

O fundo público e a relação público x privado na política de saúde em Campina Grande/PB

The public fund in the public x private relationship in health policy by Campina Grande/PB

Jaidete de Oliveira Correia*
Alessandra Ximenes da Silva**

Resumo: O presente trabalho objetiva analisar a configuração do fundo público na relação público x privado no processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande/PB, no período compreendido entre 2016-2020. A motivação para realizar esta pesquisa decorreu dos estudos e discussões desenvolvidos no Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no qual participamos de projetos de iniciação científica, bem como pela participação no Fórum Paraibano em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Contra a Privatização da Saúde - Seccional de Campina Grande/PB. Destarte, a aproximação com a política de saúde a partir de tais experiências, possibilitou-nos identificar que essa vem perdendo seu caráter público e universal, cedendo lugar à privatização dos serviços.

Palavras-chaves: Fundo público; Contrarreforma; Política de saúde.

Abstract: This study aims to analyze the configuration of the public fund in the public x private relationship in the counter-reform process in health policy in the city of Campina Grande/PB, in the period between 2016-2020. We understand that the public fund is composed of resources collected in the form of taxes and contributions arising from the taxation levied on the working class and capitalists; and, return to taxpayers through social and economic policies. The motivation to carry out this research came from the studies and discussions developed at the Center for Research in Health Policy and Social Work (NUPEPSS) linked to the Department of Social Work at the State University of Paraíba (UEPB), in which we participate in scientific initiation projects, as well as from our participation in the Paraíba Forum in Defense of the Unified Health System (SUS) and Against the Privatization of Health - Campina Grande/PB Section. Thus, the approximation with health policy based on such experiences allowed us to identify that it has been losing its public and universal character, giving way to the privatization of services.

Keywords: Public fund; Counter-reform; Health policy.

Recebido em: 05/01/2023
Aprovado em: 09/05/2023

* Assistente Social. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

** Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social e da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Doutora em Serviço Social e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Líder do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB).



© O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar, distribuir e reproduzir em qualquer meio, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material, desde que para fins não comerciais e que você forneça o devido crédito aos autores e a fonte, insira um link para a Licença Creative Commons e indique se mudanças foram feitas.

Introdução

A saúde é parte integrante da Seguridade Social (SS), foi definida como um direito de todos e dever do Estado, assegurada na Constituição Federal (CF) de 1988. O SUS, por sua vez, é fruto das conquistas possíveis em torno do que foi idealizado pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e foi constituído com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, embora direito garantido, nesses 33 anos a saúde dispõe de insuficiência no seu financiamento, resultando em um processo de expropriação de direitos.

Dentre as propostas defendidas pelo movimento de RSB destacam-se: a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor saúde através da estratégia do SUS com vista a um significativo reordenamento setorial com um novo paradigma para a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo de decisão para as esferas do governo estadual e municipal; o financiamento efetivo, e a democratização do poder local através dos novos mecanismos de gestão.

Regulamentado em 1990, desde então, o SUS caminha de forma contraditória, entre avanços e retrocessos, passou a sofrer os rebatimentos da ofensiva neoliberal que, nessa mesma década, passa a afetar diretamente as políticas sociais no Brasil. Com a insurgência de crises capitalistas contemporâneas, percebe-se a apropriação de recursos da SS para outras áreas em que o Estado julga ser necessário, uma vez que compõem um fundo público de recursos federais, estaduais e municipais.

O financiamento do fundo público se dá pelo pagamento de impostos e contribuições sociais pela sociedade brasileira. Dessa forma, é uma manifestação social de uma estrutura de transferência de recursos para o financiamento da SS, sendo o SUS uma parte importante desta demonstração social. No entanto, consideramos que, sob o contexto do capitalismo contemporâneo, o fundo público tem contribuído para a reprodução do capital como fontes de recursos para investimento, subsídios, desonerações tributárias e redução da base tributária de renda do capital. Neste último caso especialmente, como financiamento integral ou parcial dos meios de produção (SALVADOR, 2010).

Este artigo tem como objeto de estudo “A Configuração do Fundo Público na Relação Público x Privado no Processo de Contrarreforma na Política de Saúde no Município de

Campina Grande/PB”, no período compreendido entre 2016-2020. O interesse pelo tema mencionado deve-se à minha inserção no NUPEPSS vinculado a UEPB, no qual participamos de dois projetos de iniciação científica sendo eles: “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: Tendência dos Intelectuais Internacionais e Nacionais no Processo de Contrarreforma da Política de Saúde”; e “A Contrarreforma do Estado Brasileiro e o Fundo Público na Política de Saúde: A Particularidade do Município de Campina Grande/PB”, dos quais fui bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). A aproximação com a política de saúde também se deu a partir da inserção no Projeto de Extensão “Política Pública de Saúde; Direito de Todos(as)”, desenvolvido no referido grupo de pesquisa e, da participação no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde - Seccional de Campina Grande/PB. Destacamos que essa temática foi abordada no nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o qual teve por título “POLÍTICA DE SAÚDE E FUNDO PÚBLICO: inflexões no município de Campina Grande/PB”, defendido em 2018¹.

A pesquisa desenvolvida partiu dos seguintes questionamentos: Em Campina Grande/PB, como se configura o fundo público na relação público x privado no processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande/PB? Quais as prioridades no repasse de recursos pelo governo municipal para os serviços privados e filantrópicos de saúde? Assim, este trabalho investigativo tem como objetivo geral analisar de que forma acontece esse repasse e se de fato a Média e Alta Complexidade se sobressai a Atenção Básica de Saúde (ABS).

A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande- Paraíba, o qual vínhamos, desenvolvendo pesquisas de iniciação científica e de TCC, aprofundando, portanto, no mestrado, os estudos realizados. Ressaltamos que o município de Campina Grande é o segundo município do estado da Paraíba, em termos econômicos, possuindo uma grande rede hospitalar (hospitais universitários, filantrópicos e privados). Por outro lado, já foi referência na implantação do Programa Saúde da Família, hoje estratégia, incorporando outros profissionais nas equipes para além dos definidos pelo Ministério da Saúde. Entretanto, estudos realizados desde a década de 1990, por Rota, demonstravam que uma tendência hospitalocêntrica - privada no município. Nosso estudo, portanto, contribui com análise mais contemporânea da relação público-privado na saúde, no município.

No que se refere ao procedimento metodológico desta pesquisa, utilizamos a pesquisa bibliográfica e a análise documental. A partir do referencial teórico fizemos levantamento e

¹ Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/18633>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

análise documental dos Relatórios de Gestão; Planos Municipais de Saúde; Programações Anuais; Prestação de Contas Anual do Conselho Municipal de Saúde; e Consulta realizada no TCE da Paraíba, através do Sistema SAGRES Online² compreendendo o período de 2016-2020.

As contradições em que se acha imerso o objeto com suas múltiplas determinações e estrutura necessitou de um embasamento do método crítico dialético marxiano, visto ser este o que melhor consegue apreender as íntimas relações que envolvem o objeto de pesquisa, possibilitando descortiná-lo para além de sua aparência fenomênica. Segundo Marx, o método de pesquisa “tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima; só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real” (MARX, 1985, p. 20).

Fundo público: relação público x privado no município de Campina Grande/PB nos anos de 2016-2020

Esta pesquisa analisa as expressões na política de saúde através da configuração do fundo público na relação público x privado no município de Campina Grande/PB. A motivação para realizá-la decorreu dos estudos e discussões desenvolvidos no NUPEPSS vinculado ao Departamento de Serviço Social da UEPB, no qual participamos de projetos de iniciação científica, bem como pela participação no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde - Seccional de Campina Grande/PB. Destarte, a aproximação com a política de saúde a partir de tais experiências, possibilitou-nos identificar que essa vem perdendo seu caráter público e universal, cedendo lugar à privatização dos serviços.

