



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**JAIDETE DE OLIVEIRA CORREIA**

**POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO: INFLEXÕES NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2018**

**JAILETE DE OLIVEIRA CORREIA**

**POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO: INFLEXÕES NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social.

**Orientadora:** Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C824p Correia, Jaidete de Oliveira.  
Política de saúde e fundo público [manuscrito] : inflexões no município de Campina Grande/PB / Jaidete de Oliveira Correia. - 2018.  
31 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Fundo Público. 2. Política de Saúde. 3. Neoliberalismo.  
4. SUS. I. Título

21. ed. CDD 362.1

JAIDETE DE OLIVEIRA CORREIA


**POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO: INFLEXÕES NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE/PB**

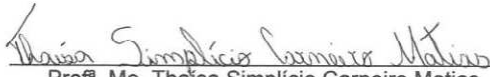
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Departamento do Curso  
de Serviço Social da Universidade  
Estadual da Paraíba (UEPB), em  
cumprimento às exigências para obtenção  
do título de Bacharelado em Serviço  
Social.

Aprovada em: 15/08/18.

Nota: 10,0 (dez)

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Alessandra Ximenes da Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Examinadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Examinador)

Aos meus familiares, em especial a minha mãe,  
Judith de Oliveira Correia, exemplo de superação.  
Sua história me motiva a buscar conhecimentos a  
cada dia e a nunca desistir diante das  
adversidades, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, concedendo-me saúde e força para superar as dificuldades.

À minha mãe, Judit de Oliveira Correia, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu pai (*in memoriam*), Pedro Inácio de Oliveira Filho, com todo carinho e respeito.

Aos meus irmãos - em especial a Joselita de Oliveira Correia -, sobrinhos e demais familiares que, nos momentos de ausência, compreenderam e me motivaram a alcançar meus objetivos.

À orientadora, professora Dra. Alessandra Ximenes da Silva, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, e por todas as oportunidades oferecidas nesse processo de Formação.

Às professoras Thaísa Simplício Carneiro Matias e Thereza Karla de Souza Melo através das quais agradeço a todos os professores, pela orientação, apoio e confiança.

Ao professor Dr. Geraldo Medeiros Júnior, pelo apoio na elaboração deste trabalho.

À supervisora de campo de estágio, Glaucineth Cavalcante de Albuquerque Lima, pelo aprendizado e o desprendimento em ajudar sempre.

Aos amigos Maria Geremias da Silva e Girlan Guedes dos Santos, colegas da Universidade e companheiros de trabalho, que me ouviram, apoiaram e acolheram em suas casas, estavam ao meu lado nos momentos alegres e tristes, meu muito obrigado.

À banca examinadora, pela presença e contribuição.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ADUFCG - Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande

BM - Banco Mundial

CF - Constituição Federal

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEDP - Fundação Estatal de Direito Privado

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FNCPS - Frente Nacional contra a Privatização da Saúde

FSE - Fundo Social de Emergência

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOA - Lei Orçamentária Anual

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MPC - Modo de Produção Capitalista

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NRF - Novo Regime Fiscal

NUPEPSS - Núcleo de Pesquisas de Política de Saúde e Serviço Social

OS - Organização Social

OSS - Orçamento da Seguridade Social

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAS - Programação Anual de Saúde

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PMS - Plano Municipal de Saúde

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado

PNI - Programa Nacional de Imunização

PPP - Parceria Público Privado

RAG - Relatório Anual de Gestão

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SS - Seguridade Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso



## SUMÁRIO

RESUMO _____	08
1. INTRODUÇÃO _____	08
2. POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO NO BRASIL _____	10
3. OS SERVIÇOS DO SUS E AS INFLEXÕES DO FUNDO PÚBLICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE NOS ANOS DE 2016-2017__	19
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	25
5. ABSTRACT _____	28
6. REFERÊNCIAS _____	29

## POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO: INFLEXÕES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

JAIDETE DE OLIVEIRA CORREIA<sup>1</sup>

### RESUMO

A saúde é integrante da Seguridade Social e foi definida como um direito de todos e dever do Estado. Esse direito básico e universal está assegurado na Constituição Federal de 1988. O fundo público, na construção do Estado Social, exerceu uma função ativa nas políticas macroeconômicas e é essencial, tanto na esfera da acumulação produtiva, quanto no âmbito das políticas sociais. O Sistema Único de Saúde, fruto das conquistas possíveis em torno do que foi idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído com base nos princípios da universalização, equidade e integralidade, conduziu a um novo modelo assistencial, tendo o Estado como responsável pela política de saúde. Regulamentado em 1990, desde então, o Sistema Único de Saúde caminha de forma contraditória, entre avanços e retrocessos, passou a sofrer os rebatimentos do projeto neoliberal que, nessa mesma década, passa a afetar diretamente as políticas sociais no Brasil, levando à focalização das mesmas, esvaziando o caráter público, universal e estatal dos serviços sociais, ao passo que destina à esfera privada a gestão das diversas expressões da questão social, mercantilizando-as. Este trabalho, portanto, propõe a análise da relação entre o fundo público e a contrarreforma da política de saúde no município de Campina Grande/PB. Para tanto, busca-se identificar no orçamento da política de saúde municipal as prioridades entre os serviços públicos estatais e os serviços complementares; desvelar como os interesses privados vêm se ampliando por dentro do Sistema Único de Saúde no município; e analisar o repasse de recursos da política de saúde municipal aos serviços públicos estatais e aos serviços complementares.

