO TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES) EM QUE SE GRADUARAM

ENTREVISTADO	GRADUAÇÃO	ÁREA	IES
F1	Licenciatura em Psicologia	Ciências da saúde	FURNE
F2	Bacharel em Ciências Sociais	Ciências Humanas Letras e arte	UFCG
F3	Serviço Social	Ciências Sociais Aplicadas	UECE
F4	Serviço Social	Ciências Sociais Aplicadas	UFPB
F5	Comunicação Social	Ciências Humanas Letras e arte	UEL
A1	História	Ciências Humanas Letras e arte	UFPB
A2	Comunicação Social	Ciências Humanas Letras e arte	UFPB
C1	Medicina	Ciências da saúde	UFPB
C2	Licenciatura plena em Ciências Sociais	Ciências Humanas Letras e arte	UFPB
C3	Odontologia	Ciências da saúde	URNE
H1	Serviço Social	Ciências Sociais Aplicadas	UFPB
H2	Enfermagem/Administração	Ciências da saúde e ciências exatas	UNESC/UEPB
P1	Enfermagem	Ciências da saúde	UNESC
P2	Enfermagem	Ciências da saúde	UNESC
GP1	Direito	Ciências Jurídicas	UEPB
GP2	Bacharelado em Estatística	Ciências exatas	UNIMEP

Fonte: Primária (Campina Grande-PB, 2017).

Como demonstrado na Tabela 03, 31,25% dos entrevistados concluíram graduação em instituição privada e a maioria (68,75%) o fez em instituições de ensino público.

A Tabela 4 demonstra os anos de conclusão dos cursos de graduação pelos entrevistados, demonstrando prevalência de formação nos anos 2000 (38%), período posterior

à sanção do SUS em que as ações da contrarreforma no país têm se fortalecido. Estes foram seguidos dos que se graduaram nos anos 1980 (31%), contexto em que a sociedade passou a participar “de fato e de direito” da elaboração das políticas sociais com o respaldo da Constituição Federal de 1988 e dos anos 1990, marcado por um cenário político pródigo em Brasil “[...] mudanças centrais na saúde. O êxito da ideologia neoliberal resultou em retrocesso para as conquistas populares dos anos 1980”. (BRAVO, MARQUES, 2012, p. 205).

TABELA 04 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ANO DE CONCLUSÃO DE GRADUAÇÃO PELOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	ANO DE CONCLUSÃO 1981-1990	ANO DE CONCLUSÃO 1991-2000	ANO DE CONCLUSÃO 2001-2010	ANO DE CONCLUSÃO 2011-2017
F1	1981	-	-	-
F2	-	1991	-	-
F3	-	1991	-	-
F4	-	1991	-	-
F5	-	-	2001	-
A1	1981	-	-	-
A2	1981	-	-	-
C1	1981	-	-	-
C2	-	-	2001	-
C3	1981	-	-	-
H1	-	-	2001	-
H2	-	-	-	2011
P1	-	-	2001	-
P2	-	-	2001	-
GP1	-	-	2001	-
GP2	-	1991	-	-

Fonte: Primária (Campina Grande-PB, 2017).

Na tabela 5 abaixo se observa que dos 16 (dezesesseis) entrevistados, 93,75 % concluiu algum curso de pós-graduação (56,25% na modalidade de especialização completa). Neste caso, chama a atenção que a maioria dessas especializações (6) foi na área de saúde, o que em tese significa que esses sujeitos estariam habilitados para fornecer respostas interessantes ao escopo dessa pesquisa. Os demais sujeitos declararam ter concluído cursos de mestrado (3) e de doutorado (3).

TABELA 05 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO, DO NÍVEL E DA ÁREA DE FORMAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	PÓS GRADUAÇÃO	NÍVEL	ÁREA
F1	NÃO	-	-
F2	SIM	Mestrado	Ciências Sociais
F3	SIM	Mestrado	Serviço Social
F4	SIM	Mestrado e Doutorado	Mestrado em Sociologia/UFPB; Doutorado em Serviço Social/UFPE
F5	SIM	Mestrado e Doutorado	Mestrado em Ciências Sociais; Doutorado em Ciências sociais
A1	SIM	Mestrado e Doutorado	Mestrado e Doutorado em História
A2	SIM	Especialização	Marketing e comunicação digital
C1	SIM	Especialização em Saúde da Família e Medicina do Trabalho	Medicina Preventiva e Social, Homeopatia
C2	NÃO	Especialização incompleta	Sociologia e Étnico Racial
C3	SIM	Especialização	Saúde Pública; Ortodontia
H1	SIM	Especialização	Saúde
H2		Especialização	Enfermagem do trabalho/ Saúde coletiva
P1	SIM	Especialização	UTI Urgência e Emergência
P2	SIM	Especialização	Saúde Mental; Saúde da Família
GP1	SIM	Especialização e Mestrado	Especialização em Direito; Mestrado em Educação
GP2	SIM	Especialização	Auditoria

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Como já dito, a maioria (56,25%) dos entrevistados que fizeram especialização optou pela área da saúde, de modo a habilitá-los para a realização de um trabalho mais adequado na

área. Por sua vez, os cursos de mestrado e doutorado vincularam-se predominantemente às formações de graduação dos entrevistados ou em áreas afins a estas formações.

A seguir serão apresentados, em tabelas, as informações relativas aos sujeitos, área de atuação em política social e capacitação dos entrevistados, conforme as instituições a que se vinculam, e definidas suas nomenclaturas de identificação nesta pesquisa.

TABELA 06 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DO FÓRUM EM DEFESA DO SUS (FDS)

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
F1	Defesa de direitos	Não
F2	Defesa de direitos	Não
F3	Educação	Coordenou o curso de extensão Política Pública de Saúde: direito de todos (as) nos anos 2015 e 2016.
F4	Educação	Saúde, cursos de extensão.
F5	Não especificou	Não especificou

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Em relação ao Fórum em Defesa do SUS (F1, F2, F3, F4, F5), a maioria 3 (três) dos 5 (cinco) sujeitos entrevistados exerce a função de docente em nível superior em instituições públicas estaduais e federais com destaque para atuação em atividades nas áreas de políticas de proteção social referente à *educação* e à *defesa de direitos sociais*. Apesar de compreender que esta última corresponde a uma área de atuação e não a uma política, optou-se por manter a resposta dos entrevistados de forma fidedigna, quando acrescentaram esta área no campo “outras” políticas.

Apenas dois dos representantes do Fórum declararam ter participado de cursos de capacitação no campo das políticas de proteção social.

TABELA 07 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
C1	Saúde, Educação, Conselhos.	Disciplina em Saúde coletiva; Especialização em Saúde da Família; Capacitação de Conselheiros
C2	Saúde, Conselhos	Curso de capacitação para o fortalecimento do controle social; Curso Nacional de ativação para o desenvolvimento da prática do controle social no SUS (FICORUZ)
C3	Educação em Saúde na escola e Saúde Mental com usuários da UBSF	Introdutório em Saúde da Família; Cursos de Extensão do projeto “Política Pública de Saúde: direito de todos/as”

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

No que diz respeito ao CMS (C1, C2, e C3) os conselheiros pesquisados apresentaram unanimidade em participação de cursos de capacitação profissional de diferentes tipos nas áreas de saúde, educação e conselhos, o que foi considerado significativo, dada a diversidade de aspectos que sua intervenção requer, posto que os conselhos foram concebidos como um “[...] dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos”. (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 279).

TABELA 08 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
A1	Educação	Seminários e debates promovidos pelas universidades e os movimentos sociais
A2	Educação	Não

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Os representantes da UFCG (A1 e A2), naturalmente declararam atuar na área da de educação, mas apenas um (A1) alegou que participou de seminários e debates promovidos pelas universidades e por movimentos sociais.

TABELA 09 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
H1	Saúde	Não
H2	Saúde	Não

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

O destaque da Tabela 09 demonstra a *ausência* de qualificação / capacitação das profissionais entrevistadas do HUAC, embora uma das entrevistadas exerça função de coordenação e a despeito de a realidade hospitalar exigir constante atualização profissional, dada sua complexidade e o atual cenário de aceleração das privatizações.

TABELA 10 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DO HOSPITAL PEDRO I

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
P1	Saúde	Não
P2	Saúde	Não

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

A mesma situação foi observada entre as profissionais do Hospital Pedro I, o que pode ser explicado por duas razões imediatas: 1) pela carga horária geralmente extensa entre os profissionais de saúde que, em grande medida, atuam em várias instituições, seja ou não em regime de plantão, o que dificultaria a realização de capacitações; 2) como a maioria dos entrevistados teve formação recente e já possuía cursos de pós-graduação, é possível que desconsiderem a necessidade de atualização constante. No caso específico das 4 entrevistadas, todas têm especialização na área de saúde e formação a partir dos anos 2000 e atuam em hospitais que sofreram mudanças na forma de gestão, o que pode ter redundado em alterações em suas cargas-horárias.

TABELA 11 – ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – INTEGRANTES DAS GESTÕES MUNICIPAL E ESTADUAL

SUJEITOS	ÁREA DE ATUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL	CAPACITAÇÃO
GP1	Saúde, Educação e Justiça	Atribuições do cargo
GP2	Saúde	Não

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017)

Quanto aos gestores, o GP1 demonstrou ser um profissional atuante, pois declarou uma vasta experiência em áreas de políticas diferenciadas (saúde, educação e justiça) e, embora não tenha realizado curso de capacitação relacionada às áreas supracitadas, tem especialização e mestrado na sua área de formação. Também afirmou que em 2013, quando ingressou no serviço público em Campina Grande, participou de uma semana de imersão realizada pela gestão para situar-se nas atribuições do cargo a ser exercido, restando, todavia, a necessidade de maior aproximação com a temática da saúde e suas particularidades já que atua diretamente com a SMS no planejamento das ações.

O Gestor Público estadual (GP2) relatou que a única política de proteção social em que atuou foi a saúde, porém não possui capacitação ou pós-graduação na área em questão, embora exerça função de Coordenação.

Quanto aos vínculos empregatícios, 25% dos entrevistados estão vinculados ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), outros 25% ao de estatutários, 13% ao de profissionais contratados por tempo indeterminado, e outros 19% não responderam. Entre os entrevistados, 5 (33,3%) declararam ter outro emprego (um no nível federal, dois no estadual, um no municipal público e outro não especificado).

Para melhor detalhamento, estes e outros dados relativos aos vínculos empregatícios foram expostos na Tabela 12 a seguir.