Nossa pesquisa concentrou seu foco na relação público x privado em 04 (quatro) hospitais do Município, sendo eles: a Clínica e Pronto Socorro Infantil (CLIPSI), a FAP, o Hospital Pedro I e o Hospital Antônio Targino, no período de 2016-2020. As informações que serão apresentadas foram extraídas de documentos municipais – Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017, PMS 2018-2021, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, compreendendo o período de 2016-2020 -; do TCE da Paraíba, através do Sistema SAGRES Online; e de alguns autores que discutem essa temática.

Breve caracterização do município de Campina Grande/PB

Fundada em 01 de dezembro de 1967, Campina Grande é um município brasileiro no estado da Paraíba, tendo sido elevada à categoria de cidade em 11 de outubro de 1864. Pertence à Microrregião de Campina Grande e à Mesorregião do Agreste Paraibano. De acordo com o

² Disponível em: <<https://sagresonline.tce.pb.gov.br/#/municipal/inicio>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nesse ano, Campina Grande possuía uma população de 385.213 habitantes. Em 2020, distribuída por uma área territorial total de 591,658 km², o mesmo órgão estima que a população do município no ano de 2021 é de 413.830 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, e sua região metropolitana, formada por 19 municípios (IBGE, 2010).

O município está incluído na área geográfica de abrangência do clima semiárido brasileiro. Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de seca. Por situar-se no agreste paraibano, entre a Zona da Mata e o sertão e a uma altitude de 500 metros acima do nível do mar, Campina Grande possui um clima com temperaturas mais moderadas, considerado tropical com estação seca, com chuvas concentradas nas estações do outono e do inverno (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) varia de 0 a 1 considerando indicadores de longevidade – saúde, renda e educação -. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. O IDH de Campina Grande, de acordo com o último censo é de 0,720 (IBGE, 2010).

Cabe destacar que o município apresenta o segundo maior PIB entre as cidades do interior do Nordeste. Com mais de 200 mil habitantes, em 2017, de acordo com dados do PIB dos Municípios, divulgado pelo IBGE (2010), na comparação com cidades desse porte, o valor do PIB campinense, que foi de R\$ 8,648 bilhões em 2017, ficou abaixo apenas do registrado para Feira de Santana, na Bahia, de R\$ 13,657 bilhões. Ao analisar todo o PIB da Paraíba, o de Campina Grande teve participação de 14% no valor total, a segunda maior entre as cidades do estado. O município tem mantido essa colocação desde o início da série história, em 2002. Já o PIB per capita de Campina Grande, que resulta da divisão do produto interno bruto pelo total estimado de habitantes, registrou alta nominal, sem o desconto da inflação, de 331,2%, de 2002 a 2017 e em 2018 é de R\$ 22.583 bilhões. De acordo com a pesquisa, o principal setor econômico campinense é o terciário que, com as atividades de comércio e serviços em geral, aumentou sua participação em 46,5% no ano de 2017. O setor secundário, que envolve a indústria da transformação, ocupou a segunda posição, com participação de 20%, mas apresentou queda em relação aos resultados dos anos anteriores. Já o setor primário, que envolve atividades de agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, teve participação de apenas 0,2% (G1.COM, 2020).

A política de saúde no município de Campina Grande/PB

Os serviços do SUS em Campina Grande/PB estão distribuídos nos territórios dos 07 (sete) Distritos Sanitários que formam as Gerências Distritais. No ano de 2021, essas Gerências são compostas por 114 estabelecimentos, destes 83 são Unidades Básicas de Saúde; 06 são Centros de Saúde; 02 Policlínicas; 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER); 01 Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST); 01 Unidade Mista; 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 08 residências Terapêuticas; 01 Centro de Convivência em Saúde Mental; 01 Ambulatório de Saúde Mental e Leitos (20) Especializados em Saúde Mental, funcionando no Hospital Municipal Dr. Edgley. Para o seu funcionamento diário, estes estabelecimentos dispõem de 131 equipes de saúde, sendo que destes, 18 comportam duas equipes. No ano de 2020, devido à pandemia da COVID-19 (Coronavírus), foram criados no município 03 Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19. No ano de 2021, esses centros foram extintos.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), essas gerências são compostas por 225 serviços cadastrados para atendimento ao SUS no município de Campina Grande/PB, destes 71,4% são públicos e 28,4% são privados. No que se refere à gestão dos serviços, 97,33% estão sob gestão municipal e 1,77% estão sob gestão estadual (PMS, 2018). A Gestão Municipal assiste a uma população estimada de mais de um milhão de pessoas, caracterizada pelos municípios e por 176 municípios referenciados (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2017).

Do ponto de vista histórico, o processo de municipalização avançou a partir da publicação da Portaria GM nº 2.553/1998. Em 2009, foi reafirmada esta 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, entre 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.

De acordo com a portaria GM nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde constituem-se em diferentes arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que por meio de um sistema de simples apoio busca garantir o cuidado à saúde. A Rede de Assistência à Saúde compreende a Atenção Primária, Atenção Especializada, Serviço de Regulação e Assistência Farmacêutica. A Rede de Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária. A gestão municipal considerada como uma rede compreende o gabinete da secretaria e as

diretorias administrativas – recursos humanos, transporte da saúde, orçamentário e financeiro, através do Fundo Municipal de Saúde, contabilidade, compras, almoxarifado e informática.

Além de discutir o quantitativo de recursos disponibilizados para a saúde, é importante também debater a qualidade e as possibilidades de aplicação para a execução das políticas. Neste ponto, as referências do PMS - 2014-2017, à luz das Diretrizes do MS, disponibilizaram recursos por meio de blocos de financiamento e projetos estratégicos de áreas definidas como prioritárias, enquanto que a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza recursos por vínculos orçamentários. O MS considera que as diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas, e visam 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; as metas são expressões quantitativas de um objetivo. Concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que, para quem e quando”. 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 Programação Anual, realizada após a aprovação do PMS. As ações previstas no PMS (2014-2017) assentam-se na responsabilidade sanitária como princípio tanto para a atenção quanto para a gestão do SUS.

Na política de saúde a atenção básica se conceitua como o eixo estruturante do sistema, esta deve ser a porta de entrada. De acordo com a Programação Anual de Saúde 2016 e 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; e a garantia da atenção integral a saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 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 contra referência. 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 (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2016).

Podemos definir a ABS como sendo um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2016). É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados (território processo), das quais assumem responsabilidade. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Ela é contato preferencial dos usuários, a assim chamada porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. O município de Campina Grande possui a cobertura de 90,50% de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 580 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos na Rede Básica de Saúde, com cobertura de 87,73% da população estimada. Todavia, nem sempre o município teve esse percentual, e apesar de ser no Brasil um dos primeiros a implementar a lógica da ESF ainda na década de 1990 conforme aponta a pesquisa de Péret (2001), o índice de cobertura dessa política varia, chegando em 2017 a uma cobertura de 80% conforme os dados do e-Gestor Atenção Básica do MS³.