**Palavras-Chave:** Fundo Público. Neoliberalismo. Política de Saúde.

### 1. INTRODUÇÃO

A saúde é parte integrante da Seguridade Social (SS), foi definida como um direito de todos e dever do Estado, esse direito básico e universal está assegurado na Constituição Federal (CF) de 1988.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, é fruto das conquistas possíveis em torno do que foi idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e foi constituído com base nos princípios da universalização,

---

<sup>1</sup> Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); cursando Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); aluna vinculada ao Núcleo de Pesquisas de Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) – Campus I.  
E-mail: jaidete.olivier@hotmail.com

equidade e integralidade. Enquanto sistema, conduziu a saúde a um novo modelo assistencial, tendo o Estado como responsável pela referida política. Regulamentado em 1990, desde então, caminha de forma contraditória, entre avanços e retrocessos, passou a sofrer os rebatimentos do projeto neoliberal que, nessa mesma década, passa a afetar diretamente as políticas sociais no Brasil, levando à focalização das mesmas, esvaziando seu caráter público, universal e estatal dos serviços sociais, ao passo que destina à esfera privada a gestão das diversas expressões da questão social, mercantilizando-as. Nesse sentido, tais avanços não são lineares, especialmente no que se refere à relação entre os gastos públicos efetivos e as despesas destinadas ao pagamento de juros e encargos da dívida pública.

A perspectiva neoliberal defende um novo modelo de gestão na política de saúde no qual determinados serviços são repassados às chamadas Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), Parcerias Público Privado (PPP) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entendendo esse como caminho simplificado para resolver os problemas referentes à gestão do SUS, com a falácia de envolver a sociedade civil na condução e desenvolvimentos das políticas públicas.

Nesse contexto, o presente trabalho propõe analisar a relação entre o fundo público e a contrarreforma da política de saúde no município de Campina Grande/PB. A motivação para realiza-lo decorreu dos estudos e discussões desenvolvidos no Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS), no qual participamos de projetos de iniciação científica na área da saúde, bem como pela participação no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde - Seccional de Campina Grande/PB. A aproximação com a política de saúde a partir de tais experiências possibilitou-nos perceber que essa vem perdendo seu caráter público e universal, cedendo lugar à privatização dos serviços. Nesse contexto, o nosso objeto de análise trata de uma temática extremamente pertinente na atualidade e, a nosso ver, contribui diretamente na apreensão e abordagem crítica dos rumos e tendências da política de saúde brasileira, podendo trazer contribuições para o adensamento do debate e das lutas coletivas em defesa da política de saúde universal e gratuita, financiada exclusivamente pelo Estado.

A fundamentação teórico-metodológica deste trabalho encontra suas bases na razão dialética da Teoria Social Crítica, pois essa permite a análise do reordenamento político-institucional da política de saúde e as suas tendências na configuração do fundo público na política de saúde no município de Campina Grande/PB. Para tanto foi realizada revisão de literatura, privilegiando a análise nos periódicos que tratam sobre o processo construção da política de saúde e os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. Foi realizada ainda, pesquisa documental no município de Campina Grande/PB, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde buscamos analisar os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017, Lei Orçamentária Anual (LOA), Programação Anual de Saúde (PAS), execução orçamentária e prestação de contas do CMS referente aos anos de 2016 e 2017.

O trabalho está estruturado na seguinte ordem: no primeiro item, tecemos algumas considerações acerca da política de saúde e do fundo público no Brasil; no segundo item, discutimos as inflexões do fundo público na política de saúde do município de Campina Grande/PB: desafios e perspectivas. E, por fim, apresentamos as nossas considerações finais.

## **2. POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO NO BRASIL**

O atendimento aos direitos sociais, em especial aqueles inerentes à SS no Brasil, é baseado na “ditadura das finanças”, a qual é determinada pela mundialização do capital, que tem como alicerce a liberalização, a desregulamentação e a privatização (CHESNAIS, 2005b). No tocante a essa questão, Davi, Santos e Rodrigues (2017) afirma que “a composição do fundo público privilegia uma abordagem aparentemente técnica, como: saber gastar, equilíbrio entre receitas e despesas, desconsiderando o caráter de luta de classes no interior da formação e no destino do fundo público” (DAVI, SANTOS e RODRIGUES, 2017, p. 83). Nesta perspectiva, as políticas sociais vêm passando por processos de contrarreformas, em oposição à universalização e à integralidade, estas passam a ser centralizadas em política privatizadas e mercantilizadas, como é o caso da saúde, e em programas sociais focalizados e seletivos enquanto estratégia de combate à pobreza.

O projeto de RSB em torno da defesa da saúde pública teve início nos anos de 1970 e se efetivou nos anos de 1980, tendo em vista o período de lutas da sociedade pela redemocratização política do país. Tal projeto foi formulado a partir dos princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esse movimento foi formado por profissionais de saúde, estudantes e professores e foi agregando, ao longo do tempo, a adesão de diversos segmentos da classe trabalhadora. O Partido Comunista Brasileiro (PCB) esteve à frente da condução estratégica do principal movimento pela saúde no país, em conjunto com partidos de esquerda, movimentos sindicais e populares.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e, conforme registro em seu relatório, entendia que “O principal objetivo a ser alcançado é o SUS, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (BRASIL, 1986, p.12). Essa conferência fortaleceu o movimento de RSB e legitimou suas propostas em torno de um sistema de saúde universal e público.

Em 1988, com a promulgação da CF, foi aprovado o SUS que incorporou a maioria das propostas da RSB, como o caráter público, universal e de qualidade, na perspectiva de dever do Estado, conforme está posto no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1986, p. 12).

Entretanto, a assistência à saúde ficou aberta à iniciativa privada, e as instituições privadas estabeleceram-se como complementares ao SUS, quando as suas disponibilidades “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (BRASIL, 2003, Art. 199).

Nesse sentido, foi aprovado ainda, que:

O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (BRASIL, 1986, p. 12).