TABELA 12 – DADOS SOBRE A EXISTÊNCIA DE OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS, A NATUREZA E O NÍVEL DECLARADOS PELOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	VÍNCULO DE TRABALHO	POSSUI OUTRO VÍNCULO	NATUREZA/ NÍVEL	DESCRIÇÃO DO VÍNCULO
F1	Não respondeu	Não	-	-
F2	CLT	Sim	Pública/estadual	Consultora na área, de desenvolvimento rural
F3	Não respondeu	Não	Pública/estadual	Estatutária pública estadual
F4	Estatutário	Não	-	-
F5	Não respondeu	Não	-	-
A1	Contrato tempo indeterminado	respondeu Não	-	-
A2	CLT	Não	-	-
C1	Estatutário Servidor Público Federal	Não	-	-
C2	Voluntariado	Sim	Pública/estadual	-
C3	Estatutário	Não	-	-
H1	Regime Jurídico Único-RJU	Não	-	-
H2	CLT e Estatutário	Sim	Outra /Federal	-
P1	Contrato por tempo indeterminado	Sim	Outra	Hospital João XXIII
P2	CLT	Não	-	-
GP1	Contrato por tempo determinado	Sim	Pública/Municipal	-
GP2	Codificado	Não	-	-

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Já em relação à carga horária de trabalho, a maioria (50%) alegou trabalhar 40 horas semanais, 13% declararam ter uma jornada de 20 horas, 6% afirmaram trabalhar 30 horas

semanais, outros 6% afirmaram trabalhar 66 horas por ter duplo emprego, e 25% não responderam.

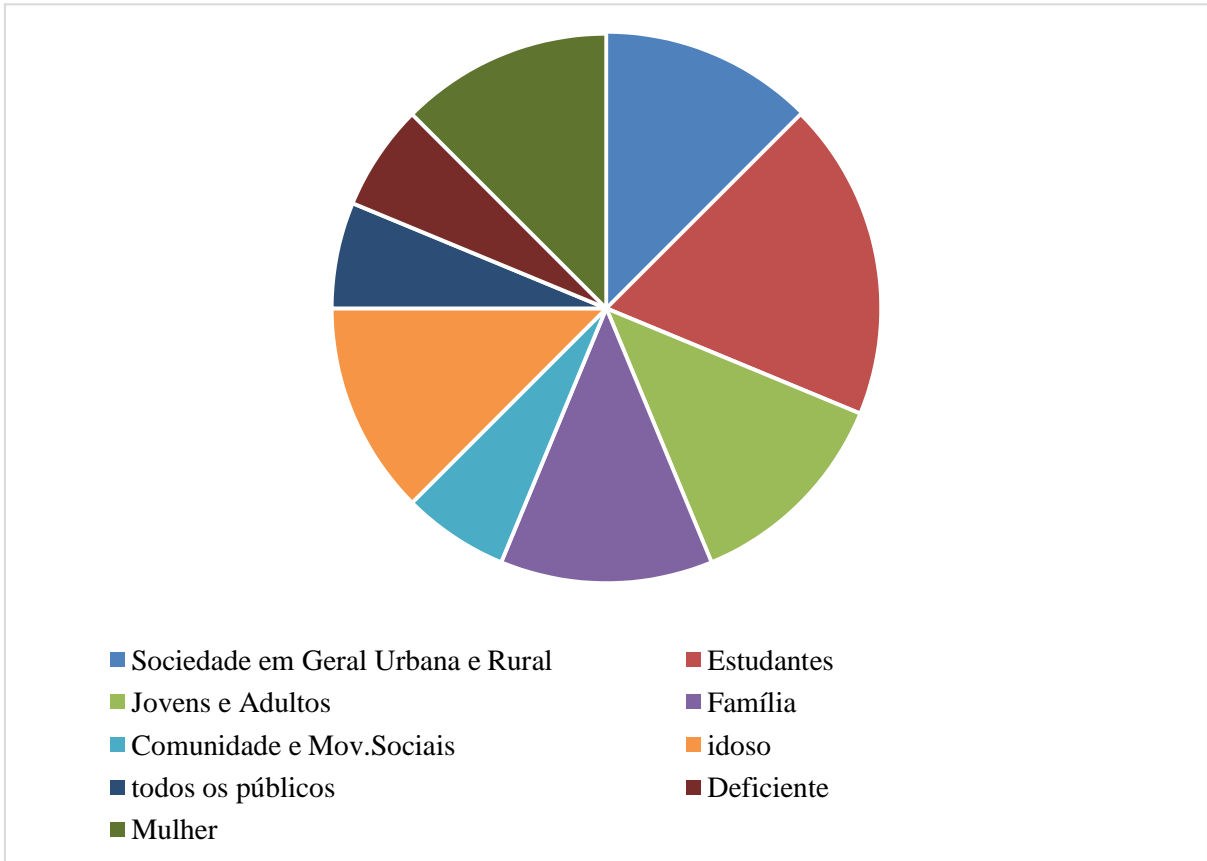


Gráfico 01: Público-Alvo Com Quem Os Entrevistados Atuam

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Quanto ao público-alvo de atuação, os sujeitos revelaram uma variedade o que representa uma amostra bem diversificada quanto ao atendimento e encaminhamento a ser oferecido pelas entidades e movimentos sociais a que estão integrados.

Ao longo do processo de elaboração e aplicação do questionário, bem como na leitura e análise dos dados primários coletados, foram sendo evidenciadas as categorias e os conceitos em torno das perguntas e dos objetivos da pesquisa, os quais serviram de guia para a apresentação e análise desses dados, mediante categorização.

Sobre o instrumento escolhido para esta pesquisa, segundo Gil (1999, p. 128), o questionário pode ser definido “[...] como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

A partir da coleta dos dados, procedeu-se à sua organização em busca da identificação de convergências e discordâncias entre os entrevistados acerca das temáticas inclusas nas questões. Assim, optou-se por trazer as informações colhidas a partir da categorização dos dados em agrupamentos.

3.3.2 Pacto Político: Compreensão E Análise

Nesta seção será apresentada a visão dos entrevistados sobre o pacto político vigente, acerca de seus impactos sobre os movimentos sociais e as entidades sociais e qual a avaliação dos entrevistados sobre a política pública de saúde local e as mudanças observadas no período 2011-2015.

Quando questionados sobre o seu entendimento acerca do pacto político na saúde em Campina Grande, 75% declararam conhecê-lo, enquanto 25% não souberam responder – destes, 3 (três) representam os movimentos sociais/entidades e um (1) faz parte da gestão –.

Dentro dos segmentos que representam os movimentos sociais e as entidades, há diversas visões acerca do que seria o pacto político, as quais vão desde o seu desconhecimento pelos entrevistados (A2, C3, F5), como já expresso anteriormente, a definições pouco consistentes, vagas e até reducionistas nas respostas de alguns dos onze (11) sujeitos que alegaram saber, no sentido de considerá-lo como:

[...] parcerias entre a gestão municipal e outros entes, [...] união da sociedade em defesa de políticas públicas [...]. (Entrevistado C1).

[...] processo de descentralização político-administrativa, [...] instâncias de decisão e participação pactuada integrada [...]. (Entrevistado C2).

[...] acordo entre as forças políticas [para] o delineamento da política de saúde em nível local. (Entrevistado F4).

[...] conjunto de reformas no âmbito municipal no intuito de promover inovações nos instrumentos, visando alcançar qualidade no SUS. (Entrevistado P1).

Neste sentido, apenas a fala do Entrevistado F3 foi condizente com o conceito de pacto político que subjaz esta pesquisa.

[O pacto] faz parte de um processo de **negociação de interesses**, de estabelecimento de responsabilidades e **parcerias** e de definição de metas de prioridades em torno do atendimento às necessidades de saúde da população. Desta forma deve articular **esforços dos entes governamentais** (município,

estado, união), tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS e as reais necessidades e condições de saúde existentes. (Entrevistado F3, grifo nosso).

A definição de pacto político apresentada pelo entrevistado F3 se assemelha à de alguns autores incluídos no referencial teórico desta pesquisa, como a elaborada por Guerreiro e Branco (2011, p. 1689) que acentuam que “[...] a pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação de conflitos intergovernamentais, pautada pela responsabilidade solidária”.

Assim, o trecho citado expressa alguns elementos-chave que comungam com a teoria do pacto social de Guerreiro e Branco (2011, p. 03), quando afirmaram que “[...] os pactos sociais estão atrelados ao pacto político e que pressupõe um acordo prévio entre os setores políticos e sociais para a formulação de uma política adequada”.

Entre os 12 (doze) entrevistados que tentaram definir o pacto político, ainda que com baixa compreensão conceitual, 58% não o viram positivamente, pois compreenderam que ele representa:

[...] fortalecimento do **setor privado** em detrimento do público. (Entrevistado F1, grifo nosso).

[...] **troca de favores** entre gestores públicos e donos de serviços privados de saúde. (Entrevistado F2, grifo nosso).

Nesse sentido, a fala de F2 em relação à *troca de favores* expressou uma característica que interfere na efetividade dos programas e das políticas sociais implementados pelos governos, o que ratifica o pensamento de Fagnani (1997 p. 189), para quem o uso clientelista para fins políticos-eleitorais são as práticas mais comuns como: “o empreguismo, a indicação de profissionais para cargos públicos, a expansão da infra-estrutura [sic] social segundo critérios eleitorais sem base técnica e a oferta assistencialista de bens e serviços”.

[...] é um **eufemismo para caracterizar a imposição dos interesses mercadológicos sobre o público**, no campo da saúde e demais políticas públicas. (Entrevistado A1, grifo nosso).

Entre os representantes das entidades e dos movimentos que visualizaram o pacto no sentido positivo, argumentou-se principalmente que:

Acredito que sejam **metas traçadas** para atendimento das necessidades da população. (Entrevistado H2, grifo nosso).

[...] no intuito de **promover inovações** nos instrumentos visando alcançar qualidade no Sistema Único de Saúde. (Entrevistado P2, grifo nosso).

Em relação às percepções dos gestores públicos (estadual e municipal), apenas o GP1 respondeu a indagação afirmando tratar-se de,

[...] uma pactuação que **assegura a vontade política** no compromisso de melhoria das políticas públicas de saúde para a cidade. (Entrevistado GP1, grifo nosso).

Acerca do *impacto do pacto político* sobre os movimentos e as entidades sociais, A2, C3, F5 e GP2 declararam desconhecê-lo, enquanto os demais (12) reconheceram a existência de seu efeito, mas em dois sentidos diferentes, um positivo (41,6%) em matéria de mobilização e articulação, e outro negativo (58,4%) quanto à fragilidade desses movimentos nos espaços de incidência do pacto político. Ilustram o primeiro caso, os seguintes trechos do discurso de alguns desses sujeitos que consideraram que as decisões do governo municipal decorrentes do pacto político:

[...] têm **mobilizado grande parte das entidades** representativas dos seus diversos segmentos a fim de defender o SUS. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[têm estimulado] que movimentos como o da reforma sanitária **busquem assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado** [...]. (Entrevistado P1, grifo nosso).

Nessa mesma linha de raciocínio, F4 lembrou que o pacto político,

[...] têm **demandado articulação e resistência** por parte dos movimentos sociais. (Entrevistado F4, grifo nosso).