A Diretoria de Atenção à Saúde e a Gerência de Atenção Básica são responsáveis pela Coordenação da Atenção Básica assim como de toda a rede assistencial dos serviços básicos em saúde no município (PMS, 2018). No dia 12/10/2021, em entrevista a um programa de televisão da cidade - Ideia Livre⁴ -, o Secretário de Saúde do Município, Dr. Gilney Porto, afirmou que atualmente o município conta com 114 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 80 Unidades, sendo que algumas unidades possuem 02 ou 03 equipes. Os estabelecimentos em sua maioria são próprios, seguidos dos alugados e do cedido pelo Estado. É importante destacar a contradição existente nos dados fornecidos pelo então secretário com relação às informações citadas acima, advindas de documento fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

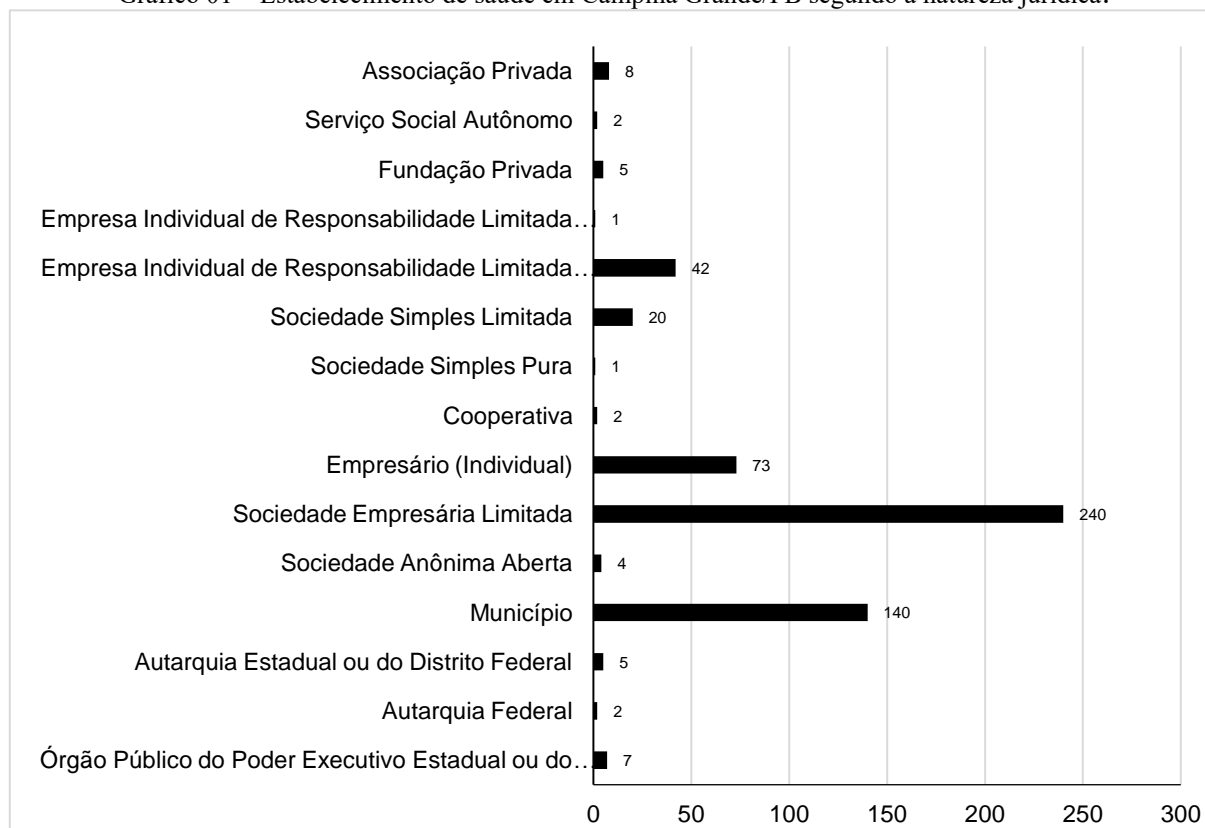
A Rede de Atenção Especializada Municipal constituída por 45 serviços ambulatoriais e hospitalares que oferecem atenção especializada e servem de retaguarda à atenção básica, prestam suporte no diagnóstico, tratamento de doenças e condições específicas de certos grupos

³ Cf. e-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

⁴ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TeNLCAhDRRE>>. Acesso em: 14 out. 2021.

populacionais, tais como pessoas com necessidades especiais, patologias labiopalatais, distúrbios psíquicos, entre outros. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, 2018, a rede hospitalar é formada por 10 (dez) hospitais, sendo 05 (cinco) públicos. De acordo com pesquisa realizada *in loco* são eles: Hospital Municipal Pedro I, Hospital Municipal Dr. Edgley, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital das Clínicas e Maternidade ISEA -; 01 (um) filantrópico - FAP -; e 04 (quatro) privados – CLIPSI, Hospital Antônio Targino, Hospital de Oftalmologia da UNIFACISA e Hospital João XXIII, respectivamente. Contudo, os dados disponíveis no CNES, tomando como referência o mês de outubro de 2021 nos indica que Campina Grande possui uma concentração de serviços privados de saúde, em especial aqueles que estão inseridos num regime jurídico de sociedade anônima aberta e empresas individuais conforme podemos observar no gráfico a seguir:

Gráfico 01 – Estabelecimento de saúde em Campina Grande/PB segundo a natureza jurídica.



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 2021. Elaboração própria.

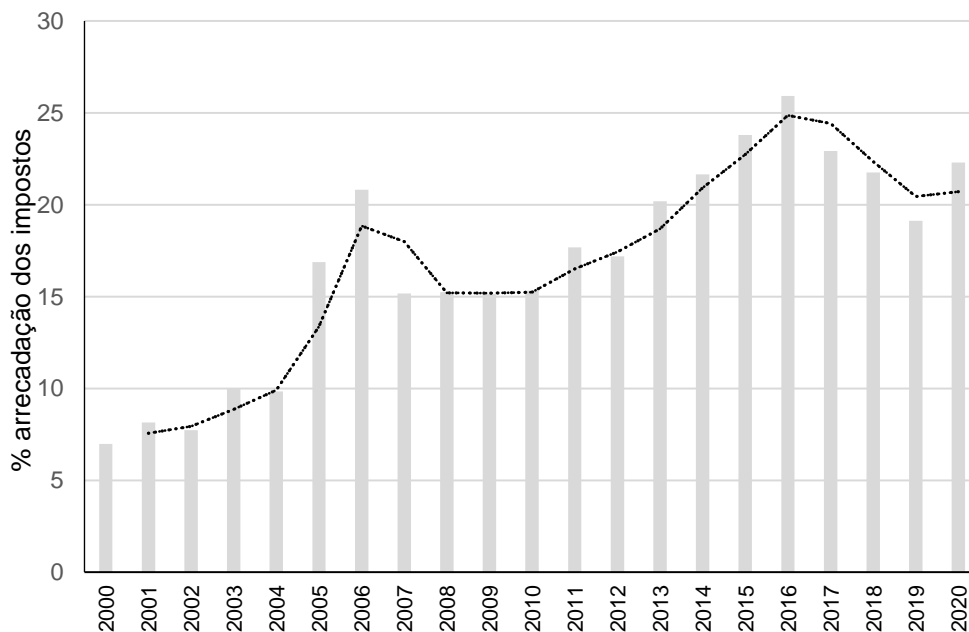
O município conta ainda com um laboratório municipal com capacidade de realizar cerca de 50% da demanda para exames de patologia clínica, e contratualizados por meio de contratos de gestão com laboratórios privados e hospitais no atendimento de emergência, que realizam os demais 50% que formam a rede de Serviços de Apoio de Diagnóstico Municipal (PMS, 2018). Também possui um 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 (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2017). No ano de 2018, a gestão municipal, aderindo ao processo de fortalecimento da Atenção Básica implantou o Prontuário Eletrônico (PEC – e-SUS) em todas as unidades básicas de saúde.

De acordo com o PMS (2018), por financiamento 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. A Lei Complementar nº 141/2012, afirma que é de responsabilidade dos três entes (União, Estados e Municípios) a garantia de fontes estáveis de financiamento das ações e serviços de saúde. Esta Lei dispõe os valores mínimos a serem aplicados, anualmente pelos três entes, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Segundo a Lei nº. 141/2012, o Governo Federal aplicará, anualmente, o montante empenhado no exercício anterior acrescido da variação nominal do PIB, enquanto a quantia aplicada pelos Estados e Municípios será calculada com base na Receita Líquida de Impostos (RLI). Os governos estaduais aplicarão 12% dos impostos que se referem aos arts. 155, 157 e 159 da CF-1988, e os municípios 15% do total arrecadado de impostos a que se referem aos arts. 156, 158 e o parágrafo terceiro do art. 159 da CF/88.