Com a promulgação da CF/88 e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), rompia-se com um modelo de saúde centrado na

doença e ofertado apenas aos trabalhadores que contribuía para a Previdência para se adentrar num sistema universal que propunha políticas defensoras da equidade, da integralidade, do controle social, regionalização e hierarquização. A construção de instrumentos de gestão que possibilitassem a concretização do SUS foi feita de forma paulatina e negociada com suas diversas instâncias de gestão, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2013, apud MEDEIROS JÚNIOR, p.51, 2017).

É importante ressaltar que, para os novos direitos introduzidos na universalidade da saúde e na área da previdência, a CF preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da SS. Os constituintes definiram que o financiamento da SS seria realizado por recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios - Emenda Constitucional (EC) - 29 -, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e o lucro – Contribuição sobre o Lucro Líquido - CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Ficou definido ainda que esses recursos da SS não integrariam o orçamento da União e sim da SS, compondo um orçamento específico – o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Por meio de Lei Complementar, ficou disposto que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. Porém, o que se constatou foi que nenhum governo que seguiu à promulgação da CF/88 cumpriu essa disposição (MENDES, 2012). A EC-29 representou uma importante mudança na postura dos municípios na aplicação de recursos em saúde. De uma postura passiva, à espera da transferência de recursos, especialmente do governo federal, houve um aumento de ações e investimentos em saúde, que foram muito importantes na primeira década do século XXI.

A situação financeira da saúde universal, em todos os anos posteriores à CF, tem sido orientada por dois determinantes: “a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da SS, e a política fiscal contracionista executada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas” (MENDES, p. 117, 2012).

É sabido que, desde 1989, existem intensos conflitos pela disputa de recursos na relação entre o SUS e o orçamento da SS. Nos anos de 1990, a política

de saúde começa a sofrer inflexões no processo de contrarreforma do Estado, seus primeiros impactos são direcionados especificamente ao SUS, traçado numa racionalidade político-emancipatória, centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando, dentre elas, a participação social por meio do controle social e as ações de educação em saúde.

A contrarreforma na política de saúde é difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial (BM), que se destaca como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma e tem como objetivo fomentar e promover as políticas de combate à pobreza, e, como propostas, traz a focalização do atendimento na política básica que atenda os mais pobres; a não universalização do acesso; a contratação de mão de obra desqualificada; a desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, dentre outras. Nesse sentido, a contrarreforma na política de saúde segue as tendências de assistencialização e de mercantilização dos serviços, possibilitando uma profunda precarização da política pública.

O projeto neoliberal, fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo, instala-se e é responsável pelas drásticas reduções dos investimentos públicos, bem como dos direitos sociais já conquistados na área do bem-estar social e da saúde.

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital (...) desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamentos bancários, entre outros (SOARES, 2010, p. 41-42).

Ainda que a CF tenha determinado que pelo menos 30% do total de recursos da SS deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível ao então Ministério da Previdência Social reduzir o volume dessa remessa. “A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992” (MENDES, p. 118, 2012).

O fundo público ocupa um lugar central no processo de financeirização do capital. Entendemos que o fundo público é composto por recursos arrecadados sob a forma de impostos e contribuições pagos tanto pela classe trabalhadora, quanto

por capitalistas. Esses recursos, ao mesmo tempo, retornam para esses contribuintes por meio de políticas sociais e econômicas. Essa apropriação por parte do Estado é, de forma direta ou indireta, fruto do processo de produção de mercadorias e vem, portanto, do trabalho despendido nessa produção. Tal apropriação se dá basicamente de duas formas: uma parcela é extraída da mais-valia produzida e recai sobre os donos do capital; a outra consiste em parte do trabalho necessário, parcela do salário pago pelos trabalhadores na forma de impostos, sobretudo indiretos (SALVADOR, p. 101, 2012).

Para Francisco de Oliveira (1989, p. 19-20 apud Salvador, p.79, 2010), “o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda população por meio dos gastos sociais”. O papel do fundo público na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo.

De acordo com Salvador (2010), o fundo público está presente na reprodução do capital nas seguintes formas:

- 1) Como fonte importante para realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou- parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.
- 2) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor.
- 3) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- 4) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, p. 91, 2010).

Em 1997, foi aprovado o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que substituiu o Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, e que tinha como objetivo retirar gastos da área social para possibilitar o pagamento de juros da dívida pública. A subtração de recursos realizada pelo FSE e, posteriormente, pelo FEF é renovada a partir da criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), em 2000. A partir dessa última medida, 20% dos recursos da SS passam a ser retirados para possibilitar o pagamento de juros da dívida (JÚNIOR, 2017). A DRU foi prorrogada em 2016 até o ano de 2023, ampliando seu percentual de 20% para 30% dos



recursos da SS. Com isso, o governo adota o que chama de Novo Regime Fiscal (NRF).

A disputa pelo fundo público assume um papel cada vez mais relevante, sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva, quanto na reprodução, através das políticas sociais, particularmente na SS. Nos dias atuais, os detentores do capital vêm se apropriando, por meio do Estado, cada vez mais do trabalho necessário. O investimento em políticas sociais consistiria em uma forma de fazer retornar parte desses recursos para a classe trabalhadora, por meio da prestação dos serviços públicos voltados para o atendimento das necessidades desse segmento.