Tais reações, dar-se-iam, segundo o entrevistado F3 porque:

[...] há um processo de **organização e resistência de movimentos sociais** e entidades representativas da sociedade civil que, mesmo com várias fragilidades, tentam assumir um protagonismo no cenário político de discussão acerca da saúde no município com o propósito de mantê-la pública e universal [...]. (Entrevistado F3, grifo nosso).

Como supramencionado, também houve a menção ao viés negativo dos efeitos do pacto político sobre os movimentos e as entidades, como se observa nos seguintes trechos:

[o fato de que as ações desses movimentos e entidades] **ainda não produziram uma onda impactante** para transformar o panorama da saúde. (Entrevistado H2, grifo nosso).

[o desrespeito a] **espaços de elaboração de políticas públicas**, a exemplo do Conselho Municipal e das conferências. (Entrevistado F1, grifo nosso).

Do mesmo modo, para o entrevistado F2, o Conselho Municipal de Saúde,

[...] não é sequer comunicado das decisões tomadas pela administração pública em **favor de setores privados de saúde** no município. (Entrevistado F2, grifo nosso).

O pensamento exposto por F2 corrobora a ideia de que os Conselhos também são concebidos como “[...] espaço de *cooptação da sociedade civil* por parte do poder público. Essa perspectiva não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes”. (MENEZES, 2012, p. 262).

Segundo H1, isso explicaria parcialmente a falta de influência dos movimentos e entidades:

[...] na **tomada de decisões** de forma efetiva e notória. (Entrevistado H1, grifo nosso).

Por sua vez, entre os representantes da gestão, apenas o GP1 avaliou que,

[...] o impacto ainda seja deveras incipiente. (Entrevistado GP1).

Dos 16 (dezesseis) sujeitos entrevistados, 11 (onze) responderam à pergunta sobre a ação dos grupos de interesses envolvidos no pacto político na saúde e a maioria deles (73%) declararam que os grupos agem movidos por interesses particulares em relação ao pacto político. Destaca-se que, dos 8 (oito) sujeitos que assim responderam, 6 (seis) também apontaram que esses grupos agem favoravelmente à privatização.

Com poucas diferenças, os representantes das entidades e dos movimentos sociais observaram mais *retrocessos* do que *avanços* na política pública local para a saúde. No segundo caso, se limitaram a apontar os compromissos técnicos e jurídicos estabelecidos que se restringem ao que está posto em lei, mas na prática não se efetivam. Já no primeiro caso prevaleceu a opinião de que,

[...] a política de saúde pública é controlada por **interesses privatizantes**, inclusive com a cumplicidade do poder público. (Entrevistado A1, grifo nosso).

Neste sentido, elencaram como principais iniciativas qualificadoras de sua opinião:

[...] **priorização dos recursos para a média e alta complexidade** com desvalorização da atenção básica. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[...] **investimento** pesado nas **prestadoras de serviços** ao SUS. (Entrevistado C2, grifo nosso).

[sucateamento de] todas as instituições de saúde da cidade. (Entrevistado C3, grifo nosso).

[o interesse do gestor em que as instituições de saúde pública não funcionem para que as **privadas**] absorvam esta demanda reprimida, fazendo com que os empresários da saúde enriqueçam. (Entrevistado C3, grifo nosso).

Este último sujeito (C3) concluiu que a política de saúde da cidade,

[...] **não está a serviço da população**, mas [...] de grandes grupos que enriquecem com esta situação criada deliberadamente pelo gestor. (Entrevistado C3, grifo nosso).

A fala de C3 parece tratar de uma possível existência de acordos estabelecidos com o objetivo de “[...] legitimar governos, assegurar a governabilidade, e garantir a efetividade das políticas públicas, principalmente das econômicas” (GUERREIRO; BRANCO, 2011, p. 1691).

Para tanto, C3 ilustrou tal afirmação apontando a marcação de exames para um ano depois que os profissionais os requisitam, a extinção da farmácia popular, o desabastecimento das farmácias básicas, a falta de insumos para o trabalho dos profissionais e a falta de médicos nas UBSFs.

Do mesmo modo, a maioria (85,7%) dos 14 (quatorze) representantes dos movimentos e entidades sociais apontou que, direta ou indiretamente, a priorização do setor privado e da *saúde curativa* em detrimento da *preventiva* seria a principal causa da deficiente Atenção Básica no município, como se observa nos trechos a seguir:

[...] A **rede básica** ainda é muito **deficiente**. O **setor privado continua recebendo grandes recursos** que poderiam ser destinados para a saúde pública e a prevenção de doenças. (Entrevistado A2, grifo nosso).

A aplicação dos recursos públicos na **saúde curativa como prioridade é a causa dos problemas crescentes na atenção, básica** provocados pela baixa priorização da saúde preventiva. Os números e as estruturas físicas provam isso. (Entrevistado F1, grifo nosso).

[A política local de saúde está] **centrada na saúde curativa que beneficia estruturas privadas** em detrimento da saúde preventiva que tem custos menores e que poderia evitar o adoecimento das pessoas e, conseqüentemente, a superlotação das estruturas hospitalares públicas e privadas (o que não interessa). (Entrevistado F2, grifo nosso).

[...] presenciei a tentativa da prefeitura em aprovar um **plano de gestão pactuada**, que entregaria a gestão de várias áreas ao **setor privado**. Mesmo com a derrota do projeto na Câmara dos Vereadores, fruto da resistência dos movimentos sociais e populares, o prefeito estabelecia uma **série de parcerias com o setor privado** que subordinavam a política de saúde a **interesses mercadológicos**. (Entrevistado F5, grifo nosso).

Diferentemente, os gestores públicos consultados viram na política de saúde apenas avanços, considerados “significativos”. Assim, segundo GP1,

[...] os **grandes entraves estão no financiamento**, por ser muito dependente dos repasses federais que concentram os recursos [e no fato de que] muito do déficit deve-se a uma tabela SUS altamente defasada. (Entrevistado GP1, grifo nosso).

Já os problemas apontados pelo entrevistado GP2 referiram-se à desordem no processo de descentralização e não necessariamente a um problema da gestão local. Assim, seriam explicados pela,

[...] carga que representam os municípios vizinhos que usam os serviços de saúde pagos pela Terceira Região com sede em Campina Grande. (Entrevistado GP2).

Na opinião dos 14 (quatorze) representantes dos movimentos e das entidades sociais, pouco ou nada tem mudado na política de saúde. As mudanças percebidas tiveram um *viés negativo* que se manifesta, por um lado, na deterioração da Atenção Básica em matéria de recursos humanos e orçamentários e, por outro, num acelerado processo de *mercantilização e precarização* dos serviços públicos de saúde. Isto constitui um traço estrutural de uma política de saúde conservadora instaurada no município, pois segundo Fagnani (2007, p. 183), “a privatização do espaço público é um dos aspectos centrais da estratégia conservadora”. Esse aspecto é identificado nos seguintes fragmentos de discurso:

O que mudou foi o aprofundamento das **estratégias de precarização dos serviços**. Embora o **setor público tenha crescido na atenção básica**, as verbas da alta complexidade continuam nas mãos do **setor privado**. (Entrevistado A2, grifo nosso).

Menos concursos **mais contratados precarizados**, menos médicos, menos capacitação, mais perseguição, **mais gerentes incompetentes**, menos exames marcados, menos vacinas, **aumentou o número de instituições públicas de saúde**, mas todos os recursos humanos foram contratados com **contratos precarizados**. Os projetos que desenvolvíamos foram interrompidos por falta de material. Por exemplo, falta de escovas para as escolas. (Entrevistado C3, grifo nosso).

Nas falas de A2 e C3 se desvela outra característica da estratégia conservadora apontada por Fagnani (1997, p 190) que aponta que a *expansão da cobertura* que se cogita na “[...] expansão da oferta de bens e serviços na totalidade dos setores, refletindo a ampliação da capacidade de intervenção do Estado no campo social, [é] fruto das reformas implementadas de forma autocrática no pós 64”.

Tenho percebido uma **maior fragilidade nos atendimentos na atenção básica**, precarização dos profissionais da saúde, repercutindo negativamente no atendimento aos usuários, sobretudo nos postos de atenção básica. (Entrevistado H1, grifo nosso).

Houve uma mudança na política pública da saúde e também uma **precarização dos profissionais da saúde**, sendo estes em sua grande maioria contratados e uma total ausência de concurso público. (Entrevistado H2, grifo nosso).

Neste período, verifica-se **um avanço da terceirização e da precarização dos serviços de saúde**. Especialmente, da atenção básica. A estratégia saúde da família, que já foi referência nacional, atualmente funciona de forma precária. Sendo frequente a defasagem de profissionais, a ausência de insumos e recursos, a fragilização dos vínculos de corresponsabilidades e de atuação levando em consideração as demandas da população em cada território. (Entrevistado F3, grifo nosso).

O que tem mudado é o **desmonte de ações e programas de sucesso**, levando à queda de indicadores de saúde. (Entrevistado C1).

Um incremento dos serviços e das ações, mas **sem qualificação do acesso, da universalização e da equidade dos atendimentos**. (Entrevistado C2).

Entre essas colocações, chama a atenção o fato de se ter destacado o sucateamento da *Atenção Básica*, a despeito dos investimentos do governo federal recair predominantemente sobre este nível de atenção, a partir da ESF. E também o destaque dado nas falas foi a grande incidência de *precarização* dos serviços locais de forma que esse rumo dado à política de saúde se constitui como um traço conservador também.

Segundo 28,5% dos entrevistados que representam os movimentos e as entidades sociais, as mudanças na política de saúde no município apontam para uma discreta melhora da situação no plano quantitativo, enquanto que 71,5% afirmaram que elas indicam um acentuado deterioro qualitativo. A este respeito, os representantes da gestão indicaram *mudanças positivas* na política de saúde municipal, derivadas da organização do sistema municipal.

[...] **todos os serviços da rede** complementar de assistência (públicos, fundacionais e privados) **passaram a ter contratos/convênios claros** e bem definidos a partir de 2013, como nunca tiveram. (Entrevistado GP1).

[...] a **formação de redes prioritárias** trouxe uma organização para fluxos de atendimentos, respeitando assim as particularidades de cada especialidade, mas continuando a ser integral no quesito saúde como um todo. (Entrevistado GP2).

Diante das falas e dos dados elencados, conclui-se nesta sessão que a maioria dos entrevistados demonstrou uma preocupação com a saúde pública local pelo fato de se fortalecer o setor *mercantil e privado* na saúde, o que destoa da opinião dos representantes da gestão que não apresentaram criticidade quanto aos problemas enfrentados na saúde, o que leva a crer que a condução da gestão tem cariz *conservador*, daí a não visualização dos problemas como de fato são.