No caso específico de Campina Grande, no tocante a aplicação de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) percebemos que inicialmente o município não vinha conseguindo aplicar o mínimo estipulado pela legislação, conseguindo apenas em 2005 aplicar mais de quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos, com variação percentual negativa para os anos posteriores e estabilização de aplicação mínima entre os anos de 2008 e 2010. Apenas em 2005, 11 após a estipulação da EC-29, é que o município consegue manter um patamar tendencial ao crescimento acima do mínimo exigido por lei, mas apresentando queda após o ano de 2016, e com uma linha tendencial (linha pontilhada do gráfico) à estabilização em torno de 20% conforme podemos observar no gráfico a seguir:

Gráfico 02 – Aplicação de recursos municipais de acordo com a EC 29/2000.



Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, 2021.
Elaboração própria.

Contudo, a Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007, a qual determinava que o financiamento e as transferências dos recursos federais para ASPS eram realizados através de seis blocos de financiamentos: Atenção Básica – Componentes: Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável); Média e Alta Complexidade – Componentes: Teto financeiro da média complexidade ambulatorial e hospitalar; Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Teto Municipal de Média e Alta Complexidade (MAC); Vigilância em Saúde – Componentes: piso fixo da vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs; Assistência Farmacêutica – Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional; Gestão do SUS – Componentes: qualificação da gestão do SUS implantação de ações e serviços de saúde; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde: composto por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto encaminhado ao Ministério da Saúde (PMS, 2018).

Com a EC-95/2016, aprovada no governo Temer, que instituiu o novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, o chamado teto de gastos públicos, 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). Desse modo, como a população continua crescendo, em todos os anos haverá crescimento negativo dos gastos *per capita*. Conseqüentemente, houve mudança na lógica de financiamento, a extinção dos seis blocos de financiamento para as transferências fundo a fundo dos recursos federais do SUS para Estados e Municípios. A Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, trata da alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ASPS, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde, composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS; e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, o qual determina uma única conta para recebimento de todos os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o PPV, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. A partir desta, o financiamento federal de custeio da ABS será constituído por: I - captação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas. O Previner Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas Equipes de Saúde da Família e de APS, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza ABS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na ABS, entre outros tantos programas.

Diante do exposto, no subtópico a seguir iremos visualizar as inflexões do fundo público de saúde em Campina Grande entre os anos de 2016 a 2020. Iremos nos ater aos repasses de recursos às entidades privadas com o intuito de observarmos em que medida há de

fato uma transferência significativa desses recursos para o âmbito privado.

Principais estabelecimentos privados e filantrópicos de saúde em Campina Grande/PB: contextualização histórica

A CLIPSI⁵, foi fundada em 05/08/1967. Nesse ano, era apenas uma casa com 09 compartimentos, sendo dirigido pelo Dr. José Marcos de Lima na condição de Diretor Administrativo e Dra. Maria Madalena Crispim Lima como Diretora Clínica. O hospital foi iniciado com apenas 14 leitos, 02 médicos plantonistas e 30 funcionários. Os serviços prestados eram de atendimento pediátrico a nível ambulatorial e internação hospitalar. Na época a cidade não possuía nenhum Hospital Infantil e centenas de crianças faleciam de diarreia e/ou desnutrição. O atendimento pelo sistema público ocorria normalmente pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para as pessoas e seus dependentes, que portavam a Carteira Profissional com vínculo empregatício ou então nos postos de saúde do Estado e Município. Em 1984, a CLIPSI se tornou a primeira Unidade de Neonatologia, fundada em Campina Grande, qualificando o hospital como referência em toda a região. Também se deve dar destaque ao materno infantil, aliando-se à experiência de mais de 43 anos dedicados à criança, com o título Hospital Amigo da Criança, outorgado pela UNICEF, no dia 16 de abril de 1997.

A FAP⁶, localizada na cidade de Campina Grande – PB, foi fundada no ano de 1965 pelo médico holandês Dr. Cornélius de Ruyter, sendo de início uma associação destinada a dar assistência médico-hospitalar para crianças carentes e colaborar com programas de medicina preventiva, ensino médico e de enfermagem, buscando uma maior capacidade de assistência e ampliação. O hospital da FAP se tornou um Centro de Referência Oncológica e de tratamento intensivo, sendo cerca de 90% dos seus atendimentos oriundos do SUS, atendendo a mais de 148 municípios. O hospital da FAP é reconhecido como hospital de excelência nas especialidades de alta complexidade – radioterapia, quimioterapia e hemodiálise - e de demais serviços de média complexidade oferecidos à população. Atende a região metropolitana de Campina Grande.

No ano de 1928, através de uma ideia da Loja Maçônica “Regeneração Campinense”⁷, foi plantada a semente da criação de um hospital. Em 07 de setembro de 1932, foi criado o

⁵Disponível em:

<<https://www.hospitalclipsi.com.br/Historia.htm#:~:text=CLIPSI%20%2D%20Hospital%20Geral&text=Em%201967%2C%20a%20CLIPSI%20era,Crispim%20Lima%20como%20Diretora%20Cl%C3%ADnica>>. Acesso em: 14 out. 2021.

⁶Disponível em: <<https://www.hospitaldafap.org.br/>>. Acesso em: 14 out. 2021.

⁷Disponível em: <<http://cgretalhos.blogspot.com/2013/02/o-hospital-pedro-i.html#.YaUr9IXMKM8>>. Acesso em: 14 out. 2021.

primeiro hospital da cidade, o Hospital Pedro I, em homenagem ao fundador da nacionalidade brasileira, o Grão Mestre e Imperador Dom Pedro I. O dinheiro da obra adveio da população, através de eventos promovidos pelos maçons, como festas, promoções e principalmente, doações. Segundo um ex-médico do hospital, Gilvan Barbosa, em entrevista ao Diário da Borborema, o hospital estava inicialmente destinado aos indigentes. Todavia, em função da falta de outras organizações semelhantes na cidade, a Maçonaria achou por bem estender essa assistência à população em geral, dividindo os serviços em Indigência e Casa de Saúde. Construído o hospital, aos poucos o Pedro I foi melhorando seu poder assistencial, sendo ampliado e conseqüentemente, acabando por receber dividendos do poder público, no que ajudou em muito a boa manutenção da casa de saúde. O hospital passou por uma grave crise financeira nos anos 90, quando chegou inclusive a ser ameaçado o seu funcionamento, porém, hoje conta com ampliação de leitos e bons equipamentos hospitalares.

O Hospital Antônio Targino foi fundado no ano de 1967. Como “sonho” de um estudante de medicina, Dr. José Targino da Silva, então concluinte de Residência em Ortopedia em São Paulo/SP, tinha o objetivo de constituir uma Instituição de Saúde no município de Campina Grande/PB. No decorrer da residência foi adquirindo os aparelhos para implantar o serviço de saúde, todavia, quando enviado por via terrestre houve um acidente, o qual danificou todos os aparelhos. Com o passar dos anos, Dr. José Targino abriu o Hospital e denominou Hospital Antônio Targino, o nome do hospital fora em homenagem ao seu pai que morrera em 1951. Inicialmente, o Hospital Antônio Targino era um ambulatório onde ele atendia juntamente com sua esposa, Dra. Marluce Agra Cariry Targino. O hospital foi crescendo e se tornou referência em traumatologia na região. Já na década de 1980, era o maior hospital em atendimento de urgência e emergência da região, tendo como slogan “*O Hospital do Acidentado*”, perdurando nesse patamar até o início dos anos 2000. Hoje o hospital conta com diversas especialidades, tais como: cirurgia plástica, otorrino, cardiologia, cirurgia Vascular, entre outras. Os atendimentos em sua maioria se dão através de convênios, não mais dependendo exclusivamente do SUS, atualmente tem como slogan “*Restaurando Vidas*”.