Verificamos um deslocamento da prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, através da participação de entidades não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas, de modo que:

A característica comum a todas as crises financeiras dos últimos trinta anos é o comparecimento do fundo público para socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelos cidadãos. A financeirização implica pressão sobre a política social, especialmente as instituições da seguridade social, pois aí está o nicho dos produtos financeiros. Com isso, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social do âmbito do Estado para o mercado, a liberalização financeira passa pela privatização dos benefícios da seguridade social. É no mercado que deve ser comprado o benefício de aposentadoria, o seguro-saúde, que são setores dominantes nos investidores institucionais. Ou seja, benefícios da seguridade social são transformados em mais um “produto” financeiro, alimentando a especulação financeira e tornando as aposentadorias de milhares de trabalhadores reféns das crises financeiras internacionais (SALVADOR, 2010, p. 116).

Ao aprofundarmos a discussão sobre o desmonte da política de saúde no atual contexto, entendemos que, embora se tenha conseguido estruturar um esquema de financiamento para o SUS, reafirmamos a ideia de que a contrarreforma do Estado, nas últimas décadas, vem colocando os direitos conquistados pela classe trabalhadora em políticas focais, esvaziando o caráter público, universal e estatal dos serviços, ao passo que destina à esfera privada a gestão das diversas expressões da questão social, mercantilizando-as. Neste caminho, tem ocorrido uma crescente tendência da apropriação do fundo público para o financiamento da acumulação do capital em detrimento do financiamento dos interesses da reprodução do trabalho, e essas vêm sendo articuladas ao mercado no sentido de desmontar as conquistas e direitos sociais.

Com o crescimento do mercado de serviços privados, o SUS é precarizado, distanciando-se do SUS legalmente instituído e, dessa forma, flexibiliza os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Neste caminho, cabe destacar que o governo Collor (1990 – 1992) foi o primeiro a dar início ao processo de contrarreforma; nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1992 – 2003) esse processo se dá de maneira ainda mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, que comandou a equipe formuladora do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) e dos cadernos do MARE. Esse documento delimitava a ação do Estado, que deveria reduzir suas funções através de privatizações, terceirização e publicização, redefinindo o papel regulador do Estado norteado a atender os interesses do mercado capitalista. É perceptível nessa conjuntura neoliberal no Brasil, o caráter agressivo da redução dos direitos sociais e trabalhistas, ocasionando o sucateamento das políticas sociais e a redução da intervenção do Estado nelas.

Posteriormente, nos governos petistas (Lula e Dilma / 2003 - 2016) houve uma importante distribuição funcional da renda no Brasil, mas se continuou submisso aos interesses do capital rentista, mantendo o desmonte das medidas nas áreas sociais, com destaque na política de saúde. Na gestão de Lula, foram aprovados os novos modelos de gestão: as OSCIPs, e as FEDPs para a gestão de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde, visto que os problemas e contradições do SUS eram atribuídas às questões de âmbito administrativo, gerencial e de gestão, daí surge o discurso justificador das PPPs para gerir a saúde.

No governo Dilma, há novos retrocessos na política de saúde no Brasil, com a aprovação da Lei 12.550/11 que cria a EBSEH, uma empresa pública com personalidade jurídica, que tem o objetivo de privatizar os serviços de saúde e educação dos hospitais universitários do país, assim como a MP 656/14, que permite a entrada do capital estrangeiro para financiar a saúde.

Sobre a implantação das EBSEH, Silva (2013) afirma que:

Dentre as implicações da implantação da EBSEH nos Hospitais Universitários, destacam-se: o desrespeito material à autonomia universitária definida constitucionalmente e à característica dos HUs de serem instituições de ensino vinculadas às universidades; a ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde; a flexibilização dos

vínculos de trabalho e abertura de precedente para a não realização de concurso público e; a terceirização desses hospitais, o que é inconstitucional (SILVA, 2013, p.54).

Esse processo de privatização nas políticas sociais e, em especial, na política de saúde, acirra-se ainda mais na atual conjuntura, com a EC – 95/2016, que determina o congelamento dos gastos públicos reais pelo período de vinte anos, aumentando as incertezas referentes ao financiamento da saúde e educação no país. A EC-95 instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, o chamado teto de gastos públicos. Segundo estudo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a política de austeridade instituída pela EC-95 será responsável por um aumento de 8,6% na mortalidade infantil até 2030, pois deixarão de ser evitadas 124 mil internações e vinte mil mortes de crianças de até cinco anos. Se, antes da emenda 95, já tínhamos índices de investimento nas áreas de educação e saúde considerados baixos, a tendência após a medida é piorar. Nesse sentido, vale ressaltar que, embora não haja um corte, a fixação de um teto não permite o crescimento do investimento, que acaba por se desvalorizar, especialmente considerando a inflação e o crescimento populacional (ABRASCO, 2018). Como a população continua crescendo, em todos os anos haverá crescimento negativo dos gastos *per capita*. A EC-95 condena a população a vinte anos de decréscimo, o que poderá levar os gastos *per capita* a um nível inferior ao praticado em 2005 (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

É necessário também destacar a mudança na lógica de financiamento por parte do atual Governo Michel Temer, que extingue os 06 (seis) blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimento) para as transferências fundo a fundo dos recursos federais do SUS para Estados e Municípios. No lugar desses, a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, diz que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, serão organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento: o Bloco de Custeio das ações e serviços públicos de saúde; e o Bloco de Investimento na rede de serviços públicos de saúde.

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio serão destinados à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao

funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde. Já os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na rede de serviços de saúde serão destinados, exclusivamente, à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; a obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e a obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde (SANTOS, 2017).

Segundo Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, com a Portaria 3.992/2017 acima citada, o governo federal diminuirá sua responsabilidade no SUS e alegará o atendimento de demanda dos gestores estaduais e municipais. Já os governos estaduais e municipais terão flexibilidade para alocar os recursos no contexto da restrição orçamentária e financeira, da ausência de instrumentos adequados de monitoramento, inclusive de avaliação do cumprimento do Plano Nacional de Saúde, e das diretrizes<sup>2</sup> da 15ª Conferência Nacional de Saúde pelos gestores. *“O que acontecerá é que União, Estados e Municípios tenderão a realocar recursos do já frágil financiamento da atenção básica para a área em que o poder econômico e de pressão política está firme e fortemente representada – a média e alta complexidade”* (SANTOS, 2017, p. 02).