Nesse sentido, considera-se um desafio compreender a política social brasileira pela “[...] especificidade da ação estatal em cada um e no conjunto dos setores que a compõe, e considerar as imbricações dessa totalidade com os condicionantes de natureza política e econômica”. (FAGNANI, 1997, p. 184).

Na próxima seção serão analisadas as opiniões dos entrevistados acerca da ofensiva neoliberal, e da ação de grupos de interesse no âmbito da saúde em torno dos programas de privatização que incidem sobre o setor.

3.3.3 Neoliberalismo E Privatização Na Saúde

Dentre os entrevistados, 12 (doze) dos 14 (quatorze) sujeitos que representam os movimentos sociais e as entidades (85,7%) se posicionaram contra a ofensiva neoliberal (dois não souberam do que se trata), argumentando em favor da permanência do Estado no comando das políticas públicas no desempenho de seu papel constitucional de regulador da administração pública e do setor econômico em benefício da população.

Assim, em termos gerais, a visão do projeto neoliberal foi tida como *negativa*, por constituir um retrocesso para a sociedade, e uma estratégia de desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil no que tange às políticas e serviços sociais (Soares, 2012).

Esses sujeitos que se posicionaram contra o neoliberalismo consideram que este:

[prevê a **saída do Estado e o repasse para terceiros**] [...] da oferta de serviços básicos, oferecidos à população, como saúde e educação. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[...] gerará desigualdades sociais, fome, desemprego e violência porque essencialmente **defende o capital em detrimento dos seres humanos e a não participação do Estado na economia**. (Entrevistado C3, grifo nosso).

[...] **aprofunda a exclusão**, pois cobra os tributos e não devolve para a sociedade em forma de políticas públicas adequadas. E, como **favorece a iniciativa privada**, deixa mais acentuada tal situação. (Entrevistado F1, grifo nosso).

[representa a] **retirada de direitos, privatização dos serviços**, estímulo à concentração de poder e exclusão social com reflexos negativos severos nas políticas públicas. (Entrevistado A2, grifo nosso).

Em linhas gerais, os entrevistados entenderam que se trata de um projeto que defende um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, sendo a privatização uma de suas estratégias para estimular a concentração de poder e a exclusão social, o que coincide com o pensamento defendido por Bravo (2009, p. 100) que, ao se referir à política de saúde dos nos 1980, considera que ela “[...] tem sido desconstruída com a hegemonia neoliberal. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise”.

Assim, as respostas foram, em termos gerais, consonantes ao posicionamento defendido ao longo desta pesquisa, dentre os quais aquele associado ao processo de *contrarreforma do Estado*, defendido por Berhing (2013, p. 94) que se refere à contrarreforma, como “[...] um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas, ou seja, trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital”, conforme expresso a seguir por um dos entrevistados:

As políticas neoliberais, que no Brasil ganham espaço a partir da década de 1990 expressam uma necessidade do capital buscar novos campos de valorização. Assim, sem conseguir manter as mesmas taxas de lucro no setor produtivo e diante das crises que expressam a crise estrutural do Capital, procuraram invadir as áreas sociais e **mercantilizar/desnacionalizar direitos sociais** como **saúde**, educação, previdência, dentre outros. É parte deste processo o estrangulamento financeiro do setor público, levando à precarização que cria as **bases materiais e ideológicas para as políticas privatistas**. Ser contra o projeto neoliberal significa resistir à destruição de empregos, direitos sociais e conquistas históricas dos trabalhadores. (Entrevistado F5, grifo nosso).

Entre os representantes da gestão, prevaleceu a visão que se funda na necessidade da parceria público/privado, o que, ao seguir os ditames neoliberais tem sido responsável pela “[...] redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2009, p. 100).

Assim, um dos gestores declarou que [...] não “demoniza” a participação da **iniciativa privada**, mas acredita:

que há que haver delimitação clara que não exima o Estado do seu papel constitucional. (Entrevistado GP1)

Como já foi dito anteriormente, da totalidade da amostra (16 sujeitos), 10 (dez) indivíduos representantes dos movimentos e das entidades e um gestor (GP1), isto é 78,5%, se manifestaram sobre os grupos de interesses envolvidos no pacto político e apontaram que estes agem movidos por interesses pessoais e dentro de uma lógica favorável à privatização dos serviços públicos.

15 (quinze) dos entrevistados apontaram a EBSEH como o primeiro exemplo de privatização, seguida pela terceirização – notadamente as OSs, as FEDPs e as OCIPS –. Os trechos a seguir evidenciam a preocupação dos entrevistados em torno da atuação destas entidades:

[...] a **EBSEH** está administrando os hospitais universitários, enquanto as outras organizações citadas estão espalhadas pelos estados e municípios brasileiros gerindo unidades de saúde pública. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[...] a **mercantilização** atinge mais de 80% dos serviços e das ações. (Entrevistado C2, grifo nosso).

[...] a terceirização já ocorre há algum tempo e a municipalização de serviços privados acontece em Campina Grande rotineiramente. (Entrevistado C2).

Segundo o entrevistado C2, esse processo de terceirização ocorreria a critério dos interesses particulares do gestor municipal, o que é um fato preocupante. Neste sentido, a maioria dos entrevistados (93,75%) compreendeu os projetos ligados à privatização mencionados como:

[...] facetas da **privatização** dos serviços públicos. (Entrevistado A1, grifo nosso).

[...] formas forjadas de **privatização**, que vão minando os serviços e enfraquecendo as políticas públicas. (Entrevistado H1, grifo nosso).

Para o entrevistado F3, representante do Fórum em Defesa do SUS, esses não são os únicos mecanismos de privatização em andamento, apontando como outros exemplos:

[...] a apropriação dos serviços públicos por **instituições privadas**, a exemplo de projetos ou laboratórios de faculdades privadas funcionando

dentro de hospitais municipais de CG como o hospital Pedro I e o hospital Dr. Edglei. (Entrevistado F3, grifo nosso).

As falas dos sujeitos perpassam um discurso preocupante ao se referir aos projetos e programas neoliberais atrelados aos privatistas que a cada dia se intensificam na saúde pública. Assim, há na política de saúde, segundo Fagnani (1997, p.188), uma característica conservadora, com o aceleração do setor privado, o que indica “[...] a fragilização dos mecanismos democráticos de controle e representação social”. Destacada a importância dos mecanismos democráticos, o tópico a seguir tratará do controle social, a partir da perspectiva dos entrevistados.

3.3.4 Controle Social: A Atuação Dos Movimentos Sociais E Da Sociedade Civil

A totalidade dos entrevistados entendeu o controle social como sendo o conjunto de mecanismos de participação efetiva do povo na elaboração das políticas públicas, sugerindo, colaborando e fiscalizando a aplicação do dinheiro público, como destacado nos trechos abaixo:

Entendo que diz respeito ao processo de **participação da sociedade civil sobre os rumos das políticas sociais**, em termos de propor e decidir prioridades e de **fiscalizar** como os recursos públicos são utilizados pelo poder público visando assim colocar o fundo público a serviço da garantia dos direitos sociais dos cidadãos. (Entrevistado F3 grifo nosso).

[É] a capacidade da sociedade civil, através de suas organizações, de **controlar as políticas públicas**, embora isso seja difícil no capitalismo. (Entrevistado A1, grifo nosso).

É a ferramenta que a população tem para **controlar as políticas públicas exercidas pelos gestores** como também participação ativa na formulação das mesmas. (Entrevistado H2, grifo nosso).

[...] [Se trata] **da participação direta da população**, através de arenas de poder local, nas **decisões e acompanhamento** das políticas públicas envolvendo representatividades que colaboram ou se beneficiam dos resultados daquela política. (Entrevistado GP1, grifo nosso).

[...] é uma denominação para o envolvimento do povo juntamente com governo para **elaboração de propostas e participação social de todos**, embora os governos autoritários usem esse controle para controlar o comportamento de uma sociedade. (Entrevistado GP2, grifo nosso).

Estas percepções comungam com o que autores marxistas (BRAVO, 2009; CORREIA, 2012; BRAVO; MENEZES, 2012) entendem por controle social: participação e fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado.

Alguns argumentos corroboram com a abordagem liberal e gramsciana do conceito de sociedade civil, segundo a qual “[...] a sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas” (CORREIA, 2012, p. 297). Assim, o controle social,

[...] parte das políticas de democratização do Estado que acompanham os movimentos sociais desde a década de 1970. Pressupõe um partilhamento do controle das políticas públicas entre **Estado e sociedade civil**. Ou seja, parte de uma constatação de que o Estado é neutro e que por meio da **participação popular** pode-se fazê-lo pender para este lado, diminuindo o peso dos setores patronais. É diferente da bandeira histórica do movimento operário (controle operário coletivo) que denuncia o caráter de classe do Estado e aponta para os **antagonismos inconciliáveis** existentes na sociedade. (Entrevistado F5, grifo nosso).

Nesse sentido, conceber a sociedade civil sem o corte classista, com características “[...] não contraditória, homogênea e articuladora de instituições diferenciadas tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” (DIAS apud CORREIA, 2012, p. 297).

Entretanto, as opiniões tendem a divergir quanto ao grau em que esse controle tem sido atingido e às suas reais perspectivas. Para a maioria (64,2%) dos representantes dos movimentos sociais e as entidades não tem havido controle efetivo,

[devido] à **desmobilização dos movimentos sociais**, às constantes investidas dos gestores contra os trabalhadores, ao atrelamento das entidades aos gestores, **às artimanhas dos gestores para iludir os trabalhadores** [e] ao **desconhecimento, por grande parte da população**, do que seja controle social. (Entrevistado C3, grifo nosso).

[...], pois esse poder a **população não tem conseguido exercer** visto tantas manobras que dificultam as informações circularem e despolitização muito grande das questões condizentes aos bens públicos. (Entrevistado H1, grifo nosso).

[...] os **conselhos** locais de saúde são **frágeis**, quando não **inexistentes**. (Entrevistado H2, grifo nosso).

Para outros os 35,8% restantes,

[o controle social] ainda não alcançou sua plenitude, talvez por **desmobilização e baixo nível cultural da nossa população**. (Entrevistado C, grifo nosso).

[...] pela persistência da gestão pública em dificultar o respeito aos princípios contidos na lei, faltando a transparência necessária. (Entrevistado F1, grifo nosso).

O entrevistado F3 ilustra essa fragilidade do controle social, tomando como referência os espaços constituídos como:

[...] os **conselhos e conferências**, pois há todo um investimento do poder público em **burocratizar a representação dos interesses** e de **deslegitimar as decisões tomadas** nestes espaços quando elas vão para a efetivação cotidiana da política de saúde. (Entrevistado F3).

De acordo com os representantes da gestão pública Municipal e Estadual, o controle social estaria mais fragilizado em decorrência da baixa mobilização da população que da forma como os serviços são organizados e geridos localmente, com características de municipalização e autoritarismo.