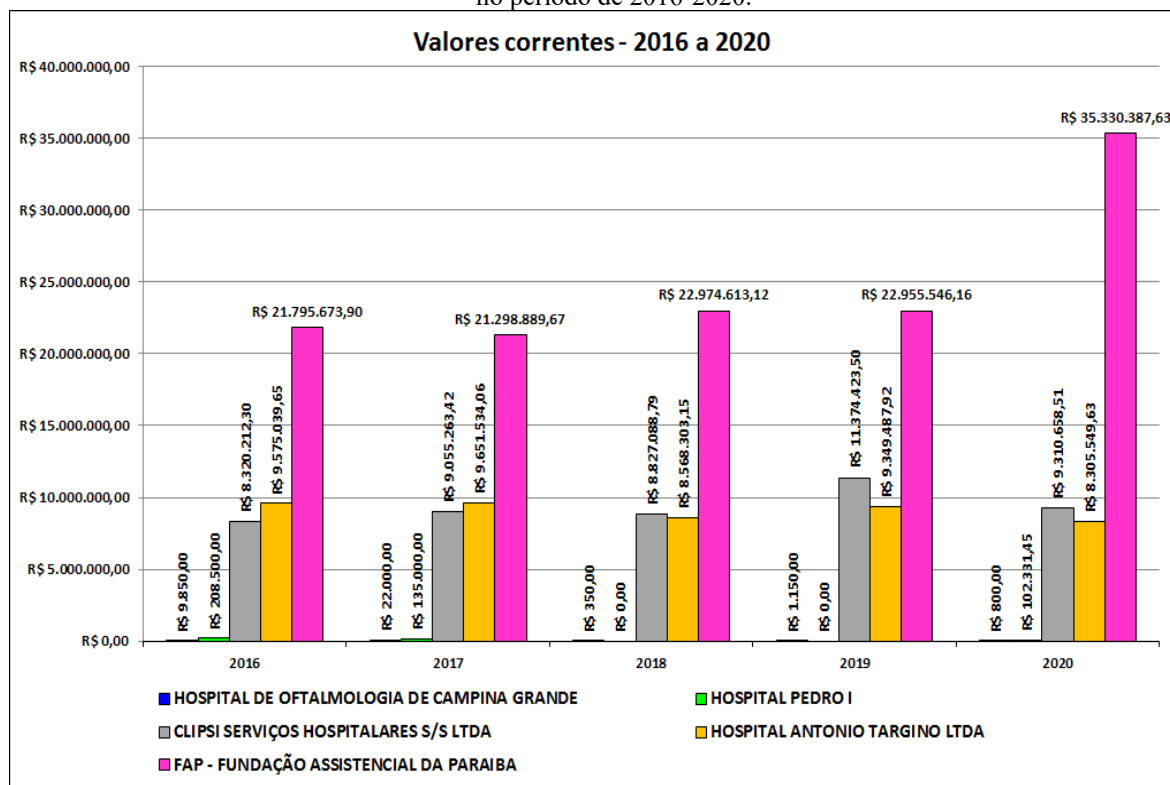
Repasse público x privado nos serviços de saúde no município de Campina Grande/PB nos anos de 2016-2020

Em termos de financiamento público de saúde, iremos abordar alguns elementos inerentes à nossa pesquisa e que servem de elucidação para entendermos melhor a composição financeira em relação ao setor da saúde pública no município de Campina Grande/PB. Inicialmente apresentamos o repasse real (valor pago) do Fundo Municipal de Saúde aos quatro

hospitais privados e filantrópico citados inicialmente. Além desses, pesquisamos o Hospital Municipal de Oftalmologia de Campina Grande/PB, um hospital público, de caráter privado, de média e alta complexidade. Posteriormente apresentaremos o repasse com valores deflacionados (correntes), referente aos quatro hospitais acima citados.

No gráfico a seguir, podemos observar a quantidade de recursos que foram repassados às principais entidades privadas que ofertam serviços de saúde no município em valores reais:

Gráfico 03: Repasse real do FMS para hospitais do município de Campina Grand no período de 2016-2020.

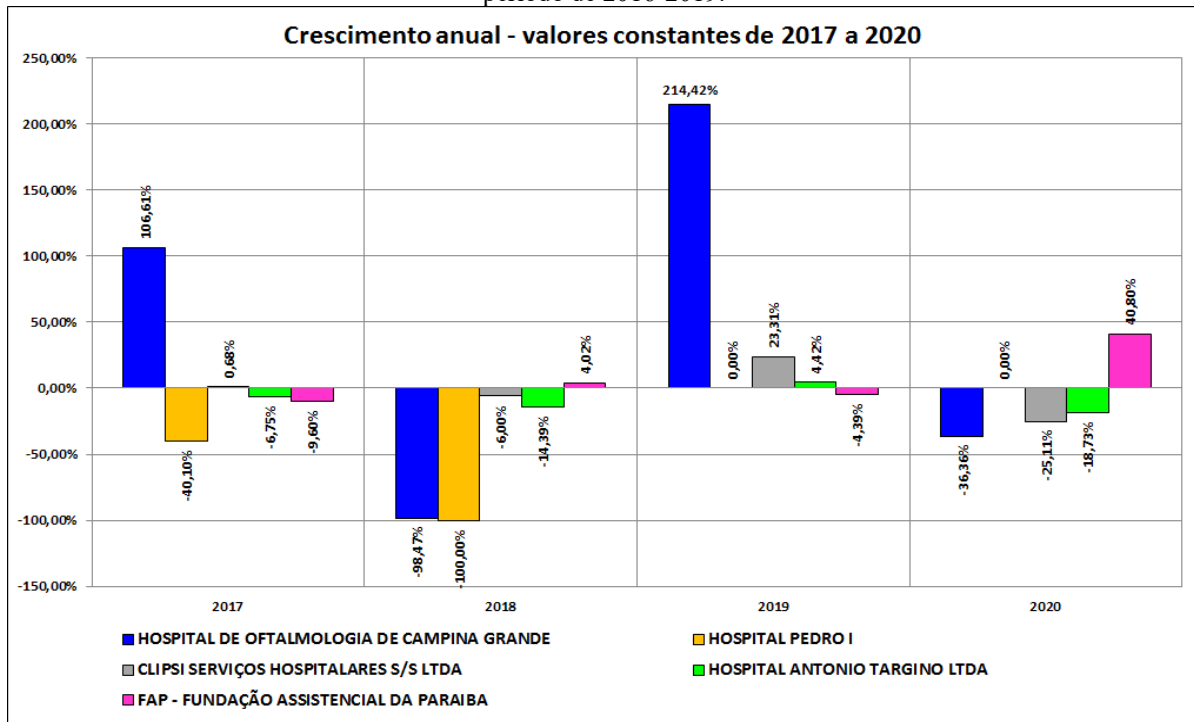


Fonte: SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

O gráfico demonstra o quantitativo aplicado nos hospitais delimitados pela pesquisa nos anos de 2016-2020. De acordo com os valores reais o Hospital da FAP lidera no tocante ao repasse, seguido do Hospital Antônio Targino, Hospital da CLIPSI, Hospital Pedro I e o Hospital de Oftalmologia de Campina Grande.