O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirma que a medida diminui a burocracia e evita que recursos fiquem parados nas contas dos municípios:

Estamos estabelecendo um modelo de repasse onde passaremos recursos apenas para custeio e investimento. Essa ação vai permitir mais flexibilidade ao gestor na aplicação do recurso durante o ano. Com isso, vamos simplificar a prestação de contas, diminuir a burocracia e dá

---

<sup>2</sup> Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas; Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde; Aprimorar o marco regulatório da vigilância sanitária, garantindo o acesso e a Aprimorar o marco regulatório da vigilância sanitária, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde.

autonomia ao município e ao conselho municipal de saúde (PENIDO, 2018, p. 01).

Outra afronta aos nossos direitos, recentemente ocorrida, foi a Medida Provisória Nº 839 publicada em 31/05/2018, que detalha o corte de gastos feito pelo governo para tentar acomodar o gasto extra de R\$ 9,58 bilhões para bancar o subsídio ao diesel. Os R\$ 9,5 bilhões restantes serão pagos com reservas financeiras do governo e corte de verbas para várias áreas, inclusive saúde, educação, moradia e saneamento básico. Os cortes na saúde são para subsidiar a política de preços da Petrobrás que privilegia os interesses dos acionistas minoritários (a maioria estrangeiros). Com essa medida, o SUS deixará de receber R\$ 135 milhões. Entre as ações e programas alvos da redução de recursos, estão o apoio à manutenção de unidades de saúde, melhoria da formação de profissionais e médicos e verbas destinadas a atividades ligadas ao apoio e manutenção de programas consolidados, como o Mais Médicos<sup>3</sup> e Rede Cegonha<sup>4</sup>, voltada ao atendimento a gestantes (ABRASCO, 2018).

Diante das afrontas e desmontes que estão ocorrendo na política de saúde, é necessário nos mobilizarmos, nos articularmos frente a esse processo de perda de direitos, privatização e mercantilização dos serviços, para que consigamos a efetivação do SUS defendido no projeto da RSB.

### **3. OS SERVIÇOS DO SUS E AS INFLEXÕES DO FUNDO PÚBLICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB NOS ANOS DE 2016-2017**

De acordo com o Censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nesse ano, Campina Grande/PB possuía uma população de 385.213 habitantes distribuídos por uma área territorial total de 593,026 km<sup>2</sup>. Em 2017, o mesmo órgão estimava que a população do município

---

<sup>3</sup> É um programa lançado em 08 de julho de 2013 pelo governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

<sup>4</sup> É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

fosse de 410.332 habitantes, sendo que a população da cidade é predominantemente jovem- adulto (IBGE, 2010).

Os serviços do SUS em Campina Grande/PB nos anos de 2016 e 2017 estavam distribuídos em territórios dos 06 (seis) Distritos Sanitários que formam as Gerências Distritais. No ano de 2016, essas Gerências eram compostas por 218 serviços de saúde e, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), dos 218 serviços cadastrados para atendimento ao SUS no município de Campina Grande, 55% são públicos e 28,44% são privados. No que se refere à gestão dos serviços, 98,14% dos serviços estão sob gestão municipal e 1,86% estão sob gestão estadual (CAMPINA GRANDE, 2016). Já no ano de 2017, essas gerências eram compostas por 225 serviços de saúde, sendo que, desses, de acordo com o CNES, 71,4% eram públicos e 28,4%, privados. Quanto à gestão dos serviços, 97,33% dos serviços estão sob gestão municipal e 1,77% estão sob gestão estadual. A gestão municipal assiste a uma população estimada de mais de um milhão de pessoas, caracterizada pelos munícipes e por 176 municípios referenciados na Paraíba, e ainda, por municípios referenciados de outros Estados (CAMPINA GRANDE, 2017).

Em Campina Grande/PB, o processo de municipalização avançou a partir da publicação da Portaria GM nº 2.553/1998. Em 2009, foi reafirmada essa condição ao assinar o Pacto pela Saúde (Portaria nº 2.122/GM, de 10 de setembro), celebrando o Termo de Compromisso de Gestão, que considera, dentre outros aspectos legais, as responsabilidades de cada nível de governo, constituindo-se num movimento decisivo em direção à descentralização das ações e serviços de saúde, exigindo a explicitação de vontades políticas do gestor estadual e dos gestores municipais de saúde.

São realizadas no município de Campina Grande/PB ações nos níveis de Atenção Básica, de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, de Média e Alta Complexidades nas modalidades ambulatorial e hospitalar com abrangência nos atendimentos de urgência e emergência.

A Programação Anual em Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de Gestão que permitem avaliar as Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Ações que foram pactuadas, programadas e realizadas no corrente ano.

De acordo com o PMS (2014-2017), por financiamento em saúde compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilização das Ações e Serviços Públicos em Saúde, implementados e executados com recursos próprios da União, Estado e Município.

Além de discutir o quantitativo de recursos disponibilizados para a saúde, é importante também debater sobre a qualidade e as possibilidades de aplicação para a execução das políticas. Sobre essa questão, as referências do PMS (2014-2017), à luz das Diretrizes do Ministério da saúde (MS), disponibilizam recursos por meio de blocos de financiamento e projetos estratégicos de áreas definidas como prioritárias, enquanto que a SMS disponibiliza recursos por vínculos orçamentários.