[...] já **há controle social em políticas públicas relevantes, como saúde pública e educação**, mas ainda falta mobilização social para esta participação. (Entrevistado GP1, grifo nosso).

[...] **sem envolvimento do povo** ele não se consolida. (Entrevistado GP2, grifo nosso).

Destaca-se que “o controle social pode ser resultante da articulação e negociação dos interesses fracionários e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade” (CENTRAC, 2014, p. 02).

A seguir na Tabela 13 será demonstrado o entendimento dos entrevistados sobre as entidades e os movimentos sociais considerados mais atuantes no âmbito da saúde local.

TABELA 13 – MOVIMENTOS SOCIAIS E ENTIDADES EM DESTAQUE NA ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE MUNICIPAL

Ranking relativo aos movimentos sociais / às entidades em destaque no município
1º – Conselho Municipal de Saúde (CMS)
2º – Fórum em Defesa do SUS – CG
3º – Centro de Ação Cultural (CENTRAC)
4º – Sindicato dos Trabalhadores (SINTAB)
5º – Associação de bairros
6º – Conselhos Comunitários
7º – Sindicatos de servidores e estabelecimentos na saúde
8º – Terceira Gerência Regional de Saúde
9º – Centro de Reabilitação (CER) IV
10º – Organizações Não-Governamentais
11º – Diretório Central dos Estudantes (DCE)
12º – Centro de Ciências Sociais (CACS)

Fonte: Dados primários (Campina Grande, 2017).

Quanto à atuação dos movimentos sociais e das entidades no âmbito da saúde em Campina Grande, os entrevistados reconheceram a importância da atuação de algumas entidades, com destaque para o Conselho Municipal da Saúde e o Fórum em Defesa do SUS, seguidos pelo CENTRAC e SINTAB, e consideraram que, em maior ou menor medida, essas instâncias:

[...] têm **acompanhado a política de saúde**, reivindicando e atuando em defesa do SUS. (Entrevistado C2, grifo nosso).

[...] discutem as questões da saúde, **enfrentam gestores** e lutam pela melhoria da saúde. (Entrevistado C3, grifo nosso).

Especificamente em relação ao Fórum, destacaram que ele,

[...] mantém sua **autonomia** perante os gestores de plantão. (Entrevistado A1, grifo nosso).

[...] luta **contra a privatização**. (Entrevistado F1, grifo nosso).

[...] teve forte e determinante atuação na **luta pela revogação da lei de gestão pactuada** e lançada pelo governo municipal em 2013, e que pretendia repassar a gestão da saúde para entidades privadas. (Entrevistado F2, grifo nosso).

Por sua vez, os entrevistados que integram o Fórum reconheceram os avanços de outras entidades como, por exemplo, a importância do Conselho na luta contra a privatização, apesar dos impasses oriundos da *correlação de forças contraditórias* que o compõem, assim “[...] a luta no terreno do Estado – espaço contraditório, *mas com hegemonia do capital* requer clareza sobre as múltiplas determinações que integram o processo de definição das políticas sociais, o que pressupõe a qualificação teórica, ético-política”. (BEHRING, 2009, p. 36) o que representa um desafio para sua atuação, cabendo-lhe,

[...] **dialogar com a sociedade** através da realização de alguns momentos de debate [...] e encaminhamento a favor da defesa do SUS. (Entrevistado F3, grifo nosso).

[...] apesar dos **conflitos internos**, pois a composição com segmentos com interesses contrários dificulta a ação. (Entrevistado F1, grifo nosso).

Quanto ao CENTRAC, um dos representantes do Fórum menciona seu papel,

[...] na análise da dimensão financeira da política local, na formação de sujeitos quanto a esta temática, bem como por sua **participação em várias lutas sociais** existentes no município. (Entrevistado F4, grifo nosso).

A atuação de outras entidades, como a Sociedade Amigos dos bairros (SABs) e a SEMAS, também foi citada por dois entrevistados, pois, no primeiro caso,

[...] possuem certa influência sobre a sociedade porque reúnem uma parcela da comunidade que pode **cobrar ações junto aos governantes**. (Entrevistado H2, grifo nosso).

Já o papel da SEMAS é importante:

[...], pois hoje a assistente social está atuante na questão do cuidado e orientação do paciente. (Entrevistado P2).

Entre os representantes da gestão, GP1 citou as associações de bairros, os conselhos comunitários, os sindicatos de servidores e de estabelecimentos de saúde e algumas organizações não governamentais, e o GP2 apontou a Terceira Gerência Regional de Saúde, o Conselho Municipal e o CER IV.

Para que se efetive uma política de saúde pública no Brasil e em âmbito local, os representantes das entidades e dos movimentos sociais apontaram como principais premissas

a) a conscientização cidadã, b) a organização e mobilização popular, c) a formação de quadros [presumivelmente políticos], como se observa nos trechos que se apresentam a seguir:

Precisa [a sociedade] conhecer quais são seus direitos de cidadania, **entender que não deve trabalhar para comprar saúde e outros direitos** visto que o estado deve assegurá-los gratuitamente. Mas no atual contexto é preciso também saber que direitos estão sendo suprimidos. Essa é uma tarefa urgente, pois o desmonte já chegou. (Entrevistado F2, grifo nosso).

Precisa [a sociedade] de **organização política** e enfrentamento nos mais diversos espaços de discussão e negociação para fazer valer o direito universal à saúde. (Entrevistado F3, grifo nosso).

[...] continua sendo imprescindível que os defensores da Reforma Sanitária **invistamos na educação popular em saúde**, visando à criação/ampliação da consciência sanitária. (Entrevistado F4, grifo nosso).

[A sociedade] deve cada vez mais **se mobilizar e atuar articuladamente**, pois os interesses dos grupos privatizantes assim o fazem. (Entrevistado A1, grifo nosso).

Os movimentos sociais e entidades políticas organizadas necessitam investir na formação de quadros para a atuação na sociedade para **estimular e organizar agrupamentos opositores e indivíduos na defesa do SUS**, dos direitos a saúde pública e do empoderamento da população usuária para assim garantir um pleno funcionamento e controle social deste serviço. (Entrevistado A2, grifo nosso).

Deste modo, os entrevistados acreditam que a sociedade civil deve,

[...] exercer o seu **direito de cidadão**, de forma plena, ocupando os espaços que temos e que foram conquistados por nós, a começar pelo exercício de votar, pois sem políticos sérios, não teremos políticas sérias (Entrevistado C1, grifo nosso).

Acerca da fala supracitada, considera-se cidadania como um “[...] princípio de justiça que possui uma função normativa na organização do sistema político” (FLEURY; OUVREY, 2008, p. 03),

[...] 1) usar **o voto consciente**; 2) participar das instâncias de discussão e decisão e 3) empoderar-se de conhecimentos específicos. (Entrevistado C2, grifo nosso).

[...] **entender o que é Política Pública** e para que serve, [...] saber o que é um gestor e a quem ele deve servir [porque] depois que isso se concretizar, então o povo vai saber como e a quem cobrar. (Entrevistado C3, grifo nosso).

Dessa forma, para C3 esse é o direcionamento necessário para se estabelecer um pacto político democrático e de controle das políticas públicas governamentais, de modo a produzir

uma visão entre aqueles que estão dispostos a aceitar uma transformação no âmbito do “[...] fortalecimento das instituições representativas que possa mediar com mais eficácia as relações entre Estado e Sociedade” (A Transição, 1998, p. 108).

[participar] **nos conselhos locais, distritais e municipais**, levando demandas para as conferências de saúde [além de] **estimular e desenvolver participação em fóruns em defesa da saúde** de qualidade, além de atividades nas unidades de saúde (um trabalho com as bases mesmo). (Entrevistado H1, grifo nosso).

Constataram-se convergências nas percepções dos entrevistados GP1 e C1 e C2 no que tange ao exercício do voto, quando, ao defenderem a participação popular no controle social, também admitiram a presença político-partidária, desde que esta “não seja predominante”.

O próximo item versará sobre as possibilidades dos movimentos sociais na luta em defesa do SUS e da saúde pública.

3.3.5 Possibilidades E Limites Dos Movimentos Sociais Na Política De Saúde Local

Partindo-se do pressuposto da importância dos movimentos sociais no pacto político, esta última seção será dedicada aos papéis desempenhados pelos movimentos sociais e pelas entidades de defesa da saúde pública, voltando-se mais precisamente para a abordagem das opiniões dos entrevistados sobre as *possibilidades e os desafios postos a esses movimentos*, bem como *as estratégias de luta* que deveriam aplicar e as novas exigências e demandas que eles visualizam.

Os representantes dos movimentos e das entidades foram unânimes em apontar como desafios o enfrentamento da desarticulação / desorganização e inércia da comunidade, e até mesmo e os intentos de criminalização desses movimentos, conforme verificado nas falas abaixo:

[...], pois observamos que os grupos são pequenos, geralmente **formados pelas mesmas pessoas**. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[...] há uma grande descrença e apatia que envolve a grande maioria das pessoas, visto o grande desmonte. (Entrevistado H1).

E, a partir do cenário identificado, reconhecem a necessária importância da participação da sociedade civil para os movimentos sociais tenha, de fato, credibilidade e sejam representativos das demandas da coletividade, já que,

[...] os movimentos sociais só têm força quando a população está envolvida em busca de um objetivo comum. (Entrevistado H2).

Entre os representantes do Fórum em Defesa do SUS, foi unânime a compreensão do desafio que a luta pela defesa do SUS representa. Abaixo um trecho de fala que elenca o descontentamento e o distanciamento entre as propostas da atual gestão e as prerrogativas do SUS e da saúde pública, remetendo à forma como os serviços de saúde são geridos e implantados no município no sentido de compatibilidade com as orientações nacionais voltadas ao desmonte dos direitos sociais.

[...] a gestão local é integrante do setor golpista em nível nacional que objetiva o desmanche das políticas públicas constantes para acabar com o SUS. (Entrevistado F1).

Em relação aos representantes da gestão, apenas o GP1 se manifestou, apontando para a necessidade de mobilização da sociedade, mas “de forma dissociada da política partidária” que, segundo ele, “[...] macula a ação de diversos movimentos ditos sociais, mas que se revelam partidários”, essa visão também é reforçada quando questionado sobre as estratégias de enfrentamento no contexto de crise e privatizações.

Entre as *principais estratégias de enfrentamento ao contexto de crise e privatizações na política de saúde* que os movimentos sociais e as entidades deveriam desenvolver, os entrevistados mencionaram: a) a formação política da população; b) a promoção de ações conjuntas, c) as manifestações de rua, como se observa nos trechos a seguir:

Acho que a principal estratégia tem sido o **movimento de rua**, as manifestações em praças e outros espaços públicos as passeatas que tem dado visibilidade às denúncias e reivindicações. (Entrevistado F3).