Diante da inflação anual, se faz necessário deflacionar esses dados (reais), após deflacionados, eles se classificam como valores constantes, que nos levam a resultados divergentes ao ilustrado no gráfico acima, conforme o gráfico a seguir aponta o Hospital de Oftalmologia de Campina Grande a frente dos demais no repasse dos recursos, seguido do Hospital da FAP, Hospital da CLIPSI, Hospital Antônio Targino e o Hospital Pedro I com crescimento negativo:

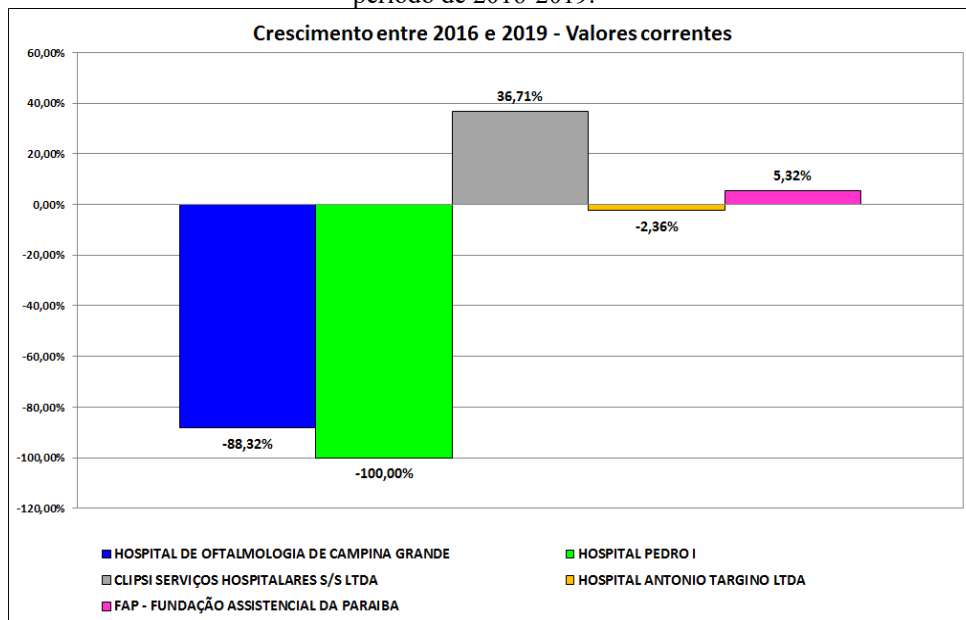
Gráfico 04: Repasse real (corrente) do FMS (%) para hospitais do município de Campina Grande/PB no período de 2016-2019.



Fonte: SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

Levando em consideração que o ano de 2020 foi um ano atípico, devido a pandemia da COVID-19, iremos nos deter nos gráficos abaixo aos anos de 2016-2019:

Gráfico 05: Repasse real (corrente) do FMS (%) para hospitais do município de Campina Grande/PB no período de 2016-2019.

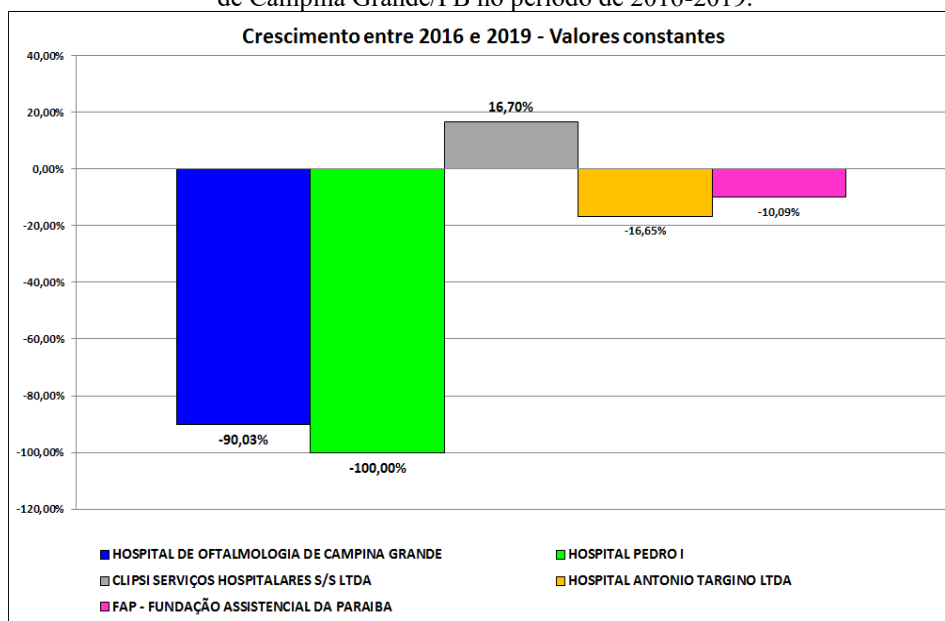


Fonte: SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

Neste, podemos observar que, em valores reais, durante os anos de 2016-2019 apenas dois dos cinco hospitais cresceram positivamente, o Hospital da CLIPSI e o Hospital da FAP.

Quando inseridos em valores constantes, apenas a CLIPSI cresce positivamente. Conforme podemos observar:

Gráfico 06: Repasse deflacionado (constante) do FMS (%) para hospitais do município de Campina Grande/PB no período de 2016-2019.



Fonte: SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

Ao acessarmos as informações disponibilizadas pelo CNES, vamos observar em relação a esses quatro hospitais, uma diferença em relação à oferta de serviços de saúde. No quadro a seguir elencamos esses serviços, o que nos fornece uma dimensão em termos de atendimento de que esses estabelecimentos realizam:

Quadro 01 – Serviços de Saúde ofertado em Campina Grande/PB (Hospitais selecionados).

Estabelecimento	Serviços ofertado
FAP	Atenção à Doença Renal Crônica; Cirurgia Vascular; Medicina Nuclear (Serviço Terceirizado) Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento; Serviço de Atenção em Saúde Bucal; Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico; Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopato; Serviço de Diagnóstico por Imagem; Serviço de Endoscopia; Serviço de Farmácia; Serviço de Fisioterapia; Serviço de Hemoterapia (Terceirizado); Serviço de Oncologia; Serviço de Suporte Nutricional; Serviço de Urgência e Emergência; e Transplante.
Antônio Targino	Ambulatorial; Internação; Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia; e Serviço de Urgência.
Clipsi	Ambulatorial; Internação; Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia; e Serviço de Urgência.
Pedro I	Ambulatorial; Internação; Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia; Serviço de Urgência.

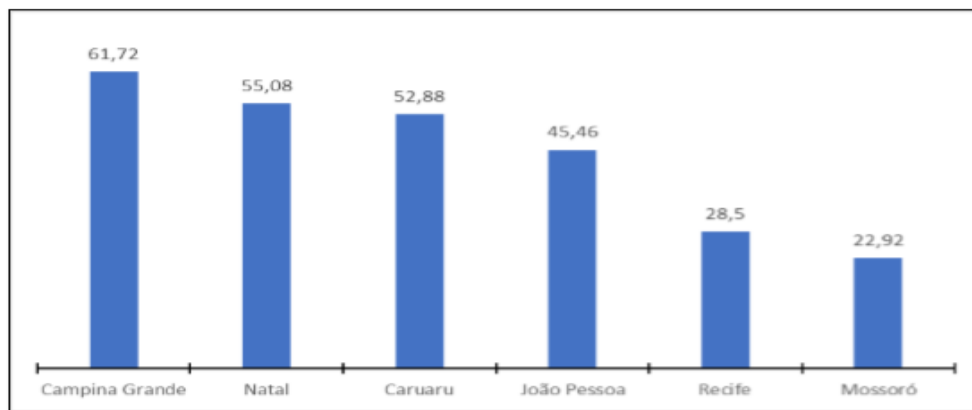
Fonte: CNES/MS, 2021.

Pelos dados do CNES expostos no quadro acima, observamos que o hospital da FAP é o que apresenta uma maior diversidade de serviços. A oncologia e os serviços de hemodiálise chamam atenção pelo fato de exigirem um nível de complexidade em termos de equipamentos e insumos, que encarecem o serviço, demandando assim, quantidade maiores de recursos, além

disso, há o fato de que em Campina Grande, apenas a FAP oferta esse tipo de serviço, para os residentes no município, bem como para outras localidades e Estados conforme já mencionamos anteriormente.