O MS considera que as diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas e visa delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde; os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; e as metas são expressões quantitativas de um objetivo, concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que, para quem e quando” e precisam ter fórmula para cálculo de indicador definida e fonte de informação identificada; já as ações são os detalhamentos (com prazos, responsáveis e recursos) de como se pretende atingir as metas, são expressas na PAS, realizada após a aprovação do PMS. As ações previstas no PMS (2014-2017) assentam-se na responsabilidade sanitária como princípio para a atenção e para a gestão do SUS.

Na política de saúde, a atenção básica configura-se como o eixo estruturante do sistema, esta deve ser a porta de entrada. De acordo com a PAS 2016-2017, baseadas no PMS (2014-2017), aprovado em 10/06/2014, a atenção básica traz como diretrizes: a garantia do acesso à população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e atenção especializada; promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade; além da garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção (CAMPINA GRANDE, 2016).

Entende-se por atenção secundária os exames e consultas especializadas e, por atenção terciária, os hospitais, funcionando como uma rede de atenção

integrada, incluindo referência e contrarreferência. O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar tem por diretrizes, a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; o aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento, de serviços de atendimento móvel de urgências e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção; e o fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas (CAMPINA GRANDE, 2016).

O Bloco que tange a Vigilância em Saúde tem por diretrizes a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, por distrito de saúde; a implantação da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis; implementação da vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violência); realização de ações de controle dos fatores biológicos (reservatórios, hospedeiros e vetores) na transmissão de zoonoses; realização de ações de controle de animais peçonhentos; coordenação das ações preventivas e controle da tuberculose, hanseníase, hepatites virais, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis; coordenação das ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização (PNI); manutenção da erradicação da poliomielite; implementação das ações de controle de zoonoses; estabelecimento de um grupo técnico para implantação do monitoramento e avaliação sistemática dos indicadores de vigilância em saúde; manutenção dos fluxos permanentes de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e público em geral, elaborando, para tanto, boletim periódico em suporte informatizado; e implementação da atenção integral à saúde do trabalhador com ações nos níveis de prevenção, promoção, assistência, tratamento, recuperação e reabilitação, visando promover a saúde do trabalhador no município e região (CAMPINA GRANDE, 2016).

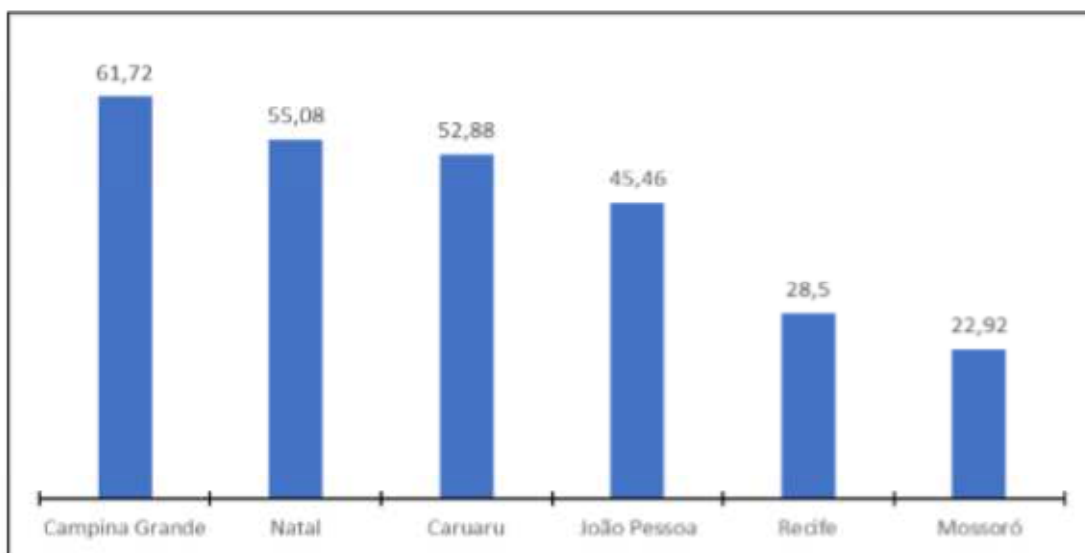
O Bloco da Assistência Farmacêutica tem por diretriz a garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS (CAMPINA GRANDE, 2016). E, por último, o bloco que trata de Gestão, tem como diretrizes a implementação de um novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com focos em resultados, participação



social e financiamento estável; e a qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS (CAMPINA GRANDE, 2016).

De acordo com a pesquisa realizada, no ano de 2015, o modelo de atenção à saúde em Campina Grande/PB foi caracterizado como hospitalocêntrico-privado. Comparado às capitais e ao maior município dos Estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco, Campina Grande/PB lidera, proporcionalmente, os gastos com saúde. Tal fato pode ser constatado no gráfico abaixo:

**Gráfico 01: Participação da Assistência Hospitalar e Ambulatorial**



Fonte: (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p. 85).

De acordo com Júnior (2017), e conforme se pode observar no gráfico 01, o município de Campina Grande/PB é o que dispensa o maior percentual de gastos para esse tipo de atenção. Em contrapartida, o município de Mossoró dedica apenas 22,92% à assistência hospitalar e ambulatorial. Natal, João Pessoa e Recife, tradicionais centros hospitalares, representam significativamente menos que Campina Grande/PB nesse tipo de assistência, demonstrando, portanto, a concentração de gastos com saúde no município de Campina Grande/PB, em detrimento da atenção básica.