[...] a pressão constante à gestão, com movimentos pacíficos, porem firmes e com capacidade para conseguir a adesão de outros segmentos. (Entrevistado C1).

[...] participação das **audiências do Legislativo**, manifestações públicas. (Entrevistado C2, grifo nosso).

[...] os movimentos sociais têm que **promover cursos de formação política com a população** e fazê-los entender a questão para poder lutar contra. (Entrevistado C3, grifo nosso).

Para mim, a mobilização e organização popular são fundamentais para **resistir ao desmonte do Estado de Direito** que minimamente vinha sendo construído no Brasil. (Entrevistado F4, grifo nosso).

Entendo que as estratégias poderiam ser **atividades continuadas nos espaços coletivos**, utilização da mídia escrita e falada, mobilização

sistemática, envolvimento dos profissionais de forma mais efetiva, comprometida e politizada com as questões que refletem na classe trabalhadora. (Entrevistado H1, grifo nosso).

A compreensão dos vários setores populares, da necessidade da união para que a estratégia de enfrentamento aos ataques característicos da ofensiva neoliberal. (Entrevistado F1).

[...] a primeira estratégia deveria ser: mobilizar a sociedade, mostrando-se desassociada da política partidária e realmente defensora das políticas públicas e de sua eficácia e eficiência. (Entrevistado GP1).

Todavia, a despeito de sua importância, a maioria dos entrevistados (81,25%) não considerou que tais estratégias estão sendo empreendidas pelas entidades e os movimentos sociais, o que seria explicado pela dificuldade de mobilização já sinalizada anteriormente, pois:

[...] as **entidades apenas se reúnem quando ocorre um fato marcante**, não, havendo um trabalho constante que mantenha a sociedade mobilizada. (Entrevistado C1, grifo nosso).

[...] **sempre são as mesmas pessoas** que lutam. (Entrevistado C3, grifo nosso).

[...] vivemos em Campina Grande uma **contratação de profissionais sem concurso público**. (Entrevistado H2, grifo nosso).

[há] divisionismo no interior da esquerda. (Entrevistado F4).

Entre os representantes da gestão, o GP1 não avaliou positivamente a efetivação das estratégias antes mencionadas, questionando a credibilidade das lideranças dos movimentos, justificada/ratificada pelo partidarismo que apontou em outros momentos.

[...] há um escamoteamento de interesses meramente políticos entre as lideranças dos movimentos mais conhecidos. (Entrevistado GP1).

Como novas demandas e exigências postas às entidades e aos movimentos sociais, os entrevistados apontaram que além de lutar pela manutenção e aquisição de direitos, é preciso lutar:

[...] pela extinção de abusos que são feitos com o dinheiro público (Entrevistado C1).

[...] contra a desarticulação dos movimentos/entidades e [a] perseguição político-partidária. (Entrevistado C2).

[...] [contra a] extinção de todos os projetos de saúde implantados pelo governo anterior [presumivelmente o de Dilma Rousseff]. (Entrevistado C3).

Outros entrevistados fizeram referência à necessidade de se superar a fragmentação das entidades e movimentos na luta (A1), de avaliar e planejar constantemente as estratégias para lutar no novo contexto nacional (F1 e F2) e de estender a participação dos movimentos e das entidades às questões de política econômica, fugindo do estereótipo de ficar apenas na área de saúde, educação e assistência social (GP1).

Da análise das assertivas apontadas pelos entrevistados, se desenha um quadro da saúde pública municipal em que o pacto político aparece como um instrumento paulatina e progressivamente ocupado por representantes de interesses privados com a conivência de gestores públicos, dentro de uma conjuntura nacional favorecida pelo avanço do neoliberalismo.

Nessa conjuntura, os movimentos e as entidades sociais locais têm apresentado resistências aos diversos mecanismos de privatização e têm desenvolvido ações em defesa do SUS. Entretanto, no discurso dos entrevistados percebeu-se descrença quanto à capacidade de sucesso dessas resistências, mesmo quando pontualmente houve resultados concretos como a revogação da lei municipal que pretendia colocar serviços públicos nas mãos de organizações sociais. A razão para tanto seria a fragilidade dos movimentos e das entidades sociais na sua interlocução com os demais atores que têm relação com a materialização do pacto político na execução da política de saúde municipal.

Mesmo se reconhecendo as condições de luta desigual, os discursos dos entrevistados assinalaram para a necessidade de continuar defendendo a saúde pública local, particularmente a atenção básica e a prevenção, através de estratégias que garantam a organização e mobilização da sociedade em prol de um controle social efetivo da execução da política de saúde do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se voltou para a análise dos pactos políticos que se consubstanciam na organização da política de saúde e buscou analisar qual a sua configuração no período entre 2011 e 2015 no município de Campina Grande-PB.

Os resultados mostraram que o panorama da política de saúde local de 2011 a 2015 caracterizou-se pelo aumento dos estabelecimentos privados, pela precariedade dos serviços prestados à população dependente do SUS e pela priorização da saúde curativa em detrimento da preventiva, evidenciando um cariz mercantilizador e meritocrático intensificado desde o período ditatorial, com prejuízo dos direitos sociais estabelecidos na CF/1988.

Os dados analisados apontaram para uma visão preponderantemente negativa acerca da materialização do pacto político, marcado pela troca de interesses, pelo avanço do mercado e fortalecimento da defesa dos interesses do setor privado, pelo partidarismo e pela pouca margem destinada ao exercício do controle social.

Em relação especificamente ao impacto do pacto político sobre a política de saúde, uma parte dos entrevistados (41,6%) acreditou que ele gerou efeitos positivos no sentido de que os movimentos sociais têm se mobilizado e resistido mesmo diante das fragilidades no contexto atual. Para outra parte dos entrevistados (58,4%), ele produziu efeitos negativos no sentido de não conseguir gerar uma transformação importante na área da saúde.

De acordo com os representantes dos movimentos sociais e das entidades, a política de saúde local é perpassada por interesses privatistas e configura-se com mais retrocessos do que avanços, principalmente no que diz respeito à falta de interesse dos gestores em investirem em saúde pública e pela priorização dos interesses particulares em serviços privados. As mudanças percebidas na política de saúde por esses entrevistados apresentaram um viés negativo, materializado em projetos e programas de política de saúde com vertente neoliberal, o que se contrapôs à opinião dos representantes da gestão (municipal e estadual) que se fixaram em aspectos quantitativos, abordados como positivos.

Revelaram-se convergências no entendimento por parte dos representantes das entidades, dos movimentos sociais e da gestão sobre a definição de controle social, tido como um mecanismo de reivindicação atrelado à participação direta da população às políticas públicas, embora ainda existam lacunas relativas à efetiva organização e mobilização popular e ao exercício do voto consciente. Os representantes dos movimentos e das entidades foram unânimes em apontar como desafios próprios os de enfrentar a desorganização e a inércia da

comunidade e a criminalização desses movimentos, cujas estratégias deveriam ser a formação política, a promoção de ações conjuntas e as manifestações de rua, mas essas estratégias, em sua maioria, não vêm sendo empreendidas pelos movimentos sociais.

As falas dos entrevistados confirmaram a hipótese da pesquisa de que a política de saúde local foi impactada negativamente pelo pacto político por este representar, na sua execução, um instrumento em favor da presença crescente do setor privado no setor de saúde, através de diversos mecanismos como a terceirização e a municipalização.

Esse impacto se dá dentro de uma conjuntura neoliberal nacional que favorece a ocupação de espaços de serviços públicos pelo setor privado, sob o pretexto da pretensa eficiência desse setor, se comparado com o estatal. Nesse contexto, a relação dos movimentos e das entidades sociais com o pacto político tem sido de embate, à procura de uma interlocução efetiva com os demais atores que operam na área da saúde municipal e de participação no processo de tomada de decisões. Entretanto, a fragilidade dos movimentos e das entidades, caracterizada por deficiências de organização, mobilização e articulação parecem responder pela pouca influência desses movimentos e dessas entidades na materialização do pacto político. Uma prova disso é o balanço majoritário de retrocessos na política pública no período 2011-2015 que se observou no discurso dos entrevistados.

Dito isto, é necessário que se formulem proposições realistas e não apenas ideais no momento atual em que se encontra a política de saúde, é preciso que os setores historicamente envolvidos na defesa do SUS repensem estratégias e formulem ações para fortalecer a luta contra a privatização da saúde, para driblarem a crise na saúde pública.

Ademais, como o conhecimento da realidade é sempre aproximativo, devido a sua dinamicidade, os resultados sugerem a realização de outros estudos relativos ao pacto político. Por exemplo, seria recomendável investigar: (i) as estratégias mais efetivas para garantir um controle social real na execução da política de saúde local, (ii) maneiras de sensibilizar os diferentes atores sociais sobre a conveniência de privilegiar ações voltadas para a saúde preventiva e (iii) as repercussões, em médio e longo prazos, da atuação do setor privado na execução da política local de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. *Discurso do presidente da Abrasco no 2º Congresso de Política, planejamento e Gestão em Saúde*, 2013. Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1542>. Acesso em: 24 set. 2017.
- _____. Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira. *Bol. ABRASCO*, n. 79, out-dez. 2000.
- AGUIAR, Z. N. *SUS: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2015.
- ANDRADE, G. R. S.; JUSTINO, F. J. M.; SILVA, A. X. *Sujeitos Políticos e Reforma Sanitária na Paraíba*. Relatório de Pesquisa do PIBIC 2013/2014, UEPB, 2014. In: XXI Encontro de Iniciação Científica da UEPB, 2014, Campina Grande. Anais “Pesquisa e sociedade: interações e desafios”. Campina Grande: UEPB, p. 343. Disponível em: <<http://congresso.uepb.edu.br/pibic/anais/>>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- ANDRADE, R. C. Pacto democrático, Negociação e Autoridade. Reflexões sobre a questão da democracia. *Lua Nova*, São Paulo, n.14, p. 1-10, jun. 1988.
- ANDREAZZI, M. F. S. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas sociais contra a Privatização*. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.
- AROUCA, A.S. In: SUS: Revendo a trajetória, Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. Tema Radis, 20, fev. 2001, p.3-8.
- ARGENTA, Solange. *Raízes da Fome*. In: Revista RADIS Comunicação e Saúde, n 158, p.30-32, 01/ 11/ 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis158web_0.pdf>. Acesso: 20/08/2017.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Município Campina Grande. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campina-grande_pb#idh> Acesso: 10 ago. 2017.
- A TRANSIÇÃO política: necessidades e limites da negociação. Relatório final. **Lua Nova**, São Paulo, n. 14, p. 100-110,1988.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.. *Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise*. Revista Ciência Saúde Coletiva (online), v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012.
- BARRETO, M. I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: PEREIRA, L. C. B.; GRAU, N. C. (Org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 107-150.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BENVENUTI, P. *Crescimento de planos privados prejudica saúde pública*. Brasil de Fato, 2012. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/node/10183/>>. Acesso: 23/09/ 2017.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. *Decreto Lei nº 8.080/90*, Brasília, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Seção 1. Pág. 18055. Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso: 05/09/2016.