Em que pese tais fatos, observamos que do ponto de vista histórico, os estudos de Medeiros Júnior (2017) e Rotta (1997) já revela que o montante de recursos destinados ao setor privado em Campina Grande era bastante expressivo e que o modelo de atenção à saúde em Campina Grande poderia ser caracterizado como hospitalocêntrico-privado. Essa mesma caracterização é afirmada pelos estudos de Júnior (2017), o qual afirma que comparado a outros municípios importantes no país, há ainda no município uma grande concentração financeira em torno dos gastos com estabelecimentos privados. Tal fato pode ser constatado no gráfico abaixo.

Gráfico 07: Participação da Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Nordeste).



Fonte: Medeiros Júnior, 2017, p. 85.

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

Nesse sentido, do ponto de vista da série histórica analisada, quando observamos, em termos históricos, a cobertura da Atenção Básica no município de Campina Grande, entendemos uma inversão de prioridades no que tange a essa atenção, uma vez que, a cobertura da (ESF) tem apresentado um decréscimo percentual no ano de 2020, saltando de 86,48% em 2015 para 85,04%. Todavia, segundo informações do e-gestor, em termos de Atenção básica o município conseguiu uma cobertura territorial de 100% a partir do ano de 2018, mesmo que em termos de números de ACS tenha havido uma queda percentual tanto no número de

profissionais contratados, quanto na cobertura territorial realizada por esses Agentes, diminuindo de 83,77% em 2015 para 75,92% em 2020 conforme podemos observar na tabela a seguir:

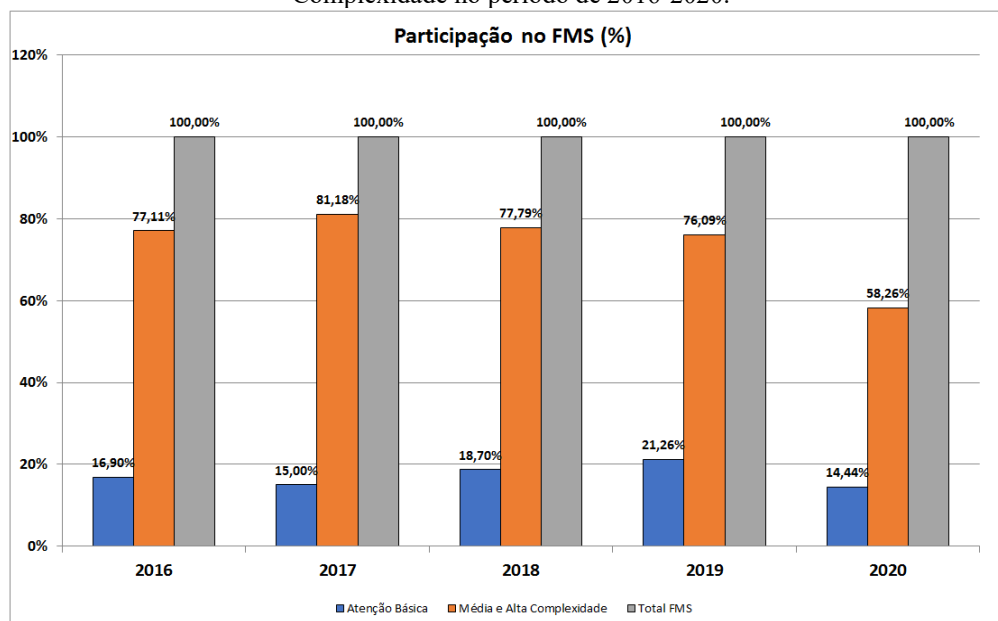
Quadro 02 – Estratégia Saúde na Família e Atenção Básica em Campina Grande/PB.

Ano	Nº Equipes Saúde da Família	Cobertura ESF	Cobertura Atenção Básica	Número de Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura Agentes Comunitários de Saúde
2015	101	86,48%	96,94%	587	83,77%
2016	101	86,02%	97,41%	588	83,47%
2017	100	84,61%	98,96%	549	77,42%
2018	101	85,04%	100%	583	81,70%
2019	104	88,06%	100%	575	81,14%
2020	101	85,04%	100%	541	75,92%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2021.

Tais informações podem ser corroboradas quando constatamos em entrevista datada em 12/10/2021, com o atual secretário municipal de saúde do Município, Dr. Gilney Porto, o então pesquisador e economista Geraldo Medeiros Júnior apontou o estudo e indagou o porquê dessa forte concentração de recursos na média e alta complexidade no município. Foi respondido pelo secretário que esse fato se deve a Campina Grande ser uma área estratégica de localização tanto para a Paraíba como para os demais Estados, e também devido às universidades existentes no município. Pontuou ainda que nesses outros Estados o serviço disponibilizado não se caracterizava tão bom quanto em Campina Grande.

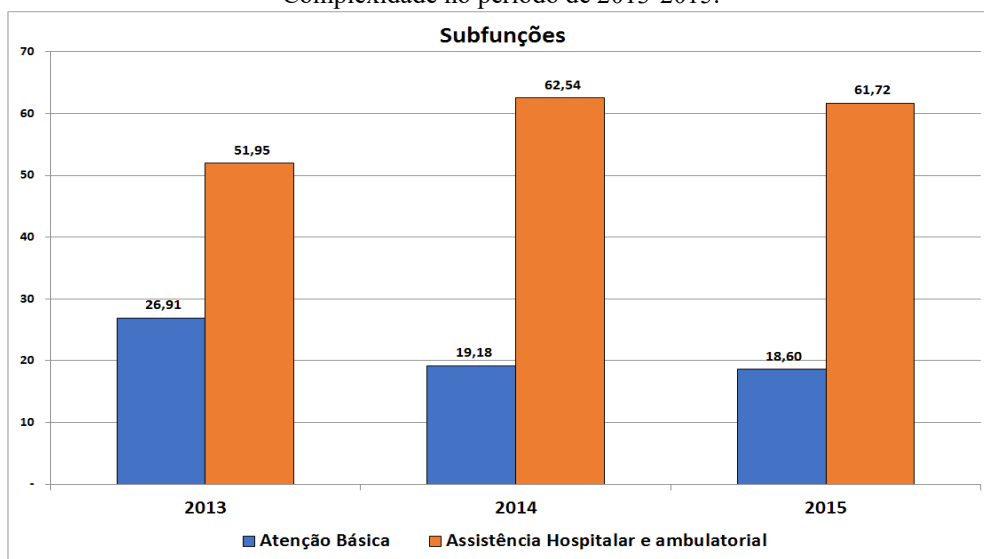
Gráfico 08: Participação no FMS (%) de Campina Grande/PB para Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2016-2020.



Fonte: Elaboração própria, a partir do SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

No gráfico acima podemos observar a participação do FMS em porcentagem. No período de 2016-2020, a Atenção Básica totalizou 86,30%, ou seja, menos de 100% durante os cinco anos. A Média e Alta complexidade anualmente seguiu na linha aproximada a 80% no período de 2016-2019, tendo um decréscimo no ano de 2020 com 58,26%. Pode-se observar também que nos anos de 2018 e 2019 houve um aumento tanto na Atenção Básica, como na Média e Alta complexidade. no ano de 2020, ano atípico, por estarmos enfrentando a pandemia da COVID-19, é perceptível uma queda de recursos tanto na Atenção Básica, como na Média e Alta complexidade.

Gráfico 09: Participação no FMS (%) de Campina Grande/PB para Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2013-2015.



Fonte: Elaboração própria, a partir de Medeiros Júnior, 2017.

Ao averiguarmos os dados de um ponto de vista crítico, nos parece, há em Campina Grande uma determinação estrutural histórica que perpassa a conformação no município desde a década de 1990. Essa determinação diz respeito ao caráter hospitalocêntrico que congrega grande parte dos recursos do Fundo Municipal de Saúde a Alta e Média Complexidade, e que também pode ser caracterizada pelos repasses de recursos aos quatro maiores hospitais em atuação.