No ano de 2016, para a realização das análises do cumprimento de metas, um dos problemas encontrados foi o fato de o Relatório Anual de Gestão e da Programação Anual não fazerem nenhuma referência a muitas das metas existentes

no Plano. Dessa forma, não se tornou possível saber se a meta foi ou não cumprida. Também não há nota explicando se houve uma desistência da meta: ela apenas é ignorada pelos documentos. Assim, há um número significativo de metas que não voltam a ser trabalhadas pelos documentos de gestão. Na média e alta complexidades, as metas não identificadas chegam a 38%. Quando somadas às não executadas, chega-se a um percentual de 51% (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2016, a receita transferida para o exercício de 2016 pelo ente Federal foi orçada em R\$ 187.285.000,00 (Cento e oitenta e sete milhões, duzentos e oitenta e cinco mil reais), e o ente Estadual transferiu R\$ 4.100.000,00 (Quatro milhões e cem mil reais). O Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, apresentou uma dotação inicial de R\$ 450.000,00 (Quatrocentos e cinquenta mil reais) e, com as suplementações orçamentárias autorizadas no decorrer do exercício, foi totalizado 600.000,00 (Seiscentos mil reais). A despesa empenhada e liquidada atingiu o montante de 255.055.000,00 (Duzentos e cinquenta e cinco milhões, cinquenta e cinco mil reais).

Referente ao ano de 2017 e de acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2017, a receita transferida para o exercício de 2017 pelo ente Federal foi orçada em R\$ 259.410.390,76 (Duzentos e cinquenta e nove milhões, quatrocentos e dez mil, trezentos e noventa reais e setenta e seis centavos), e o ente Estadual transferiu R\$ 4.606.765,74 (Quatro milhões, seiscentos e seis mil, setecentos e sessenta e cinco reais e setenta e quatro centavos). O Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande/PB apresentou uma dotação inicial de R\$ 265.965.000,00 (Duzentos e sessenta e cinco milhões e novecentos e sessenta e cinco mil reais), com as suplementações orçamentárias autorizadas no decorrer do exercício, foi totalizado 311.859.000,00 (Trezentos e onze milhões, oitocentos e cinquenta e nove mil reais). A despesa empenhada e liquidada atingiu o montante de 300.499.015,87 (Trezentos milhões, quatrocentos e noventa e nove mil, quinze reais e oitenta e sete centavos).

Segundo os Relatórios Anuais de Gestão (2016-2017), a cobertura da Equipe Saúde da Família (ESF), em 2016, foi de 86% da população. Em 2017, mesmo tendo reorganizado os territórios e aumentado as equipes de 105 para 107, ainda existiram áreas descobertas. O fato da ESF não cobrir a totalidade do município provoca uma demanda desnecessária em serviços hospitalares, contribuindo para manter a concentração de recursos nesse setor.

A Programação Anual de Saúde de 2017 foi composta por 13 diretrizes, 27 objetivos e 219 metas para o grupo de ações dos indicadores pactuados com o MS e demais instâncias deliberativas do SUS, que objetivaram melhorar os indicadores de saúde do município de Campina Grande/PB.

Uma grande ferramenta implantada no ano de 2017 foi o Sistema de Regulação SISREG com o módulo de marcação de consultas e exames a partir de agosto de 2017 para todas as equipes. Anteriormente, o município usava o SIGSAÚDE através de ligações telefônicas que dificultava o acesso da população. Em 2016, foram marcados por esse sistema 20.090 (Vinte mil e noventa) consultas e exames. Após a implantação do SISREG, de agosto a dezembro de 2017, foram marcados 276.000 (duzentos e setenta e seis mil) procedimentos, sendo 66.000 (Sessenta e seis mil) dos municípios pactuados e os demais de municípios campinenses (CAMPINA GRANDE, 2017).

Ao analisar os resultados obtidos referentes à Programação Anual de Saúde de 2017, foi constatado que a PAS (2017) obteve um percentual de 85% das metas realizadas.

O Relatório Anual de Gestão de 2017 traz como recomendações e/ou redirecionamentos para o PMS (2018-2021) a implantação do Sistema SISREG III – Módulo Internação Hospitalar; o trabalho junto à Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho de Classes de Gestores para a finalização e implantação de protocolos clínicos e de regulação; a construção do Hospital da Criança e do Adolescente de Campina Grande; a construção da Sede Própria da AGEVISA; novo chamamento público para contratualização de toda rede credenciada ao SUS, revisão da capacidade instalada e necessidade dos serviços; e realização de concurso público para recompor o quadro de Recursos Humanos.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cenário de ataques às políticas sociais tem sido constante tanto na perspectiva social-liberal (ideologia do governo do Partido dos Trabalhadores) quanto na neoliberal (ideologia do governo de Michel Temer), principalmente na política de saúde que tem o segundo maior orçamento das políticas de seguridade social. Nessa perspectiva, analisa-se que a política de saúde está cada vez mais situada no campo do desmonte dos direitos sociais pois, com a tendência da nova

forma de desenvolvimento, tem-se fragilizado a política de saúde, incorporando uma política focalizada e seletiva, que se restringe a determinados segmentos sociais em vez de estar atrelada ao caráter público e universal.

Face ao processo crescente de acumulação capitalista, que atualmente direciona a implementação de processos de contrarreforma nas políticas sociais com o objetivo de disputar a apropriação do fundo público, torna-se urgente o engajamento massivo em defesa da política pública de saúde ancorada no projeto de RSB construído nos anos 1970, cujo fortalecimento do SUS se dê por meio de uma atuação articulada entre o movimento dos trabalhadores e de usuários, visando à garantia e preservação dessa inegável conquista democrática, historicamente construída.