_____. *Decreto Lei 8.142*, Brasília, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Pág. 2569. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 05/09/2016

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). *Norma Operacional Básica SUS 1/ 91*. Resolução 273/91. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de julho de 1991. Seção 14, p.216-9.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <[https:// siops.datasus.gov.br / NOB% 2096, pdf](https://siops.datasus.gov.br/NOB%2096.pdf)>. Acesso: 20/06/2017.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - 01/1993*. Portaria n. 545. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de maio de 1993. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html >. Acesso: 14/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS - 01/1996*. Portaria n. 2.203. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de novembro de 1996. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html >. Acesso: 12/08/2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 545*, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de maio de 1993. Seção 6, p.961-524.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Informe de Atenção Básica*. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. Ano V, mar./ab. 2004. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo21.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos – Vol. 2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portal Brasil. Saúde. *País investe em prevenção a doenças da terceira idade*. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pais-investe-em-prevencao-a-doencas-da-terceira-idade>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.p. 88-110

_____. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. *Participação social e controle social na saúde: a criação dos Conselhos de Gestão Participativa no Rio de Janeiro*. In: *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 273-291.

BRAVO. M.I.S.; MARQUES, M.G. Saúde e luta Sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012. P.191-221.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Diretoria de Planejamento e Regulação. Campina Grande, 2010.

CAMPOS, C. *Geraldo Horácio de Paula Souza: A atuação de um higienista na cidade de São Paulo. 1925-1945*. Revista História & Ensino, Londrina, v. 6, p. 179-186, out. 2000.

CARVALHO, G. *Fundações públicas estatais administradas sob direito privado: entre a desinformação e má-fé*. Disponível em:< <http://conquistanews.com.br/2011/08/19/fundacoes-publicas-estatais-administradas-sob-direito-privado/>>. Acesso: 14/07/2016

CARDOSO. R. O. *O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Cadernos de saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores as lutas sociais contra a privatização*, Rio de Janeiro, 2014, p. p.46-52. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU/edit>> Acesso em 23/02/2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *A questão democrática na área de saúde*. Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf>. Acesso: 12/08/2016.

_____. *A questão democrática na área de saúde*. Saúde Debate, n. 9, p.11-13, jan.- mar.1980.

CENTRAC. *Boletim informativo sobre a Saúde Pública do Município de Campina Grande*. Saúde já! Edição completa, ano I, n. 1, Novembro de 2013. Disponível em:< centrac.org.br/download/saude-ja-2013-1a-edicao/>. Acesso: 14/07/2015.

CENTRAC. *Boletim informativo sobre a Saúde Pública do Município de Campina Grande*. Saúde já! Edição completa, ano II, n. 2, Maio de 2014. Disponível em: <http://www.josuedecastro.org.br/jc/jc.html>>. Acesso: 03/10/2016.

CENTRO JOSUÉ DE CASTRO. Disponível em: <http://www.josuedecastro.org.br/jc/jc.html>> . Acesso: 03/10/2016.

CFESS. *CFESS Manifesta*. Dia Mundial da Saúde. Nosso plano é a saúde pública estatal e universal. Brasília DF, 2017. Disponível em <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2017-CfessManifesta-DiaMundialdaSaude.pdf>>. Acesso: 15/07/2017.

CISCATI, R. *O que a PEC 241 muda na Saúde?* Época. 2016. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2016/10/o-que-pec-241-muda-na-saude.html>>. Acesso em: 21 set. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília. Anais Situação Sanitária da População Brasileira. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8ª. Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 6ª. Campina Grande, 2011- Campina Grande: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2011.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 7ª Campina Grande, 2015. Campina Grande: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2015.

CORREIA, M. V. C. *Sociedade civil e controle social: Desafios para o Serviço Social*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.p.293-306.

_____. *A privatização da saúde na atualidade*. In: XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2012. Anais do XIII ENPESS. Juiz de Fora: ABEPSS, 2012a.

_____. *Desafios Do controle social na atualidade*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109. p. 126-150, jan./mar, 2012b.

_____. *EBSERH: Lutas e Resistência à lógica mercantil nas Universidades*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Cadernos de saúde: A saúde nos governos do Partido dos*

Trabalhadores as lutas sociais contra a privatização, Rio de Janeiro, 2014, p. 46-52.

Disponível

em <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU/edit>> Acesso em 23/02/2017.

CORREIA, M. V. C.; OMENA, V. C. *A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar*. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2013. Anais da VI JIPP - O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. São Luís Maranhão: UFMA, 2013.

COSTA, A.M.A *Mercantilização da Saúde e seus Riscos*. In: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/07/a-mercantilizacao-da-saude-e-seus-riscos/Acesso> em: 10/08/2017

COUTINHO, C. N. *Gramsci*. Um estudo sobre seu pensamento político. Nova edição ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonias. In: In TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

DATAPEDIA.INFO. *Atlas Brasil 2013 – Censo 2010*. Disponível em: <datapedia.info/public/cidade/2202/pb/campina-?b=1#expectativa>. Acesso: 15/09/2017.

DUARTE, C. M. R. *Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?* Revista Ciência & Saúde Coletiva (online), Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

EBSERH. Contrato que entre si celebram a universidades federais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2013. Disponível em: < http://portal.ufes.br/sites/default/files/anexo/Contrato_Ufes_Ebserh.pdf>. Acesso: 13/08/2016.

ESTATUTO SOCIAL DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Niterói/ RJ, 29 de agosto de 2009. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/ESTATUTO-DO-CEBES.pdf>> Acesso: 10/08/2017.

FAGNANI, E. *Política social e Pactos conservadores no Brasil*. Revista Economia e Sociedade, Campinas, n. 8, p. 183-238, jun, 1997.

FARIA, M. A. M.; JANETE, A. D. (Org.). *Saúde e Movimentos Sociais O SUS no contexto da revisão constitucional de 1993*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1995.

FERNANDES, A.; MAIA, C. L.. *Dos atores e dos Cenários: Municipalização da Saúde em Campina Grande (PB)*. Campina Grande: EDUEPB, 2004.

FERREIRA, J. *João Goulart: uma biografia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE. O que é o Fórum. 2012.

FLEURY. S. OUVENEY. A. M. Política de Saúde uma política Social. In: Política de Saúde p. 1-42, 2008

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. Conferência Nacional de Saúde, 3ª, 1963. Anais... Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: julho de 2017.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Em Defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade. 2011.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In.: TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1995.

GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, A. C. *Como elaborar Projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES. A Institucionalidade da Contrarreforma no SUS e de seus modelos privados de Gestão. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas sociais contra a Privatização*. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

GONÇALVES, M. M. L. A inserção do serviço social na Estratégia de saúde da família. *Ágora: Revista de Divulgação Científica, Mafra*, v. 18, n. 1, p.117-194, 2011.

GOVERNO DA PARAÍBA. 3ª Gerência Regional de Saúde – Campina Grande. **Setores**. Disponível em: <<http://3gerencia.blogspot.com.br>>. Acesso em: 20 set. 2017.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere: os intelectuais, os princípios educativos, jornalismo*. (Trad. Carlos Nelson Coutinho). v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. *Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.1689-1698, jan/mar, 2011.

IBGE. *Dados Campina Grande*. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pb/campinagrande/panorama>. 2017>. Acesso em: julho, 2017.

JÚNIOR, F.B. *Políticas de saúde no Sistema Único de Saúde*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Cadernos de saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores as lutas sociais contra a privatização*, Rio de Janeiro, 2014, p. 20-23. Disponível em <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU/edit>. Acesso em 23/02/2017.

JUSTINO, F. J. M. *O processo de privatização da saúde e o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande-Pb*. 2014. 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

KLIASS, Paulo. *Mercantilização na saúde e no ensino superior*. In: Carta maior, 2013.

KRUGER, T. R. *Os fundamentos ideo-políticos das conferências nacionais de saúde*. 2005. F.291.Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

LIMA, J. C. F. O Banco mundial, a organização mundial de saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015.

MACHADO, K. *Secretários discutem gestão do SUS*. Revista Radis, Rio de Janeiro, n. 01, p. 15-17, agos., 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/01/reportagens/secretarios-discutem-gestao-do-sus>>. Acesso em: 21/09/ 2017.

MARQUES, R. M. *Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v.16, n.3, p. 35-51, set/dez, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. *O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, mai/jun, 2009.

MARSIGLIA, R.M.G. Orientações Básicas para a pesquisa. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. In.: MOTA, A. E. [et al]. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MENICUCCI, T. A implantação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRECHT, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001

MENEZES de. J.S.B.O *Conselho Nacional de Saúde na atualidade*. Reflexões sobre os limites e desafios. In: In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.p.253-271

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC Editora, 1994.

_____. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, A. *Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira*. Revista Tema (online), n. 20, p. 3-8, fev. 2001. Disponível em:< <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=fiotempro&pagfis=1627>>. Acesso: 10/12/2015.

NETTO, J. P. *A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano 25, n.79, p. 2-43, set. 2004.

NUNES, A. A., et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, V. 36, n. 1, Supl. p. 27-32, Jan/Mar, 2012.

OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In.: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, L. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008

PAIVA, C. H. A. A saúde pública em tempos de burocratização: as trajetórias de Samuel pessoa e Noel Nutels como estudos de caso (1930-1960). In: XI Congresso Brasileiro de Sociologia. 2003. Anais do XI CBS. Campinas: UNICAMP, p.31, 2003.

PARTIDO OPERÁRIO REVOLUCIONÁRIO. *A mercantilização e desnacionalização da saúde no Brasil*. 2015. Disponível em: <<http://cpe-por.blogspot.com.br/2015/03/adquirir-o-folheto-mercantilizacao-e.html>>. Acesso: 20/06/2015.

_____. CORRENTE PROLETÁRIA ESTUDANTIL. *Nota de repúdio a política privatista do governo federal*. Jornal do Fórum em Defesa do SUS-CG n.1. Campina Grande, abril de 2014 a.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. *Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor*. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a09.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2017.

PINTO, L. *SMS informatiza marcação de consultas e exames em CG*. Disponível em: <<http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20170912141044>>. Acesso: 04/07/2017.

PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. *Carta aberta da Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde*. Brasília, 7 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Carta_da_Plenaria_Nacional_de_Conselhos_de_Saude.pdf>. Acesso: 18/07/2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. *Lei nº 5.277 de 19 de abril de 2013*. Institui o Programa Gestão Pactuada e dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e dá outras providências. *Semanário Oficial*, Campina Grande, PB, 19 de abril de 2013.

PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA. *Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 4.895/2013*. Brasília/DF. Disponível: <www.stf.jus.br>. Acesso: 20/08/2015.