Esse fato é comprovado por exemplo, através dos estudos de Rotta (1997) Medeiros Júnior (1997; 2017) e Nogueira (2017). Esses pesquisadores identificam, em distintos momentos históricos, uma concentração de recursos na Alta e Média Complexidade e na medicina de caráter privado. Tal panorama se caracteriza como uma ameaça aos princípios do SUS, em especial o da Universalidade, que tem no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde uma lógica de promoção à Saúde. Em que pese o aprofundamento desse caráter hospitalocêntrico na cidade de Campina Grande, refletimos também que de um ponto de vista

engendrado no marco da totalidade, a cidade não destoa da lógica nacional, especificamente a empreendida pelo governo Bolsonaro, eleito em 2018. Há uma forte tendência ao ultraneoliberalismo penetrado por esse governo para a destruição de serviços públicos, entre eles o da saúde, através de formas de mercadorização e de implementação de um SUS operacional mediante ações como o Previde Brasil que tendem a aprofundar as carências na atenção básica a partir de uma lógica excludente e não universalista.

Além disso, especialmente no caso de Campina Grande, é preciso que se chame atenção para as oligarquias locais que fazem a manutenção do poder político desde o período de redemocratização do Brasil em 1988. Nesse caso, o poder político, especialmente no momento histórico que nos dedicamos, é bastante influenciado pelo grupo Cunha Lima, com figuras conhecidas no cenário nacional como o ex-senador Ronaldo Cunha Lima, e o também ex-senador Cássio Cunha Lima, figuras políticas que realizam a manutenção do poder local através de uma visão neoliberal, mantendo assim a iniquidade na distribuição dos recursos locais e fazendo a manutenção do poder econômico nas frações locais da burguesia que compõem o cenário municipal na cidade. Não é à toa que Bruno Cunha Lima, atual prefeito da cidade, e seu antecessor, Romero Rodrigues, ambos da oligarquia Cunha Lima, são apoiadores do governo Bolsonaro, não sendo rara às vezes a demonstração pública de concordância com as ideias do atual presidente da república em aparições públicas e em visitas que Bolsonaro realizou na cidade.

Faz-se necessário destacar a dificuldade enfrentada em obter os dados necessários à pesquisa. Por várias vezes nos dirigimos ao CMS e nos deparamos com a ausência de documentos oficiais comprobatórios, os quais deveriam estar naquela sede, a exemplo de Programações e Relatórios Anuais. Vale salientar que os documentos disponibilizados pelo órgão de controle social estavam com os dados “maquiados,” dificultando assim o nosso processo de pesquisa.

Chama atenção que, ao questionarmos o CMS sobre o porquê da ausência de recursos referente ao Hospital Pedro I nos anos de 2018 e 2019, a resposta foi que não eram sabedores de tais informações. Fica perceptível que esse instrumento de controle social não funciona da forma como deve atuar, seguindo os princípios do SUS. O acompanhamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas pelo SUS estão sendo insuficientes, não estão atendendo a expectativa. Esses resultados traduzem uma tendência, em que, predomina a concepção do modelo hospitalocêntrico - privado no município de Campina Grande/PB e que precisamos incitar um controle social mais ativo.

Considerações finais

Na presente elaboração teórica partimos do entendimento que a política de saúde enquanto dever do Estado é direito de todos, é uma conquista oriunda dos objetivos do movimento de RSB. O SUS não está concluso e acabado, como também não permanece nos arquivos do passado recente: o mesmo é colocado na agenda política da contemporaneidade no processo de contrarreforma da política de saúde.

A partir da análise da crise estrutural do capital nos anos de 1970, algumas questões decorrentes desse processo demandaram uma mais aprofundada investigação, como o processo de reestruturação produtiva, a financeirização do capital e o neoliberalismo. Assim, foi possível identificar que o capitalismo em sua fase financeirizada vem efetivando um vasto processo de reestruturação produtiva, com graves repercussões para o trabalho, sendo sua expressão mais evidente a precarização das relações de trabalho e seus rebatimentos nas políticas sociais.

A Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, guiada pela ideologia neoliberal, que teve início no Brasil em meados dos anos 1990 ocasionou várias alterações na execução e financiamento das políticas sociais. O capital financeirizado, em busca de novos nichos para a sua acumulação, tem continuamente se apropriado do fundo público. Os mecanismos utilizados para tanto têm sido as contrarreformas, as quais, assentadas no ideário neoliberal, defendem a retirada do Estado da execução de suas funções, repassando-as para a iniciativa privada, nesse processo as políticas sociais tem sido um dos alvos principais.

O processo de contrarreforma na política de saúde, em curso, vem ocorrendo de forma substancial nas diversas esferas de governo e se agrava, uma vez que está na agenda a extinção do SUS. A política de saúde vem sofrendo inúmeros ataques por meio do Congresso Nacional o que intensificam os retrocessos, assim como as implicações desastrosas para a saúde no Brasil. No atual governo de Jair Bolsonaro, a política de saúde vem sendo acometida de forma nefasta, através da mudança da legislação vigente suscitando a quebra dos princípios do SUS, acarretando em um retrocesso para a política da saúde e desencadeando a expropriação de direitos.

O projeto privatista possui interesses econômicos na área da saúde, tem muita influência interna no Estado e é responsável pelo funcionamento de parte dos serviços do SUS. Por causa disso, existe um maior interesse que a política de saúde seja subfinanciada para existir um mercado complementar nesse campo e, com isso, possa absorver cada vez mais os recursos do SUS. Uma medida drástica do governo foi a EC-95, o congelamento dos gastos por 20 anos, cujos impactos para a política de saúde são enormes. É preciso lutarmos pela revogação da EC-95 e pela retomada do investimento social.

Por meio da pesquisa realizada no município de Campina Grande/PB, podemos reafirmar que, o modelo hospitalocêntrico-privado constatado no início dos anos 1990 prevalece. O FMS de Campina Grande continua investindo mais em Média e Alta Complexidade, em detrimento da Atenção Básica. Verificamos que, esse modelo tem por objetivo transferir recursos do fundo público para o setor privado, transformando unidades hospitalares públicas em espaços de lucratividade. Se faz necessário que aconteça uma inversão de investimentos, se invista mais em atenção primária, ou seja, na promoção e prevenção, para que, posteriormente, esse gasto com a média e alta complexidade seja reduzido. É necessário também um investimento maior nos serviços públicos, mais ESF, mais insumos, mais serviços de qualidade.

À promoção e à prevenção da saúde devem ser prioritárias. Todavia, é perceptível o crescimento do mercado de serviços privados. Dessa forma, o SUS é precarizado, distanciando-se do SUS legalmente instituído, flexibiliza os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Cabe ressaltar que o estudo ora apresentado não se esgota neste trabalho. Algumas questões precisam ser desveladas, a exemplo da ausência de repasse a um dos hospitais pesquisados – Hospital Pedro I -, nos anos de 2018-2019. É imprescindível compreender que os gastos com saúde pública necessitam ser problematizados, uma vez que a sociedade brasileira tem seus problemas estruturais para uma análise das políticas sociais, em especial a política de saúde. Desse modo, espera-se que este estudo possa instigar outras reflexões, dada a pertinência do tema e a necessidade de análises críticas da realidade em que está inserido o objeto.

Referências bibliográficas

- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde* (2014-2017). Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde* (2018-2021). Campina Grande/PB: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.
- _____. *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.
- 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: 05 out. 2021.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro I. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

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.

NOGUEIRA, K. W. A. da S. *Administração política da saúde: uma análise das ações em saúde do ano de 2016 na cidade de Campina Grande, Paraíba*. 2017. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017. Disponível em: <<https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/18909?mode=full>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

ROTTA, J.H. *As relações quantitativas do sus em campina grande e o processo de municipalização da saúde*. Mestrado em economia, UFPB, série em debate, n. 68, ago. 1997.

SALVADOR, Evilasio. *Fundo Público e Seguridade Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/10/10/campina-grande-tem-2o-maior-pib-das-cidades-do-interior-do-nordeste-com-mais-de-200-milhabitantes.ghtml>>. Acesso em: 04 out. 2021.