São vários os ataques às políticas sociais, com ênfase na política de saúde que tem sido um setor fértil, no sentido de garantir a acumulação capitalista. Esse processo vem sendo consolidado através da disputa do fundo público com a criação dos modelos privatizantes de gestão, o desfinanciamento do setor, a diminuição da intervenção estatal na prestação de serviços, a precarização do trabalho e a quebra dos princípios da universalidade e da integralidade.

No Brasil, o SUS enfrenta um processo de desmonte significativo, principalmente, na conjuntura do governo Michel Temer, que praticamente coloca em xeque a continuidade de sua existência. Tal conjuntura apresenta favorecimento ao mercado financeiro e privado, ou seja, a saúde é uma mercadoria e deve ser vendida no mercado. Investem também em ações como a celebração de convênios com os governos estaduais que asseguram nas cláusulas contratuais redirecionamento da política de saúde, em dissonância com os princípios do SUS.

É preciso lutarmos pela revogação da EC-95 e a retomada do investimento social, o qual, em verdade, já está assegurado em nossa CF que garante como direitos sociais a educação, a saúde, a assistência, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, bem como a proteção à maternidade e à infância. É preciso que nossos direitos sejam assegurados com absoluta prioridade, o que significa primeiro lugar em orçamento, políticas e serviços públicos.

No tocante ao município de Campina Grande/PB, tivemos diversas dificuldades no acesso aos dados referentes ao ano de 2017. O Relatório Anual de Gestão 2017 foi aprovado com ressalvas no dia 17/07/2018, e o PMS referente aos

anos de 2018-2021 até o momento não foi aprovado, segundo o CMS, a previsão é para o mês de outubro.

Desse modo, a partir da análise do material disponível referente aos anos de 2016-2017, concluímos que é preciso haver mudanças no PMS, bem como na sua efetivação. É necessário que aconteça uma inversão de investimentos, que se invista mais em atenção primária para que, na média e alta complexidade, haja um declínio no montante de recursos gastos e, assim, o modelo de Atenção à Saúde desse município não seja mais referenciado como hospitalocêntrico-privado. Para tanto, são necessárias a promoção e a prevenção da saúde, que devem ser prioritárias.

Assim, na realidade de Campina Grande/PB, com o crescimento do mercado de serviços privados, o SUS é precarizado, distanciando-se do SUS legalmente instituído e, dessa forma, flexibiliza os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

## 5. ABSTRACT

Health is an integral of Social Security and was defined as a right of everyone and duty of the State. This basic and universal right is guaranteed in the Federal Constitution of 1988. The public fund, in the construction of the Social State, has played an active role in macroeconomic policies and is essential, both in the sphere of productive accumulation and in social policies. The Unified Health System, the result of possible achievements around what was conceived by the Brazilian Sanitary Reform movement, based on the principles of universalization, equity and integrality, led to a new healthcare model with the State as responsible for health policy. Regulated in 1990, since then, the Unified Health System is moving in a contradictory way, between advances and setbacks, it began to suffer the refusals of the neoliberal project that, in the same decade, began to directly affect social policies in Brazil, leading to their focus, emptying the public, universal and state character of social services, whereas it directs the private sphere to the management of the various expressions of the social question, marketizing them. This work, therefore, proposes the analysis of the relationship between the public fund and the counterreform of the health policy in the city of Campina Grande/PB. In order to do so, it is sought to identify in the municipal health policy budget the priorities between state public services and complementary services; to unveil how private interests have been expanding within the Unified Health System in the municipality; and analyze the transfer of resources from municipal health policy to state public services and complementary services.

**Keywords:** Public Fund. Neoliberalism. Health Policy.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 8ª CNS**. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2014-2017)**. Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde - 2016**. Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão - 2016**. Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde - 2017**. Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão - 2017**. Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

CHESNAIS, François. Doze teses sobre a mundialização do capital. In: FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forti (Orgs.). **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro: reflexões e alternativas**. Lajeado: UNIVATES, 2005b.

DAVI, Jordeana; SANTOS, Mayéwe Elyênia Alves dos; RODRIGUES, Rayssa Kessia Eugênia. Ditadura das finanças, apropriação do fundo público e contrarreformas das políticas sociais. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande/PB: EDUEPB, 2017.

FERNANDES, Adriana; NAKAGAWA, Fernando; RIBEIRO, Luci. **Para bancar 'bolsa caminhoneiro', governo corta até gastos sociais**. Jun. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/para-bancar-bolsa-caminhoneiro-governo-corta-ate-gastos-sociais/34453/>. Acesso em: 02 jul. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Campina Grande, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MEDEIROS JÚNIOR, Geraldo. **Economia e Administração Política da Saúde: Análises das dinâmicas do capital e do Estado na Gestão do SUS no Brasil e em**

Campina Grande. 2017. 144 f. **Tese** (Doutorado) – Curso de Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, 2017.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PENIDO, Alexandre. **Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos**. Dez. 2017.

Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42263-novo-modelo-de-financiamento-do-sus-garante-eficiencia-no-uso-de-recursos>. Acesso em: 05 jul. 2018.

REIS, Vilma. **O que acontece quando o poder público escolhe cortar investimento em áreas sociais?** Jun. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/o-que-acontece-quando-o-poder-publico-escolhe-cortar-investimento-em-areas-sociais/34595/>. Acesso em: 02 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Contra os cortes na saúde para subsidiar o diesel** (NOTA ABRASCO). Jun. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-contra-os-cortes-na-saude-para-subsidiar-o-diesel/34448/>. Acesso em: 02 jul. 2018.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: \_\_\_\_\_, E. et al (orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Ronald Ferreira dos. **Blocos de Financiamento e o Conselho Nacional de Saúde**. Dez. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/12/blocos-de-financiamento-e-o-conselho-nacional-de-saude/>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira**. 2013. 252 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2013.

SOARES, Raquel. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**, 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2010.