RADIS COMUNICAÇÃO E SAÚDE. *Raízes da fome*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revistaradis/158/reportagens/raizes-da-fome>>. Acesso: 12/10/2016.

_____. *E a saúde, senhor candidato a presidente, como vai?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/1/comunicacao_e_saude/>. Acesso: 04/09/2016.

_____. *Súmula*. Rio de Janeiro, n. 98, p. 5-7, out. 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_98.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

RIBEIRO, M. A. R. *História sem fim...* Um inventário da Saúde Pública, São Paulo, 1880-1930. São Paulo: Editora da Unesp, 1993.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, R. L. *Hegemonia*. Revista Radis Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 98, p. 03, out. 2010.

RONCALLI, AG. *O desenvolvimento das políticas de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde*. In: Pereira A.C, organizadora. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando Ações e Promovendo saúde*. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2003. Cap2, p-28-49)

RODRIGUES.C.N. *Política Nacional do Idoso - Retrospectiva Histórica*. In: Estud. interdiscip. envelhec.,Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001

SANTOS, V. M. *As organizações sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do estado brasileiro*. 2014.f. 153.Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Maceió, Alagoas.

SCOREL, S. *Saúde e democracia, democracia e saúde*. Saúde Debate, 21, p.51-55, jun.1998.

_____. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____. *Saúde uma questão Nacional*. In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*.

SILVA, D. M. *Lei Orgânica do SUS. 26 anos*. Revista Radis Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 169, p. 35, out., 2016. Disponível: <www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/169/pos_tudo/lei-organica-do-sus-26-anos>. Acesso: 09/08/2016.

SILVA, A. X. *Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira*. 2013. 253f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SIMIONATTO, I. *Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana*. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 12, n. 1, junho, 2009.

SOARES, R. *A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social*. 2010.f. 210. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SOUZA, H. G. *Contra-hegemonia: um conceito de Gramsci?* 2014. f. 91. Dissertação Educação: Conhecimento e Inclusão Social. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte.

TAVARES, V. *Ana Maria Costa: „O Brasil, como sociedade e Estado, não tem optado pelo SUS“*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/em-entrevista-presidente-da-cebes-avalia-mudancas-na-saude-um-ano-depois-apos-manifestacoes>>. Acesso em: 23 set. 2017.

TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria* (Org.). 2. ed. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1995.

_____. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

TERRA, L. *Saúde: Por que reverter a privatização?* Carta Capital. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/10/0771.html#more>>. Acesso em: 24 set. 2017.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. Ed. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

PESQUISADORAS:

Principal: Flávia Jaiane Mendes Justino

E-mail: flavinhamest2015@gmail.com

Secundária: Ana Paula Rocha de Sales Miranda

E-mail: aprmiranda2@gmail.com

Pesquisa intitulada: “O PACTO POLÍTICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB E SEUS IMPACTOS NOS MOVIMENTOS

SOCIAIS: Uma análise a partir do contexto de crise e de privatizações no campo da saúde local, no período de 2011 a 2015

Responsável: Flávia Jaiane Mendes Justino

Prezado (a) o questionário que segue pretende captar informações sobre as configurações do pacto político na saúde e seus impactos nos movimentos sociais no município de Campina Grande-PB, entre 2011 e 2015, período marcado por uma intensa privatização na saúde. Portanto agradecemos desde já a sua colaboração nessa investigação, ao tempo em que nos comprometemos a assegurar o sigilo e anonimato das informações fornecidas, bem como sua desistência a qualquer momento, sem que haja prejuízo para o (a) Sr (a).

Data: ____ / ____ / ____

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

PARTE I – Perfil do (a) representante de um segmento social:

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

a) Gênero () Feminino () Masculino

b) Função que exerce no seu ambiente trabalho:

c) Área de Formação acadêmica: () Ciências Humanas, Letras e Arte () Ciências Sociais Aplicadas () Ciências Humanas e Tecnológicas () Ciências da Saúde () Ciências Jurídicas () Ciências Exatas

d) Qual sua graduação?

2- Em qual Universidade você se formou? () pública () privada

Nome da IES: _____

3- Qual o ano de conclusão?

() antes de 1980 () 1981 a 1990 () 1991 a 2000 () 2001 a 2010 () 2011 a 2016

4- **Tem algum curso de pós-graduação?** () sim () não

a) Em que nível? () especialização incompleta () especialização completa

() mestrado incompleto () mestrado completo () doutorado incompleto

() doutorado completo

b) Em que área a pós-graduação? _____

5- Você já participou de algum curso de formação (capacitação) que colaborou para o entendimento das políticas públicas de proteção social em Campina Grande-PB?

() não () sim

Especifique: _____

6- Área (s) de Políticas de Proteção Social em que atua? (poderá ser mais de uma): () saúde

() habitação

() educação

() atenção à criança e ao adolescente

() judiciário

() atenção à mulher

() atenção ao idoso

() trabalho e geração de renda

() conselhos

() outras: _____

7- Neste ambiente o (a) Sr (a) assume a atividade de:

() representação () coordenação () assessoria () outras:

8- Qual o tipo de vínculo que o (a) Sr (a) possui?

() CLT () Contrato tempo determinado () Contrato tempo indeterminado () Voluntariado

() Prestação de serviços individuais () Outro: _____

9- Tem outro vínculo empregatício, além de atuar neste ambiente?

() não () sim

Se afirmativo, atua na Instituição de que natureza? () pública () privada () outra, qual? _____

a) Se pública, qual nível? () federal () estadual () municipal

10- Usuário (público-alvo) que atua no (s) vínculo (s) de trabalho:

() Família () Criança e Adolescente () Mulher () Idoso () Pessoa com deficiência ()

outros. Quais? _____

11- Qual a sua carga horária semanal?

() 20h () 30h () 40h () outra. Qual? R- _____

PARTE II- Questões relacionadas ao pacto político e processo de privatização da saúde no período de 2011 a 2015 no município de Campina Grande-PB.

1- O que o (a) Sr (a) entende por Pacto Político na Saúde de Campina Grande-PB?

R _____

2- O (a) Sr (a) acredita que o pacto político na saúde local tem impactado entidades-movimentos sociais que lutam por uma saúde universal e sob o controle do Estado? Justifique sua resposta:

R _____

3- Na sua opinião como agem os grupos de interesses envolvidos no pacto político na saúde de Campina Grande-PB?

- contraditoriamente
 movidos por interesses particulares
 favoráveis a privatização dos serviços de saúde
 Contrários a privatização dos serviços

4- Você já ouviu falar da Ofensiva Neoliberal? não sim

a)- Se afirmativo, qual a sua opinião sobre o Projeto Neoliberal?

contra a favor. Justifique:

5- Quais os principais programas ou projetos ligados ao processo de privatização que você identifica serem desenvolvidos atualmente?

- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) Organizações Sociais (OSs)
 Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) Municipalização Terceirização Outros Especifique:

6- Como o (a) Sr (a) avalia a política de saúde em Campina Grande-PB?

R _____

7- Na sua opinião o que tem mudado na política de saúde nos últimos anos de 2011 pra 2015?

R _____

PARTE III- Questões Relacionadas aos movimentos sociais em defesa da saúde pública de Campina Grande-PB.

1-O que o (a) Sr (a) entende por controle social?

R _____

2-O (a) Sr (a) acredita que o controle social tem realmente sido alcançado na instância político-organizativa dos movimentos sociais ou ainda é uma perspectiva apenas utópica? Por que?

R _____

4-Quais entidades-movimentos sociais de Campina Grande-PB que o(a) Sr (a) considera serem atuantes no âmbito da saúde local e por que?

R _____

5-Quais são as principais possibilidades e desafios postos aos movimentos sociais que atuam na política de CG em face de um contexto de crise e privatizações?

R _____

6- Na conjuntura atual brasileira, dos movimentos sociais, quais as principais estratégias de enfrentamento ao contexto de crise e privatizações na política de saúde?

R _____

7-O(a) Senhor(a) considera que tais estratégias estão sendo empreendidas pelas entidades- movimentos? Por que?

R _____

8-Levando-se em conta o contexto atual da política de saúde no Brasil, você diria que o principal âmbito de atuação das entidades-movimentos sociais é: (* poderá assinalar mais de uma)

() Internacional () Estadual () Municipal () Nacional () Regional ()
Outros, especificar:

9- Você identifica novas demandas e exigências postas às entidades-movimentos sociais?

Sim Não . Caso a resposta seja afirmativa, quais?

R _____

10- Na sua opinião, o que a sociedade civil em geral precisa fazer para que se efetive uma política de saúde pública no Brasil e em âmbito local?

R _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada: **O PACTO POLÍTICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –PB E SEUS IMPACTOS NOS MOVIMENTOS SOCIAIS:** Uma análise a partir do contexto de crise e de privatizações no campo da saúde local no período de 2011 a 2015 está sendo desenvolvida pela pesquisadora: FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Ana Paula Rocha de Sales Miranda.

Os objetivos do estudo são: Analisar como se configurou o pacto político em torno da política de saúde em Campina Grande-PB no período de 2011 a 2015, considerado ser esse período em que o processo de privatização da assistência pública à saúde se intensifica; Caracterizar o pacto político que deu sustentabilidade no processo de privatização na política de saúde em Campina Grande-PB; Identificar de que modo o processo de privatização tem impactado na organização dos movimentos sociais no campo da saúde em Campina Grande-PB.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a ampliação do debate, acerca do pacto político na política de saúde em Campina Grande-PB e os impactos desse pacto político nos movimentos sociais frente ao contexto de crises e privatizações no período de 2011 a 2015.

Solicitamos a sua colaboração para o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) principal: Flávia

Jaiane Mendes Justino, Telefone: (83) 99954-3203, E-mail: flavinhamest2015@gmail.com

Pesquisador (a) secundário (a): Prof (a) Dr.^a Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Telefone: (83) 3216-7319 **E-mail:** ppgss@cchla.ufpb.br Ou Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB –

Cidade Universitária / Campus I Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa (Mestrado Acadêmico) submetido ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPSS/UFPB), intitulado **“O PACTO POLÍTICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –PB E SEUS IMPACTOS NOS**

MOVIMENTOS SOCIAIS: Uma análise a partir do contexto de crise e de privatizações no campo da saúde local no período de 2011 a 2015 de autoria da mestranda **FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO**, matrícula **2015108550**, orientado pela **Prof.^a Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda** tem a anuência da _____ para a sua realização.

Campina Grande-PB, ____/____/2016.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ANEXO

ANEXO A – Certidão de Aprovação do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião realizada no dia 07/12/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“O PACTO POLÍTICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB E SEUS IMPACTOS NOS MOVIMENTOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONTEXTO DE CRISE E DE PRIVATIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE LOCAL NO PERÍODO DE 2011 A 2015”**, da pesquisadora Flávia Jaiane Mendes Justino. Prot. nº 0495/16. CAAE: 58677216.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB